

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MAYANE SANTANA DE OLIVEIRA LOPES

**SATISFAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE
EMERGÊNCIA**

Brasília

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MAYANE SANTANA DE OLIVEIRA LOPES

SATISFAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE
EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem
Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de
Serviços em Saúde e em Enfermagem
Orientadora: Prof.^a Dra. Thatianny Tanferri de
Brito Paranaguá

Brasília

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo (a) autor (a)

LOPES, MAYANE SANTANA DE OLIVEIRA.
SATISFAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO
HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA / MAYANE SANTANA DE OLIVEIRA
LOPES; orientador Thatianny Tanferri de Brito
Paranaguá. -- Brasília, 2018.
113 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. Serviço Hospitalar de Emergência. 2. Satisfação
do paciente. 3. Segurança do Paciente. 4. Qualidade
da Assistência à Saúde. 5. Avaliação em Saúde. I.
Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito, orient. II.
Título.

MAYANE SANTANA DE OLIVEIRA LOPES

SATISFAÇÃO E SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE
EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá
Universidade de Brasília
Presidente da Banca

Prof^a. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília
Membro Efetivo Interno

Prof^a. Dra. Valéria Bertonha Machado
Universidade de Brasília
Membro Efetivo Externo

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília
Membro Suplente

Dedico este trabalho...

Ao meu marido, Alan, que sempre me apoiou e incentivou, e aos nossos filhos, Enzo e Helena, que muitas vezes abriram mão de horas de convívio para que este desejado trabalho fosse realizado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida que nos concedeu e que, com seu amor, nos inspira no cuidado ao próximo.

A minha mãe (*in memoriam*), que sempre me incentivou na busca pelo conhecimento e que, tenho certeza, gostaria de estar presente acompanhando este momento.

Ao meu companheiro de sempre, Alan, por acreditar nos meus projetos e torná-los nossos, por sonhar comigo todos esses anos e dizer que sim seria possível.

Aos meus filhos, pelo amor a mim dedicado, fonte de toda a força que me guia.

Aos meus familiares, em especial minha querida irmã Natália e meu pai Batista, companheiros de todos os momentos e a quem dedico meu mais fraterno amor.

Aos amigos, grandes companheiros, que foram compreensivos nos meus momentos de ausência, me deram suporte durante esse período, fazem parte indissociável da minha vida e sabem o carinho e a gratidão que tenho por eles, em especial os amigos Euzilene, Michele e Yuri.

A minha orientadora, Professora Doutora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, pela atenção, paciência, acolhimento e que, com seu vasto conhecimento acadêmico, contribuiu para meu amadurecimento científico e profissional. Tornou-se uma referência para mim, após ter visto de perto seu trabalho e dedicação para com a ciência em enfermagem.

RESUMO

LOPES, M. S. O. **Satisfação e segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência.** 2018. 113 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

INTRODUÇÃO: Entende-se que ofertar um cuidado de qualidade nos serviços de urgência e emergência é um desafio, pois, ao se avaliar qualidade dos cuidados em saúde nesses serviços, vários atributos devem ser mensurados, entre os quais: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Nessa perspectiva avaliativa, considera-se que as avaliações da satisfação e da segurança do paciente são importantes indicadores de qualidade para os serviços de saúde. **OBJETIVO:** Analisar a satisfação do paciente com o serviço hospitalar de emergência de um hospital público e sua relação com a segurança do paciente. **METODOLOGIA:** Estudo observacional, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço Hospitalar de Emergência clínico de um hospital público do Distrito Federal. A população do estudo foi de 65 pacientes. Os dados foram coletados no período de 1 a 30 de setembro de 2017, utilizando-se instrumento de coleta validado para se obter a percepção do paciente. Os eventos adversos foram identificados por meio do prontuário eletrônico e passaram por análise de três juízes. Os dados foram inseridos em banco de dados do programa *Statistical Package For The Social Science*. Calculou-se a confiabilidade do instrumento de satisfação utilizando-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. O perfil sociodemográfico, as respostas dos pacientes e a ocorrência de eventos adversos foram descritos. Foi realizada análise não paramétrica, utilizando-se os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para verificar a associação entre a satisfação geral do paciente, as variáveis sociodemográficas e a presença de eventos adversos. A relação entre as variáveis que compuseram o instrumento de satisfação do paciente foi realizada por meio do coeficiente de correlação de *Pearson*. Para as análises, adotou-se o valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** O coeficiente *Alpha de Cronbach* foi 0,922. Predominou o sexo masculino (58,5%) e os idosos (35,4%). Observou-se que 55,4% referiu ter terminado o ensino fundamental e que 44,6% dos entrevistados referiu renda familiar baixa de até 1 salário mínimo. As queixas predominantes foram cardiológicas (4,6%). A satisfação geral dos pacientes obteve escore médio de 7,0, sendo que os pacientes ficaram satisfeitos com as dimensões da qualidade: direito à informação (média 7,63), confidencialidade das informações (média 8,56), dignidade e cortesia (média 8,04), priorização na atenção ao usuário (média 7,55) e percepção da qualidade da assistência pelo usuário (média 7,23). Ficaram insatisfeitos com a privacidade no atendimento (média 6,12) e o conforto (média 5,46). Houve prevalência de eventos adversos de 33,8% nos prontuários pesquisados, com predomínio de eventos adversos categorizados como gerenciamento de recursos/organizacional (65,5%), seguidos de processo clínico/procedimentos (13,8%), medicação/flúidos endovenosos (13,8%), documentação (3,4%) e infecção hospitalar (3,4%). Não foi identificada associação entre o perfil sociodemográfico dos pacientes, a ocorrência de eventos adversos e a satisfação geral dos pacientes. **CONCLUSÃO:** A satisfação do paciente não está associada à ocorrência de eventos adversos.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência; Satisfação do paciente; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

LOPES, M. S. O. **Patient satisfaction and safety in hospital emergency service**. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

INTRODUCTION: Providing a quality care in urgency and emergency services is understood as a challenge, since several attributes must be assessed when evaluating the quality of healthcare in these services, including: safety, effectiveness, patient-centeredness, opportunity, efficiency and equity. From this evaluative perspective, the evaluations of patient safety and satisfaction are key quality indicators for healthcare services. **OBJECTIVE:** To analyze patient satisfaction with the hospital emergency service of a public hospital and its relationship with patient safety. **METHODOLOGY:** An observational, cross-sectional study with a quantitative approach, performed in the clinical Hospital Emergency Service of a public hospital in the Federal District. The study population comprised 65 patients. The data were collected from September 1 to 30, 2017, and a validated collection instrument was used to obtain the perception of patients. Adverse events were identified through electronic medical chart and were analyzed by three evaluators. The data were entered into the Statistical Package for the Social Science software database. The reliability of the satisfaction instrument was calculated using Cronbach's Alpha coefficient. The socio-demographic profile, the answers of patients and the occurrence of adverse events were described. A non-parametric analysis was carried out, using Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests in order to verify the association between overall patient satisfaction, socio-demographic variables and the presence of adverse events. The relationship between the variables that composed the patient satisfaction instrument was assessed through Pearson's correlation coefficient. The $p < 0.05$ value was adopted for the analyses. **RESULTS:** The Cronbach's alpha coefficient was 0.922. Male (58.5%) and elderly patients (35.4%) were predominant. It was noted that 55.4% of the interviewees reported to have completed primary and middle education and 44.6% of them reported to have a low family income of up to 1 minimum wage. The prevailing complaints concerned cardiologic events (4.6%). Overall patient satisfaction obtained a mean score of 7.0, and patients were satisfied with the following quality dimensions: right to information (mean 7.63), information confidentiality (mean 8.56), dignity and courtesy (mean 8.04), user care prioritization (mean 7.55) and user perception of care quality (mean 7.23). They were not satisfied with privacy during the service (mean 6.12) and comfort (mean 5.46). There was a 33.8% prevalence of adverse events in the researched medical charts, and adverse events classified as organizational/resource management (65.5%) prevailed, followed by procedures/clinical process (13.8%), intravenous fluids/medication (13.8%), documentation (3.4%) and nosocomial infection (3.4%). No association between the socio-demographic profile of patients, adverse events occurrence and overall patient satisfaction has been identified. **CONCLUSION:** Patient satisfaction is not associated with the occurrence of adverse events.

Keywords: Hospital Emergency Service; Patient Satisfaction; Patient Safety; Healthcare Quality; Healthcare Evaluation.

RESUMEN

LOPES, M. S. O. **Satisfacción y seguridad del paciente en servicios hospitalarios de emergencia.** 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

INTRODUCCIÓN: Se entiende que ofrecer un cuidado de calidad en los servicios de urgencia y emergencia es un desafío, pues, al evaluarse la calidad de los cuidados en salud en estos servicios, varios atributos deben ser mensurados, entre los cuales: seguridad, efectividad, centralidad en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad. En esta perspectiva evaluativa, se considera que las evaluaciones de la satisfacción y de la seguridad del paciente son indicadores de calidad importantes para los servicios de salud. **OBJETIVO:** Analizar la satisfacción del paciente con el servicio hospitalario de emergencia de un hospital público y su relación con la seguridad del paciente. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en el Servicio Hospitalario de Emergencia clínico de un hospital público del Distrito Federal. La población del estudio fue de 65 pacientes. Se reunieron los datos en el periodo del 1 al 30 de septiembre de 2017, utilizándose instrumento de recolección validado para obtener la percepción del paciente. Los eventos adversos fueron identificados por la historia clínica electrónica y pasaron por el análisis de tres evaluadores. Los datos fueron insertados en la base de datos del software *Statistical Package For The Social Science*. Se calculó la fiabilidad del instrumento de satisfacción utilizándose el coeficiente Alfa de Cronbach. Se describieron el perfil sociodemográfico, las respuestas de los pacientes y la ocurrencia de eventos adversos. Se realizó un análisis no paramétrico utilizándose el test de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis para verificar la asociación entre la satisfacción general del paciente, las variables sociodemográficas y la presencia de eventos adversos. La relación entre las variables que compusieron el instrumento de satisfacción del paciente fue evaluada por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Para los análisis, se adoptó el valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** El coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0,922. Predominaron el sexo masculino (58,5%) y los ancianos (35,4%). Se observó que el 55,4% informó haber concluido la educación básica y que el 44,6% de los entrevistados informó tener ingreso familiar bajo de hasta 1 sueldo mínimo. Las quejas predominantes fueron cardiológicas (4,6%). La satisfacción general de los pacientes obtuvo puntuación media de 7,0, y los pacientes quedaron satisfechos con las dimensiones de calidad: derecho a la información (media 7,63), confidencialidad de las informaciones (media 8,56), dignidad y cortesía (media 8,04), priorización en la atención al usuario (media 7,55) y percepción de la calidad de la asistencia por el usuario (media 7,23). Quedaron insatisfechos con la privacidad en la atención (media 6,12) y el confort (promedio de 5,46). Hubo prevalencia de eventos adversos del 33,8% en las historias clínicas investigadas, con predominio de eventos adversos categorizados como gestión de recursos/organizacional (65,5%), seguidos de proceso clínico/procedimientos (13,8%), medicación/fluidos intravenosos (13,8%), documentación (3,4%) e infección nosocomial (3,4%). No se identificó una asociación entre el perfil sociodemográfico de los pacientes, la ocurrencia de eventos adversos y la satisfacción general de los pacientes. **CONCLUSIÓN:** La satisfacción del paciente no está asociada a la ocurrencia de eventos adversos.

Palabras clave: Servicio Hospitalario de Emergencia; Satisfacción del Paciente; Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Evaluación en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes atendidos no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	51
Tabela 2 – Caracterização da entrada dos pacientes em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	53
Tabela 3 – Queixas dos pacientes, por categoria, que motivaram a ida ao serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	54
Tabela 4 – Satisfação dos pacientes acerca da recepção no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	55
Tabela 5 – Satisfação dos pacientes acerca das dimensões da qualidade “direito à informação”, “privacidade no atendimento”, “confidencialidade das informações”, “priorização na atenção aos usuários” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	56
Tabela 6 – Satisfação dos pacientes acerca das dimensões da qualidade “conforto” e “dignidade e cortesia” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	58
Tabela 7 – Satisfação do paciente acerca da dimensão “percepção da qualidade da assistência pelos usuários” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	60
Tabela 8 – Análise não paramétrica entre a satisfação geral dos pacientes e as variáveis, raça, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião e procedência, em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	61
Tabela 9 – Eventos adversos identificados no período de observação de 24 horas em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	63
Tabela 10 – Classificação da gravidade dos danos decorrentes de eventos adversos identificados em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	64
Tabela 11 – Análise não paramétrica entre a satisfação geral dos pacientes e a variável evento adverso, em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CECSS	Consumer Emergency Care Satisfaction Scale
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DF	Distrito Federal
ECG	Eletrocardiograma
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização
IHI	Institute of Healthcare Improvement
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM	Institute of Medicine
ISP	Instrumento de Satisfação do Paciente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADESS	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
QUALISUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde
RUE	Rede de Urgências e Emergências
RX	Raios X
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SHE	Serviço Hospitalar de emergência
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

WHO

World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.....	21
3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E A INTERFACE COM A SEGURANÇA DO PACIENTE	24
3.3 A SATISFAÇÃO DO PACIENTE E O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	29
3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA ...	34
4 METODOLOGIA	40
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	40
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	41
4.4 FONTES DE DADOS	42
4.5 COLETA DE DADOS	43
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO	46
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS	50
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
5.2 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A RECEPÇÃO DO SHE.....	54
5.3 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A EMERGÊNCIA DO SHE	56
5.4 A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA.....	62
6 DISCUSSÃO	66
7 CONCLUSÃO	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – Formulário para avaliação de prontuário	105

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
ANEXO A – Avaliação da satisfação dos usuários pacientes da emergência	107
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	110

APRESENTAÇÃO

A qualidade em serviço hospitalar de emergência é um tema controverso que vem ganhando destaque ao longo dos anos por meio da mídia e da judicialização da saúde. Novas propostas com vistas à melhoria da qualidade nos serviços emergenciais vêm sendo debatidas e implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a Política Nacional de Atenção às Urgências, o surgimento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS) e, em todas essas propostas, o atendimento às necessidades do paciente com qualidade e segurança ocupa o centro da discussão, havendo incentivo para implementação de práticas que busquem capturar a percepção que o paciente tem sobre o serviço.

Desde o início da minha vida profissional na enfermagem, o serviço de emergência constituiu-se espaço de prática, sendo a atenção hospitalar, especificamente o atendimento a pacientes críticos que necessitam desse serviço, algo que despertou em mim interesse.

Ao longo da caminhada no serviço público de saúde, pude vivenciar no serviço de emergência a alta tecnologia, o paciente crítico, a alegria por salvar vidas, o envolvimento com o ensino em serviço, mas também vivenciei conflitos com pacientes, superlotação, estresse e um quase sentimento de desesperança para com o SUS.

Em busca de ser feliz trabalhando no SUS, procurei no ensino e na capacitação a minha motivação. Após cinco anos de graduada nesta universidade, retornei para realizar especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde em 2010 e, novamente, o contato com a academia fez renascer aquela vontade de trabalhar para um serviço público de qualidade. Nos anos seguintes, essa motivação me fez buscar novas capacitações em temas ligados à gestão e à qualidade e pude ter contato com assuntos que se tornaram políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Humanização e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ambos abordam temas que tiveram impacto sobre minha forma de realizar, pensar e gerenciar a assistência de enfermagem.

O envolvimento com a preceptoria do programa de residência de enfermagem em urgência e em emergência me despertou para o campo da ciência e, em 2013, participei do desenvolvimento junto com residentes de enfermagem da minha primeira pesquisa, onde avaliamos os óbitos que ocorriam no serviço. Após este primeiro impulso científico, sempre estive envolvida em trabalhos de pesquisa junto aos residentes.

Foi quando, em 2016, optei pelo Mestrado em Enfermagem nesta instituição de ensino que tantas boas recordações e momentos de aprendizado me proporcionou desde a época de graduação e a qual serei eternamente grata pelas oportunidades. Como diz um ditado popular, o conhecimento é libertador.

Para efetivação desse novo momento acadêmico, os temas escolhidos não poderiam ser outros senão aqueles que vêm há muito motivando meu pensar enquanto enfermeira atuante em serviço de emergência gerido pelo SUS: a segurança e a satisfação do paciente, aqui entendidos como atributos da qualidade em saúde.

O tema de pesquisa dessa dissertação traz resultados importantes para o cenário estudado e poderá contribuir para a obtenção de melhorias no cuidado, influenciando na satisfação dos pacientes atendidos.

Sob influência de todas essas variáveis pessoais e profissionais, foi realizado este trabalho de pesquisa sobre o qual passo agora a dissertar e que está estruturado conforme as etapas de um estudo científico e em acordo com as recomendações do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2014, o componente fixo da rede de urgências e emergências do Distrito Federal (DF) atendeu 2.935.373 de pacientes, sendo a região Sul de saúde, formada por Gama e Santa Maria, responsável pelo atendimento de 353.450 pacientes (12% do total). De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do DF (2018), o atendimento público de urgência e emergência é realizado por meio da rede de urgências e emergências, que reúne no serviço hospitalar de emergência (SHE): um hospital de referência (Instituto Hospital de Base), doze hospitais regionais e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O SHE integra uma rede de atenção à saúde e é uma das portas de acesso ao sistema de saúde no Brasil. Sua organização deve possuir estrutura adequada de atendimento, com equipe multiprofissional, recursos técnicos mínimos e funcionamento contínuo, permitindo todas as manobras de manutenção da vida (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2011). É o local destinado ao atendimento de situações de risco de vida, no entanto, também é utilizado por pacientes com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgência-emergência, o que implica superlotação e sobrecarga de trabalho para os profissionais (SANTOS; LIMA, 2011). Nota-se que nesses serviços há uma sobrecarga de trabalho para os profissionais, o que gera reflexos na assistência que os usuários recebem nestas unidades. Segundo Mendes et al. (2013), as condições insatisfatórias no ambiente de trabalho afetam diretamente a qualidade da assistência.

Entende-se que ofertar um cuidado de qualidade e com segurança nos serviços de urgência e emergência é um desafio, devido às características inerentes a esses serviços, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo Bellucci Júnior e Matsuda (2011), espera-se que a qualidade de atendimento em um SHE seja um ponto crítico dentro de um hospital, pois nesse ambiente encontram-se falta de hierarquia para atendimento, fluxo interno desordenado e alta demanda de pacientes.

Ao se avaliar qualidade dos cuidados em saúde em um SHE, observa-se que, quando ocorre superlotação desse setor, há um maior número de condutas clínicas inadequadas, o que impacta o aumento da insegurança do paciente. A superlotação das emergências tem associação com ocorrência de incidentes e as evidências visíveis são: atraso no início dos antibióticos, analgesia inadequada, comunicação ineficaz entre os membros da equipe, maiores taxas de complicações cardiovasculares e falhas na administração de medicamentos (GRABOIS; BITTENCOURT, 2014). Esses incidentes apresentam impacto direto na saúde dos pacientes e

têm repercussão econômica, reflexos na qualidade do cuidado e representam um instrumento de avaliação da qualidade da assistência (MOURA; MENDES, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), incidentes são definidos como evento ou circunstância que poderia resultar ou chegou a resultar em dano desnecessário ao paciente. Especificamente quando o incidente resulta em algum tipo de dano ao paciente, seja leve, moderado, grave ou o óbito, este é reconhecido como evento adverso (WHO, 2009).

Quando ocorre um evento adverso, é preciso ter clareza de que há três vítimas envolvidas no processo. Primeiramente, os pacientes e suas famílias. Como segundas vítimas, temos as equipes assistenciais responsáveis diretamente pelo cuidado, sobre as quais recaem efeitos psicológicos bem reconhecidos e já relacionados como provenientes do evento adverso. A terceira vítima é a própria instituição de saúde onde ocorreu a falha, pois a reputação da mesma pode ser prejudicada aos olhos de seus pacientes. Ofertar um cuidado centrado na pessoa, que atenda suas expectativas, ajudará a minimizar os danos à reputação da instituição, podendo até mesmo melhorá-la, apresentando-a como uma instituição que busca identificar seus erros, que oferece apoio ao paciente vítima da falha e que realiza ações de melhoria diante dos problemas institucionais (SADLER; STEWAR, 2015).

Nas últimas décadas do século 21, tem crescido a realização de estudos que avaliam a qualidade dos serviços hospitalares (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). Para tanto, ao se avaliar qualidade, percebe-se que a mesma pode ser definida como satisfação das necessidades dos pacientes, sendo estes objetos centrais das estratégias em busca de qualidade (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A avaliação que o paciente faz sobre o serviço é, atualmente, um indicador de resultado para mensurar a qualidade. O paciente é o principal foco do atendimento nos serviços de saúde, sua percepção e satisfação a respeito do cuidado recebido é uma ferramenta fidedigna para se obter e conhecer a qualidade do serviço ofertado (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Visando qualificar o componente fixo do sistema hospitalar de urgência e emergência, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2011, a Portaria nº 1.600 que instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS em que consta como diretriz a avaliação da qualidade dos serviços. A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (TANAKA; TAMAKI, 2012). Cabe ressaltar que é a avaliação do sistema de saúde pelo paciente que favorece o direcionamento de ações que convergem com a humanização do serviço (SANTIAGO et al., 2013).

Nessa perspectiva avaliativa, considera-se que a avaliação da satisfação do paciente é o principal indicador de qualidade para um prestador de serviço em saúde (VIGNOCHI; GONÇALO; ROJAS LEZANA, 2014). Quando um paciente adentra um SHE, ele chega com uma expectativa relacionada com a assistência que pretende receber, a relação entre essa expectativa e a qualidade do cuidado oferecido torna possível o processo de avaliação, que é fundamental para a implementação de melhorias, tornando, assim, o SHE cada vez mais resolutivo (PENA; MELLEIRO, 2012).

No contexto de qualidade, é necessário referenciar que incidentes podem estar presentes e torna-se necessário conhecê-los, bem como identificar sua relação com a satisfação que o paciente refere sobre o atendimento. Os gestores de unidades preocupados com a qualidade da assistência oferecida buscam identificar qual a avaliação que o paciente faz do serviço, ampliando seu horizonte também para a investigação de incidentes durante a assistência, o que indica comprometimento com a segurança do paciente e a qualidade da assistência (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Berwick (2013) afirma que, para se obter qualidade no cuidado ao paciente, a segurança do paciente deve estar em primeiro lugar. Para tanto, é necessário capacitar a equipe de saúde e os pacientes e também os ouvir. A melhoria dos processos assistenciais perpassa o desenvolvimento dos profissionais e o envolvimento dos pacientes.

No cenário atual, o *Institute of Medicine* (IOM) (2001) defende que é necessária uma assistência segura a fim de se alcançar a qualidade do cuidado. Revisão sistemática que teve como objetivo identificar as ameaças à segurança do paciente nos serviços de emergência encontrou maior incidência de produção científica a respeito da temática eventos adversos sobre erros de medicação (BIGHAM et al., 2012). Uma abordagem, visando à segurança dos pacientes em serviços de saúde e que reduz erros diversos é facilitar um maior envolvimento desses com seu processo de saúde-doença, pois os pacientes são a última barreira perante as falhas assistenciais. O conhecimento que esses possuem sobre seu estado de saúde, suas crenças e as crenças dos profissionais de saúde tem importância para o envolvimento do paciente na prevenção dos erros de medicação (GARFIELD et al., 2016). Os mesmos autores destacam que é necessário conhecer a dinâmica da equipe de saúde, os fatores relacionados ao ambiente hospitalar e à estrutura organizacional, e que a participação do paciente visando a sua própria segurança permite identificar as possíveis falhas no processo assistencial, contribuindo, assim, para a implementação de melhorias na administração de medicamentos.

Ao se avaliar a ocorrência de eventos adversos em um hospital italiano, pesquisa do tipo coorte retrospectiva constatou que houve maior incidência de eventos adversos em prontuários de pacientes internados pelo serviço de emergência, correspondendo a 69,7% da amostra de prontuários com eventos adversos (SOMMELLA et al., 2014). Para Raduenz et al. (2010), a identificação de incidentes durante a assistência recebida pelos pacientes nos serviços de saúde é um caminho que possibilita o desenvolvimento de ações que impactam a redução do tempo de internação no serviço hospitalar, mitigam danos provisórios e permanentes, além de influenciarem na prevenção de óbitos, favorecendo, assim, a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Para uma assistência de qualidade, aqui se entendendo que a segurança é uma característica da qualidade, o cuidado em saúde também necessita ser centrado na pessoa, outro atributo importante. Esta centralidade no paciente busca atender suas preferências e necessidades de saúde (IOM, 2001). Logo, a avaliação da satisfação do paciente pode ser um estímulo para mudanças e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo-se, assim, um vínculo de referência entre paciente e serviço (SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017).

Frente ao exposto, as questões norteadoras deste trabalho foram: quais aspectos do serviço hospitalar de emergência geram insatisfação nos pacientes? Existe associação entre a ocorrência de eventos adversos e a satisfação do paciente em serviço hospitalar de emergência?

Em breve busca na literatura científica, não foram encontrados estudos que relacionam a ocorrência de incidentes com a satisfação do paciente em SHE, indicando a necessidade de se desenvolver o tema proposto. A relevância do estudo está em possibilitar a análise desses dois atributos (satisfação e segurança), uma vez que a avaliação da satisfação do paciente é um indicador de qualidade e a segurança é uma característica da qualidade do cuidado em saúde. Destaca-se, ainda, que o uso da avaliação da satisfação do paciente encontra amparo na Política Nacional de Atenção às Urgências.

Este trabalho surge da necessidade de incorporar o cuidado centrado no paciente como ferramenta da gestão em busca de melhorias para os serviços. Demonstra-se importante, pela oportunidade de realizar uma reflexão crítica sobre a qualidade dos serviços ofertados no âmbito do serviço de urgência e emergência e pela oportunidade de indicar ações que venham a fortalecer a segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a satisfação do paciente com o serviço hospitalar de emergência de um hospital público e sua relação com a segurança do paciente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o escore de satisfação dos pacientes com o serviço hospitalar de emergência;
- Verificar a associação entre o perfil sociodemográfico dos pacientes e a satisfação com a assistência prestada;
- Identificar a ocorrência de eventos adversos durante a assistência no serviço hospitalar de emergência em estudo;
- Verificar a associação entre a satisfação e a ocorrência de eventos adversos na unidade de emergência analisada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tendo em vista que analisar a satisfação do paciente com o serviço hospitalar de emergência de um hospital público e sua relação com a segurança requer bases conceituais sólidas para o real entendimento desse fenômeno, dividiu-se a revisão de literatura em subitens a fim de melhor explicar os conceitos anteriormente citados na Introdução.

3.1 A POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Com o propósito de aumentar a qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde do SUS, o Ministério da Saúde, em 2004, lançou o QualiSUS e posteriormente, ainda em 2004, o HumanizaSUS, assim, serão apresentadas considerações acerca dessas temáticas que darão suporte à construção teórica desta pesquisa.

Esperava-se, com a política do QualiSUS, uma política que, como o próprio nome já indica, é uma política de qualificação, aumentar a satisfação dos usuários com o sistema de saúde, diminuir os gastos com a saúde e defender os princípios e diretrizes constituintes do SUS. Logo, QualiSUS é uma política de afirmação do sistema de saúde brasileiro que enfatiza que, para se alcançar a qualidade, deve-se buscar a integralidade do cuidado, a equidade e o acesso da população a todos os níveis do sistema de saúde de acordo com a necessidade de cada usuário. A melhoria da qualidade da atenção à saúde não se resume à qualificação da dimensão técnica, necessita também da qualificação das relações interpessoais, logo, haverá melhoria da qualidade com um conjunto de propostas técnicas e práticas (BRASIL, 2004a).

Segundo este referencial teórico, constituem dimensões para melhoria no nível da qualidade na assistência à saúde:

- Resolutividade, eficácia e efetividade da assistência à saúde;
- Redução dos riscos à saúde;
- Humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e os usuários do sistema de saúde;
- Conforto das instalações e presteza no atendimento ao cidadão;
- Motivação dos profissionais de saúde;
- Controle social pela população na atenção e na organização do sistema de saúde no Brasil.

Além de enfatizar as dimensões da qualidade que deveriam sofrer intervenção, o QualiSUS também tem suas ações direcionadas para a melhoria da qualidade no sistema de urgência e emergência, para o acesso e melhoria da qualidade na atenção primária e de média complexidade e qualificação da gestão e da regulação do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Para operacionalização dos princípios e dimensões da qualidade contidos no arcabouço teórico do QualiSUS, essa política de qualificação da gestão também trouxe a sugestão de implementação das seguintes tecnologias leves de gestão: acolhimento e classificação do risco; gestão do cuidado por nível de gravidade do paciente; gestão de vagas e leitos a partir das demandas da emergência; instalação do comitê gestor reunindo os setores críticos do hospital e que são responsáveis pela assistência; instalação do conselho gestor, com igual número de representantes dos usuários, trabalhadores e gestores; instalação da ouvidoria; articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

Para além do QualiSUS e com o objetivo de fortalecer a equipe assistencial, bem como sua capacitação, garantindo, assim, a qualidade da assistência, o Ministério da Saúde iniciou, em 2004, a política denominada HumanizaSUS, que propõe a humanização como pilar das práticas de atenção à saúde e também no âmbito da gestão em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2004b).

O conceito de humanização tem sido utilizado quando se fala em qualidade do cuidado, mas, apesar disso, é um conceito de difícil definição. O Ministério da Saúde define humanização como “o valor que é dado aos diferentes sujeitos que atuam no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2009, p. 5). O documento base que definiu a Política Nacional de Humanização (PNH), como norteador das práticas de atenção à saúde, define que humanizar significa “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004b, p. 6). Deslandes (2004) afirma que humanizar é a “capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento”.

Definir as ações para a promoção da humanização torna-se necessário, Bellucci Junior e Matsuda (2012) definem que, para o alcance desse objetivo, é fundamental acolher o usuário e o trabalhador da saúde, tornar o ambiente de trabalho um local adequado às necessidades de cuidado e acolhimento e diminuir a distância entre o cuidado presencial e o tecnológico.

A PNH, assim como o QualiSUS, também tem suas ações pautadas na defesa do sistema de saúde nacional, mostra-se como instrumento de divulgação do SUS que dá certo, numa

perspectiva de mudança do modelo de atenção à saúde e de gestão da atenção à saúde que visa à qualidade. Para o alcance da qualidade, estabelece diretrizes, orientações gerais da Política Nacional de Humanização, que, por meio do método da inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários, podem ser implementadas: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento do coletivo e redes, construção da memória do SUS e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004b).

Ainda é necessário informar, principalmente aos críticos dessa política, que a veem como uma política de “pintar paredes” ou, como definiu Benevides e Passos (2005, p. 570), “...menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais”, que os princípios da PNH são operacionalizados por meio de dispositivos, arranjos de processo de trabalho que têm por objetivo a mudança no modelo de atenção à saúde e da gestão. Dentre esses dispositivos destacam-se: grupo de trabalho de humanização, colegiado gestor, contrato de gestão, visita aberta, direito à acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, projetos cogерidos de ambiência, acolhimento com classificação de risco, projeto terapêutico singular, projeto memória do SUS que dá certo, sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação de usuários e trabalhadores (BRASIL, 2004b).

Com a finalidade de mudanças nos resultados assistenciais e de gestão, a HumanizaSUS incentivou o uso de metodologias para monitoramento e avaliação, destacando a necessidade de que o processo de avaliação seja conduzido tendo por suporte técnico o arcabouço teórico que compõe a PNH (BRASIL, 2004b).

A HumanizaSUS e o QualiSUS se fundamentaram na defesa dos princípios do SUS, contudo, além dessa importante função político-ideológica, avançaram na proposição de metodologias para mudança dos processos de trabalho que ocorrem na gestão e na atenção à saúde e que, em última análise, visam à melhoria da qualidade nos diversos contextos e cenários que compõem o sistema de saúde nacional.

3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE E A INTERFACE COM A SEGURANÇA DO PACIENTE

A definição de qualidade na assistência à saúde é um conceito dinâmico que se modifica ao longo do tempo e é uma meta a ser atingida pelas instituições que fornecem serviços de saúde. Quando se estuda sobre qualidade em assistência à saúde, o nome de destaque é Avedis Donabedian, para quem a qualidade é produto de dois fatores: a ciência e o uso da ciência para o atendimento das demandas dos pacientes (DONABEDIAN, 2003). Para esse autor, a qualidade caracteriza-se pelos atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimação e equidade, os quais constituem os sete pilares da qualidade conforme explicitado a seguir:

- Eficácia: trata-se da capacidade de produzir o efeito desejado sob a condição mais favorável. São frequentemente os resultados de estudos clínicos extremamente bem controlados, como em testagem de medicamentos em laboratório, considerados sob condições ideais;
- Efetividade: é a capacidade de produzir o efeito desejado de melhora na saúde, obtido na realidade. O esperado na prática diária;
- Eficiência: é a medida de custos de qualquer melhora na saúde. Ao se avaliar duas opções de tratamento igualmente efetivas, a que custar menos será a mais eficiente;
- Aceitabilidade: é a adaptação do cuidado da saúde às expectativas e aos valores dos pacientes que demandam atendimento. De maneira geral, pode-se dizer que também depende da avaliação subjetiva dos pacientes em relação à efetividade e à eficiência, mas também se relaciona aos atributos da relação profissional de saúde-paciente e acesso ao serviço de saúde;
- Equidade: refere-se à disponibilidade dos serviços de acordo com as necessidades de saúde de cada um;
- Otimização: é importante devido ao fato de que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos, gastos;
- Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

Além de conceituar qualidade, Donabedian (1980) introduz os conceitos das três dimensões avaliativas que compõem a qualidade do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado.

- A estrutura corresponde aos recursos físicos, pessoal qualificado e equipamentos necessários, inclui também os aspectos financeiros do atendimento em saúde;
- O processo é a execução de ações utilizando padrões aceitos na literatura científica e protocolos institucionais;
- O resultado corresponde à efetividade do cuidado em saúde, atendendo às expectativas e aos padrões vigentes.

Outro importante contribuinte para os estudos sobre o tema qualidade em serviços de saúde é o *Institute of Medicine*, segundo o qual, por meio de um cuidado assistencial de qualidade, as instituições de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejados e, para que isso ocorra, é necessário que a assistência em saúde seja segura. Nessa perspectiva, o IOM reconhece a segurança como uma dimensão da qualidade. A qualidade, além da dimensão segurança, possui outras cinco dimensões: efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (IOM, 2001). A definição de cada dimensão corresponde a (IOM, 2001):

- Segurança: evitar danos temporários ou permanentes aos pacientes durante a realização dos cuidados de saúde;
- Efetividade: é o cuidado baseado na ciência, no método científico e no conhecimento científico que se baseia nesta;
- Centralidade no paciente: é uma assistência em saúde que está de acordo com as preferências e necessidades do paciente;
- Oportunidade: redução do tempo de espera e de atrasos que possam levar ao dano;
- Eficiência: assistência com bons resultados, porém sem desperdício de equipamentos, matérias e medicamentos;
- Equidade: cuidado que não sofre influência de raça, gênero, condição social e financeira.

O IOM publicou em 1999 o relatório “Errar é humano”, marco conceitual que evidenciou a gravidade dos problemas de segurança presentes nas instituições de saúde e desde então o tema passou a integrar a pauta da Organização Mundial de Saúde. A partir desse relatório e do relatório “*Crossing the Quality Chasm*”, publicado pelo IOM em 2001, o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) construiu uma estratégia para transformação do cenário presente em ambos os relatórios, enfatizou como práticas inovadoras para mudança da qualidade em saúde: segurança, efetividade, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade (BISOGNANO, 2015).

Em 2007 o IHI lança o *Triple Aim*, estratégia que tem como pilares: melhorar a saúde da população; melhorar o tratamento, incluindo qualidade e satisfação dos pacientes; e reduzir o custo com os tratamentos em saúde. Para o IHI, a correlação entre esses três pilares permite colocar o paciente no centro da atenção dos cuidados em saúde e, ao mesmo tempo, aprimorar a qualidade da assistência que esse recebe (BERWICK et al., 2008).

Atender às expectativas dos pacientes com qualidade é considerado uma das partes que constitui o *Triple Aim*. Porém é importante frisar que é necessário que os três elementos constituintes sejam atingidos de forma plena. Os serviços de saúde precisam equilibrar o custo, a satisfação do paciente e a qualidade, sob pena de apresentarem dificuldades em oferecer uma assistência adequada, pois podem acabar reduzindo os custos por meio de um atendimento de baixa qualidade, gerando conseqüentemente a insatisfação dos pacientes (LEVINE et al., 2011).

Uma abordagem possível para melhoria da qualidade nos serviços de saúde é a implementação de estratégias em busca de um cuidado seguro. Nesse sentido, estratégias preventivas vêm ganhando destaque na literatura. Segundo França et al. (2010), a prevenção das falhas nos serviços de saúde encontra amparo nas notificações de eventos adversos, sendo que a notificação de evento adverso deve ser estimulada como parte de estratégia para um cuidado seguro e de qualidade. Fato também corroborado por Charles (2010), em seu livro “Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos”, que, entre os temas discutidos, aborda as ações práticas necessárias para diminuir a ocorrência de eventos adversos e suas conseqüências, dentre as quais a notificação das falhas constitui uma estratégia.

Analisar a ocorrência de eventos adversos, sob o olhar da prevenção de novas falhas, produz um aprendizado, porém é preciso destacar que atentar-se apenas aos eventos notificados não traduz efetivamente a taxa real dos incidentes. É importante analisar todos os fatores contribuintes para a ocorrência dos eventos adversos, incluindo os fatores organizacionais, uma vez que essa análise é uma ferramenta para promoção de melhorias que vão impactar sobre a qualidade da assistência no serviço de saúde (CHARLES, 2010).

A ocorrência de um evento adverso é considerada um problema de qualidade do cuidado relacionado à dimensão segurança do paciente e pode ser compreendida como uma mudança indesejável no estado de saúde do paciente que pode produzir morte, incapacidade, novas doenças ou mesmo insatisfação com o serviço de saúde (IOM, 2001).

Outra abordagem possível, com enfoque na prevenção, para melhoria da qualidade em serviço de saúde na perspectiva da segurança do paciente é o cuidado centrado no paciente, outro atributo da qualidade. A inserção do paciente ou de familiares no cuidado oferece uma

possibilidade de decisão compartilhada e prescinde de uma comunicação efetiva entre paciente e profissional de saúde, contribuindo, assim, para a segurança (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018).

No Brasil, a inquietação com a necessidade de monitoramento e avaliação visando à qualidade tem início na década de 1990. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) surge como um desdobramento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), que começou em 1998. Este tem por meta realizar avaliação dos serviços de saúde que recebem recursos financeiros do Ministério da Saúde, utilizando para avaliação, em seu referencial teórico, as seguintes dimensões avaliativas da qualidade do cuidado (BRASIL, 2015):

- Estrutura: recursos físicos, humanos e organizacionais adequados;
- Processo: trabalho nas áreas de gestão, gerenciamento de risco, serviços de apoio e serviços assistenciais;
- Resultados em saúde: nessa dimensão está contemplada a mensuração a respeito dos indicadores de saúde e também a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido e à satisfação dos trabalhadores dos serviços de saúde em relação ao seu ambiente de trabalho.

Além de utilizar métodos e instrumentos (roteiro de itens de verificação, o conjunto de indicadores a serem avaliados), para identificar aspectos relativos à estrutura, processos e resultados, o PNASS procurou também desenvolver instrumentos que pudessem contemplar a percepção das pessoas que trabalham ou utilizam os serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Destaca-se, ainda, como meta do programa o incentivo à cultura de avaliação nos serviços de saúde que compõem o SUS. A partir do PNASS, a avaliação dos serviços de saúde que compõem o SUS deixou de ser uma atitude pontual e passou a ser reconhecida como uma ação de gestão necessária para o planejamento das ações e dos serviços e foi inovadora ao propor-se a atender às demandas de qualidade dos usuários (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Neste contexto nacional, também merece referência a contribuição do Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), liderado por grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), na elaboração de um referencial teórico e metodológico que possibilitasse a avaliação de desempenho no Sistema Único de Saúde, contribuindo, assim, para a formulação de políticas públicas, monitorização das desigualdades

no acesso aos serviços de saúde e avaliação da qualidade dos serviços ofertados. Constituiu-se modelo para avaliação do sistema de saúde brasileiro (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

O PROADESS recebeu influência dos modelos de avaliação propostos por canadenses, australianos, ingleses e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Elaborou um quadro conceitual composto por dimensões e subdimensões, sendo as subdimensões mensuradas por meio de indicadores de desempenho (VIACAVA et al., 2004).

Segundo Albuquerque e Martins (2017), na perspectiva do referencial teórico do PROADESS, as dimensões que compõe a avaliação da qualidade nos serviços são:

- **Efetividade:** é o grau com que assistência, serviços de saúde e ações de cuidado atingem os resultados esperados;
- **Acesso:** capacidade dos serviços de saúde em ofertar aos usuários os cuidados necessários no lugar e momento certo;
- **Eficiência:** é a relação entre o resultado obtido com a intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- **Respeito aos direitos das pessoas:** capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o usuário e a comunidade e estejam orientados a atender às necessidades das pessoas;
- **Aceitabilidade:** é o grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- **Continuidade:** a capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta, de acordo com a necessidade assistencial do usuário, de maneira coordenada entre os diferentes níveis de atenção à saúde, em redes de atenção;
- **Adequação:** é o grau com que os cuidados dispensados aos usuários do sistema de saúde, seja ele público ou privado, estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- **Segurança:** é a capacidade do sistema de saúde para identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Em unidade de emergência, observa-se que o comprometimento da equipe com um cuidado de qualidade produz satisfação e segurança no atendimento e inserir o paciente em seu cuidado, por meio de uma comunicação efetiva, produz neste a percepção de segurança sobre o cuidado que está recebendo (ARRUDA et al., 2017).

Tendo por base os conceitos dos autores citados, entende-se que a qualidade é constituída pelo elemento técnico, que deve ser seguro e mensurado por meio de indicadores, e

também pelo atendimento às demandas dos pacientes. Assim, a avaliação mostra-se como uma importante ferramenta para rever e redirecionar as ações em saúde, destacando-se como parte do planejamento para aperfeiçoamento do SUS na oferta de um cuidado de qualidade e seguro.

3.3 A SATISFAÇÃO DO PACIENTE E O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Não é recente a discussão sobre a importância de se avaliar a satisfação do paciente, sendo esse importante ator na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. É a partir dos trabalhos publicados por Donabedian que a satisfação do paciente torna-se um componente da avaliação de qualidade do serviço (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). As pesquisas sobre satisfação dos pacientes começam a desempenhar papel de destaque nas instituições prestadoras de serviço em saúde, no Brasil, a partir da década de 90, e, em outros países, esse tipo de avaliação surgiu nos anos 60, nos Estados Unidos e na Inglaterra ao fazerem parte de estudos sobre a qualidade dos serviços públicos (SERAPIONI, 2009). Aqui no Brasil, o uso de pesquisas de satisfação para avaliar os serviços de saúde acompanhou o movimento de redemocratização do país em sintonia com o surgimento dos movimentos de luta pelos direitos sociais, o que engloba o movimento em busca de acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2009; SERAPIONI, 2009).

Seguindo os sete pilares de Donabedian para avaliar a qualidade dos serviços de saúde (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimação e equidade), a satisfação do paciente está relacionada com a aceitabilidade, definida como “um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde”. Assim, a aceitabilidade compreende questões da infraestrutura dos serviços, incluindo o acesso, a relação profissional de saúde-paciente e as expectativas quanto aos desdobramentos e resultados do tratamento (MENDES, 2009).

Quando são realizadas avaliações dos serviços de saúde, a categoria resultado está relacionada com a satisfação do paciente (SILVA et al., 2016). Assim, torna-se possível avaliar a qualidade de um serviço de saúde a partir da satisfação do paciente como um indicador de resultado (VIGNOCHI; GONÇALO; ROJAS LEZANA, 2014). O processo de avaliação apoiado na percepção do paciente permite identificar as falhas e os pontos positivos de cada serviço, oferece parâmetros para ações nos serviços de saúde, uma vez que analisa a qualidade do atendimento recebido na perspectiva do paciente (SILVA JUNIOR; DIAS, 2016). A avaliação da satisfação é o momento em que o paciente avalia cada item que compõe um instrumento de pesquisa, é quando demonstra sua opinião referente ao serviço avaliado, assim

disponibilizando seu olhar sobre a qualidade da atenção à saúde (INCHAUSPE; MOURA, 2015). Quando se avalia a satisfação, utiliza-se estratégia que busca alcançar a percepção do paciente frente à qualidade da atenção recebida, sendo, então, a ação de avaliar um suporte para aquisição de informações que, em última análise, beneficiarão a organização do serviço de saúde (LIMA et al., 2015).

A satisfação é definida de acordo com o atendimento das necessidades dos pacientes, é uma comparação entre as expectativas que o mesmo possui em relação ao atendimento que irá receber e a experiência real dos cuidados que lhe foram ofertados (ACOSTA et al., 2016). A satisfação do paciente reflete o bom funcionamento de um serviço e tem impacto na adesão ao tratamento, continuidade de cuidados em longo prazo e indicação do serviço a outros pacientes (INCHAUSPE; MOURA, 2015).

A partir da constituição de 1988, a saúde passa a constituir-se como um direito alicerçado sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade da saúde. Destaca-se a contribuição da PNH, política pública de atenção à saúde que busca reafirmar os princípios do SUS, em valorizar a qualidade do cuidado associado ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Valorizar os direitos dos usuários constitui-se forma de qualificação por meio de uma gestão democrática em que o controle social se insere (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No Brasil, foi publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde a Carta dos direitos dos usuários da saúde em que são elencados os direitos básicos aos usuários: o respeito a integridade física, privacidade e conforto, individualidade, valores éticos, culturais e religiosos, confidencialidade, segurança do procedimento, bem-estar psíquico e emocional (BRASIL, 2007).

Os pacientes dos serviços públicos de saúde muitas vezes entendem que o direito relaciona-se única e exclusivamente ao acesso, o que pode ser considerado falta de informação que, em última análise, produz uma postura passiva (SOUZA; COSTA, 2010). Assim, a implementação da PNH abrange múltiplos fatores que se relacionam, tais como condições de trabalho, modelo de atenção em saúde, capacitação dos profissionais de saúde, direitos dos usuários e avaliação do processo presente nos serviços de saúde, constituindo-se marco para política pública em saúde (BRASIL, 2004b).

A avaliação da satisfação do paciente é um importante instrumento para analisar a qualidade dos serviços de saúde, sendo importante para adequar os serviços de saúde, desde a estrutura física até a qualidade da assistência realizada no serviço avaliado. Logo, a satisfação do paciente é vista como orientadora para efetivação de melhorias dos serviços de saúde (LIMA

et al., 2015). A percepção dos pacientes, com relação à qualidade dos serviços, é vista como um indicador de avaliação e monitoramento, o que torna possível a adaptação dos serviços às necessidades e às demandas dos pacientes (VIGNOCHI; GONÇALO; ROJAS LEZANA, 2014).

O cuidado centrado no paciente foi incluído como um atributo/ dimensão da qualidade pelo IOM em 2001. Segundo o mesmo, o conceito de cuidado centrado no paciente diz respeito a “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas” (IOM, 2001, p. 6). Donabedian (2003) também destacou que o paciente ocupa papel central na avaliação da qualidade dos serviços de saúde ao explicitar que o pilar da qualidade aceitabilidade necessita atender às expectativas desses sobre o atendimento recebido no serviço de saúde. No entanto, essa prática encontra obstáculos no contexto de saúde brasileiro por ainda não ser percebido como uma dimensão da qualidade em saúde (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018).

Gomes (2016), ao realizar estudo de revisão que buscou identificar e descrever as estratégias dos governos de alguns países para alcançar um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde, destacou as estratégias governamentais realizadas por Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido. Nesses países a dimensão da qualidade/cuidado centrado no paciente vem ganhando destaque entre as ações que visam à qualidade em saúde, e a maneira predominante para avaliação tem sido as pesquisas de satisfação nos diversos contextos e cenários de atenção à saúde. Os autores relatam a importância da PNH para implementação do cuidado centrado no paciente no Brasil, uma vez que tratar-se de política que incentiva a realização de pesquisas de satisfação dos pacientes, no entanto, destacam a falta de continuidade dessas pesquisas e a não divulgação de resultados e sugerem a necessidade de dar continuidade na realização de pesquisas de satisfação dos pacientes, inclusive divulgando os resultados e tornando-os de fácil acesso aos usuários dos serviços de saúde.

Para se avaliar a satisfação do paciente, é necessária a escolha de um método adequado, pois existem vários autores que se debruçaram sobre esse tema e desenvolveram técnicas de medição da satisfação do paciente em serviços de saúde. Ao se analisar a literatura internacional sobre o tema satisfação do paciente em serviço hospitalar de emergência, busca em base de dados encontrou como predominante o uso do instrumento de avaliação *Consumer Emergency Care Satisfaction Scale* (CECSS), sendo esse utilizado em artigos de língua inglesa, espanhola, italiana e chinesa (ACOSTA et al., 2016).

O instrumento CECSS é validado e baseia-se no Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) publicado pelo americano Risser NL em 1975. Os itens CECSS dizem respeito aos comportamentos, atos e atitudes de enfermeiros frente aos pacientes de emergência. Eles são divididos em dois domínios: uma escala de cuidados e uma escala de ensino (MESSINA et al., 2014).

No Brasil, o ISP foi validado por Oliveira (2004) em sua dissertação de mestrado “Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do *Patient Satisfaction Instrument*” em 2004. É um instrumento com 25 itens, agrupados em três domínios: técnico-profissional (P), confiança (C), e educacional (E). O domínio profissional avalia a competência do enfermeiro para o desempenho de atividades técnicas; o domínio confiança avalia as características do enfermeiro que permitem uma interação construtiva e confortável com o paciente e sua comunicação; e o educacional avalia a habilidade dos enfermeiros em fornecer informações para os pacientes e suas explicações sobre o cuidado. A escala de medida é do tipo *likert*, com cinco opções de respostas que variam de "concordo totalmente" (cinco pontos) a "discordo totalmente" (um ponto). Quanto maior a pontuação do ISP, maior o nível de satisfação do paciente com o cuidado prestado (LEVANDOVSKI et al., 2015). Estudo que avaliou a qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente em um hospital universitário da região Centro-Oeste do Brasil utilizou o ISP como instrumento de coleta de dados em unidades de internação com sucesso (FREITAS et al., 2014). Porém, para se avaliar o SHE, é limitado o número de publicações brasileiras sobre satisfação dos pacientes com cuidados de enfermagem em emergência, sendo o uso do ISP nesse setor publicado pela primeira vez em estudo avaliativo conduzido em hospital universitário da região Sul do país (LEVANDOVSKI et al., 2015).

Outro instrumento utilizado em vários estudos e também utilizado internacionalmente é a escala SERVQUAL que foi desenvolvida por Parasuraman et al. (1988) e correlaciona as expectativas e as percepções dos usuários sobre o serviço recebido. É um instrumento que objetiva avaliar a qualidade dos serviços oferecidos por empresas e pode ser utilizado na avaliação da satisfação em diversos setores da economia. Esse instrumento aponta para as lacunas existentes entre a expectativa do usuário e a percepção que esse tem do desempenho da empresa, oferece cinco indicadores de qualidade:

a) Tangibilidade: que é definida como a aparência das instalações físicas, equipamentos e pessoal do prestador de serviço;

b) Confiabilidade: traduzida na capacidade de prestar o serviço conforme havia sido previsto com exatidão;

c) Atendimento: tida como a disposição para ajudar os usuários e fornecer o atendimento com empatia;

d) Segurança: que é o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e manter a confidencialidade;

e) Empatia: definida como o interesse, a atenção personalizada aos usuários.

Observa-se o uso da escala SERVQUAL em estudo transversal sobre satisfação dos usuários em instituição privada hospitalar do estado de São Paulo (PENA; MELLEIRO, 2012). Por poder ser utilizado em empresas fora do setor saúde, tem seu uso bem difundido em outras áreas do conhecimento para avaliar serviços (PEREIRA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, inclusive com o incentivo de premiação para as unidades nacionais melhor avaliadas (SCHMIDT et al., 2014). O instrumento avaliativo do PNASS para avaliar a satisfação dos usuários deve ser aplicado aos pacientes atendidos nos ambulatórios, unidades de internação e serviços de urgência e emergência, sendo os itens a serem avaliados os seguintes: agilidade no agendamento do atendimento, agilidade no atendimento, acolhimento, confiança, ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído), roupas, alimentação, marcas da humanização e expectativa acerca do serviço avaliado (BRASIL, 2015).

Apesar de se constituir um marco para a política de saúde pública brasileira, além dos próprios relatórios avaliativos do Ministério da Saúde, existe pouca produção científica publicada que utilizou o instrumento avaliativo do PNASS. Busca em base de dados apresentou o uso desse instrumento em estudo transversal que avaliou a satisfação dos usuários de uma rede de urgências e emergências municipal do estado de Minas Gerais, tanto emergências públicas, quanto emergências privadas (LIMA et al., 2015).

No âmbito do SHE, é necessário destacar a contribuição de MENDES (2009), que elaborou e validou um instrumento de avaliação da satisfação dos pacientes para ser aplicado em serviços de emergência. Em seu trabalho, o autor buscou identificar os principais fatores da satisfação relacionados com o atendimento dos profissionais, as condições oferecidas para garantia dos direitos dos usuários e o acolhimento pelos serviços e trabalhadores. Para tanto, tendo como base as dimensões da qualidade do cuidado de Donabedian, o PROADESS, o PNASS, o QualiSUS e o HumanizaSUS construíram o instrumento subdividido em duas partes: a primeira com a caracterização do usuário e sua chegada ao hospital, e a segunda parte com a

avaliação de satisfação dos usuários. As dimensões do cuidado avaliadas nesse foram definidas como: direito à informação, privacidade no atendimento, confidencialidade das informações, conforto, dignidade e cortesia, priorização na atenção ao usuário e percepção da qualidade da assistência pelo usuário (MENDES, 2009).

O conhecimento da satisfação do paciente percorre diversos caminhos, são questões sobre a cortesia, a burocracia, a competência técnica dos profissionais de saúde, a empatia no primeiro contato, o tempo de espera, o entrosamento das unidades assistenciais, o horário, o ruído ambiental, a limpeza do prédio, a iluminação, a adequação de equipamentos, a alimentação, o alívio de sintomas, a solução de problemas, os custos e muitos outros aspectos. Cada um desses itens pode ser analisado de forma diferente, a depender do tipo de setor do sistema de saúde que está sendo avaliado e do referencial teórico usado.

3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

A preocupação com a segurança do paciente é uma questão antiga, pois mesmo Florence Nightingale, em 1863, já referia que o primeiro dever de um hospital é não causar mal ao paciente (PEPPER, 2004). Em tempos mais recentes, o assunto ganhou destaque a partir do relatório do IOM “Errar é humano”, publicado em 1999. Esse relatório apontou que aproximadamente 100.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos da América em decorrência de falhas na assistência nos serviços de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), deu destaque ao tema segurança nas instituições de saúde.

A OMS estima a prevalência de eventos adversos em torno de 10% (WHO, 2007). Outros estudos internacionais também demonstraram a magnitude do problema, como, por exemplo, estudo canadense que apontou a ocorrência de eventos adversos em 7,5% dos pacientes internados (BAKER et al., 2004). Estudo de revisão sistemática relatou que a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados em hospitais variava de 2,9% a 16,6% (STANG et al., 2013).

No Brasil, estudo de coorte retrospectivo baseado em revisão de prontuário e realizado em 3 hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou a incidência de eventos adversos em 7,6% dos prontuários analisados (MENDES et al., 2009). Estudo transversal nacional que ocorreu em 58 hospitais evidenciou prevalência de 10,5% de eventos adversos com os pacientes que se encontravam internados no momento da pesquisa (ANACLETO et al., 2005).

Em 2004 a Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e estabeleceu como meta que as instituições de saúde promovessem melhorias em seus processos assistenciais e ofertassem aos pacientes um atendimento de qualidade, livre de riscos e incidentes (WHO, 2007). A segurança do paciente é definida como sendo a redução de risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde, até o mínimo aceitável (WHO, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança no país. O PNSP tem como meta contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a).

Para compreender com maior propriedade o tema segurança do paciente, identificar alguns conceitos-chave torna-se necessário. Existem vários conceitos no contexto da segurança do paciente e, neste estudo, serão adotadas as orientações da OMS.

Incidentes são fatos ou circunstâncias que ocorrem como consequência do cuidado recebido pelos pacientes em instituições de saúde, sendo que não estão associados à patologia do paciente e que podem resultar ou resultaram em dano desnecessário ao mesmo. O termo desnecessário traz consigo a definição de que erros, maus-tratos e atos inseguros podem ocorrer no setor saúde e tudo isso é considerado incidente. Quando atingem o paciente, são classificados em incidentes sem danos e incidentes com dano (WHO, 2009).

O incidente sem dano é um incidente em que um evento chegou a atingir o paciente, mas não resultou em dano perceptível. Já no incidente com dano, o evento atingiu o paciente e resultou em dano perceptível (WHO, 2009).

Entende-se como dano o prejuízo para estrutura ou funções do corpo e qualquer efeito deletério que resultou deste, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (WHO, 2009).

O evento adverso é um incidente com dano e é definido como situação evitável em que ocorreu um incidente, decorrente do cuidado em saúde que resultou em dano desnecessário ao paciente, seja este uma incapacidade temporária ou permanente, aumento do tempo de internação ou morte (WHO, 2009).

O SHE é considerado, particularmente, como um ambiente com alto risco para a ocorrência de eventos adversos. Os motivos incluem alto volume de pacientes, necessidade de cuidados complexos presentes nesse serviço, ambiente de trabalho caracterizado por limitações de tempo, interrupções múltiplas, além de fatores como intervenções diagnósticas e terapêuticas de alto risco e níveis variáveis de treinamento médico (STANG et al., 2013). O serviço de

emergência é visto como uma parte do hospital em constante expansão, uma vez que não há limite de leitos para admissão de pacientes no setor, além disso, os profissionais de saúde gerenciam o cuidado para pacientes com graus variados de gravidade, pacientes que demandam o serviço para o atendimento de simples queixas clínicas ou cirúrgicas e, em outras ocasiões, pacientes com situações de risco a vida, caracterizando, assim, um ambiente vulnerável à ocorrência de eventos adversos (CAMARGO et al., 2012).

Estudo de revisão sistemática identificou que a ocorrência de eventos adversos em SHE variou entre 0,16 e 8,5% dos pacientes que procuraram os diversos serviços que compuseram o estudo, porém destacou que muitos dos estudos incluídos não possuíam uma metodologia robusta para detecção dos eventos adversos, evidenciado pelo fato de que os estudos que utilizaram a metodologia de revisão de prontuário apresentaram a maior prevalência desse tipo de incidente, o que também destaca a problemática do registro para se avaliar a ocorrência de evento adverso. Nessa pesquisa evidenciou-se que era mais comum a ocorrência dos eventos adversos relacionados à gestão, ao diagnóstico e à medicação. Para o autor, esses achados sugerem certa diferença quanto aos tipos de eventos adversos que ocorrem no SHE em relação aos eventos que ocorrem com pacientes em unidades de internação (STANG et al., 2013).

Zhang et al. (2017) realizaram pesquisa retrospectiva em prontuários de pacientes que adentraram o serviço de urgência devido a patologias clínicas, permaneceram até 24 horas no SHE e tiveram desfecho óbito ou precisaram ser transferidos para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Nesse estudo, a taxa de incidência de incidentes sem danos foi de 2% e a incidência de evento adverso foi de 15%. Os achados quanto aos tipos de falhas corroboram pesquisa de Stang et al. (2013), pois foi evidenciado que os eventos adversos foram questões de diagnóstico (53,3%), problemas de gestão (40%) e eventos adversos relacionados à medicação (6,7%).

Tendo em vista a forte presença de eventos adversos relacionados ao diagnóstico no SHE, faz-se necessário um exame dessa temática. Estimativas apontam uma taxa global de erro de diagnóstico no intervalo de 10 a 15% nos hospitais e que nos serviços emergenciais ocorra 12% de erros diagnósticos, porém essas estimativas podem não serem precisas, uma vez que nem sempre o erro diagnóstico ocasiona dano. Há também a questão que as taxas de prevalência de erro diagnóstico ainda podem ser diferenciadas por patologia e pela apresentação clínica. O erro diagnóstico pode estar relacionado ao uso inadequado de testes diagnósticos por subutilização dos mesmos, situação em que há uma falha em fornecer um teste diagnóstico que

teria produzido um resultado favorável para um paciente (NEWMAN-TOKER; MCDONALD; MELTZER, 2013).

Walton et al. (2017) trouxeram estudo australiano sobre a ocorrência de eventos adversos relatados pelos pacientes, identificaram uma prevalência de 7%, e observaram que o evento adverso foi mais comumente relatado entre aqueles que tiveram uma admissão no hospital pelo SHE. Os autores atribuem esse achado ao alto volume de pacientes que procuram o SHE e à necessidade de cuidados de alta complexidade presente nos serviços emergenciais.

Para se conhecer o problema dos erros em saúde, faz-se necessário reportar-se à proposta de Reason (2001) que tem a concepção de que os seres humanos são passíveis de falhas, os erros esperados podem ocorrer em qualquer serviço de saúde. O autor refere que os incidentes devem ser compreendidos como falhas da organização de saúde e que têm origem tanto em aspectos relacionados à natureza humana quanto a fatores institucionais. Os erros podem acontecer em virtude de falta de conhecimento, más condições ambientais, materiais inadequados oferecidos ao profissional, ou por problemas pessoais que levam à distração.

Tendo em vista que no SHE a superlotação e a sobrecarga de trabalho podem ser uma constante, as intervenções potenciais para enfrentar esse desafio envolvem estratégias para facilitar o início precoce do diagnóstico e tratamento a fim de se manter a qualidade e a segurança no período em que o paciente permanece nesse setor do hospital. A prevenção de incidentes e eventos adversos nos serviços de emergência está relacionada ao treinamento das equipes, estabelecimento de plano de cuidado centrado nos pacientes, uso de protocolos para doenças específicas de alto risco de morte, uso de prontuário eletrônico, uso da comunicação efetiva por meio de lista de verificação, início precoce do tratamento, comunicação efetiva durante o momento de transição de cuidados para outros setores do próprio hospital ou domicílio, acompanhamento pós-alta do SHE por meio telefônico com o intuito de evitar as reinternações (KOCHER et al., 2011).

Hesselink et al. (2016) referem ainda ser possível melhorar a segurança do paciente em serviços de emergência utilizando-se técnica retrospectiva de avaliação das falhas, em busca ativa em prontuário e/ou notificação de eventos adversos, para identificação desses e proposta de intervenções voltadas aos casos mais frequentes de erros. Nessa perspectiva, os autores destacam que a identificação das falhas traz em si os seguintes componentes: educação da equipe sobre a importância e o propósito de aprendizagem com a notificação do evento, opções de notificação constantemente disponíveis para a equipe, um formulário de notificação breve para minimizar a carga de relatórios e *feedback*, apresentando estatísticas descritivas, resultados

de incidentes e ações de melhoria. Portanto, a tendência atual para os serviços emergenciais é analisar possíveis fragilidades do sistema, com base no reconhecimento do evento e nas condições em que ele foi produzido. A análise sobre a ocorrência de incidentes e eventos adversos pode fornecer entendimento do sistema de assistência em saúde no qual os eventos ocorreram. Assim, uma vez que se pode identificar e analisar as falhas, pode-se desenvolver um sistema para melhoria (ZHANG et al., 2017).

Reason (2001) descreve o modelo explicativo da ocorrência de falhas nas instituições de saúde, evidenciando que essas decorrem da interação entre cultura e organização, fatores contribuintes da própria organização, problemas na prestação do atendimento e defesas ou barreiras frágeis, inexistentes ou mesmo barreiras que foram violadas. O autor desenvolveu a teoria conhecida como Modelo do Queijo Suíço em que, em um sistema ideal, as defesas para a ocorrência de falhas devem estar íntegras e cada uma em sua posição, que se sobrepõem, devem atuar como barreiras. No entanto, na realidade dos serviços de saúde, pode ocorrer ruptura das barreiras de defesa que representam fragilidades do sistema, ocasionando erros. Para se evitar a ocorrência de falhas, o sistema deve ser estruturado de forma segura, auxiliando o profissional de saúde a não cometer erros, evidenciando e avaliando todos os pontos que podem contribuir para a ocorrência desses eventos: a administração que regula os recursos humanos e financeiros, a presença e utilização de normas e protocolos, as condições do ambiente de trabalho, a sobrecarga de trabalho e as condições de funcionamento dos equipamentos.

Com o intuito de inserir o paciente no centro da discussão sobre a sua segurança, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou em 2017 a publicação “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, uma consequência do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído em 2013, que traz, em um de seus eixos programáticos, o “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança” (BRASIL, 2017). Essa publicação se alinha às orientações da Organização Mundial da Saúde e tem por objetivo oferecer ferramentas aos pacientes para aprimorar a qualidade do atendimento nos diversos espaços produtores de cuidados em saúde.

Um país que vem apresentando iniciativas para inserção do cuidado centrado nas necessidades do paciente é o Canadá. Em 2011 o Ministério da Saúde desse país realizou um simpósio nacional sobre engajamento do paciente. Nesse evento houve destaque para o consenso de que os pacientes devem estar envolvidos no seu processo de saúde, apresentando uma postura proativa. Tendo em vista as dificuldades para mensurar o engajamento dos

pacientes, foram estabelecidos quatro elementos para que o sistema de saúde canadense atingisse o cuidado centrado no paciente: acesso pelos múltiplos pontos de atenção à saúde; reforço sobre a cultura do cuidado; promoção de educação em saúde a fim de conscientizar os paciente sobre a importância de serem proativos em seu tratamento; valorização da experiência que os mesmos tiveram com o serviço de saúde, bem como valorização da avaliação que os pacientes fazem de sua experiência (GOMES, 2016).

A Organização Mundial de Saúde vem trabalhando com o objetivo estratégico de propor que os pacientes ocupem o centro do cuidado nos serviços de saúde, assim o cuidado em saúde atenderia às suas necessidades. Por meio dessa proposta, espera-se melhorar o acesso, melhorar os resultados clínicos, difundir os saberes em saúde para os pacientes, proporcionar que o paciente possa realizar as melhores escolhas para sua condição de saúde, aumentar a satisfação dos pacientes e trabalhadores e reduzir o gasto no setor saúde. E, para monitorar a implementação desse objetivo, o indicador a ser mensurado é a proporção de países em que são realizadas regularmente pesquisas de satisfação com os pacientes (GOMES, 2016).

Cuidados centrados nos pacientes exigem que a segurança do paciente seja considerada como parte integrante de uma assistência em saúde de alta qualidade e não apenas um aspecto em separado. Para que isso ocorra, faz-se necessário o uso de ferramentas que capturem de forma eficaz a experiência do paciente com o serviço e permitam a inclusão das preocupações desses em relação à qualidade assistencial recebida (WALTON et al., 2017).

Frente ao exposto, o presente estudo se insere no contexto de avaliação dos serviços, sob o enfoque das dimensões de segurança e satisfação do paciente. Espera-se despertar os serviços de saúde para a importância de adotar e manter estratégias sistemáticas e multifacetadas de avaliação, tendo o paciente como objeto de estudo, uma vez que seu olhar pode apontar indicadores que estão além do conhecimento dos profissionais de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo analítico, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no SHE clínico de um hospital público do Distrito Federal, serviço esse componente da rede de urgência e emergência.

Nos estudos analíticos há uma hipótese que busca ser testada, ou mesmo a busca de fatores que interferem com o desfecho final que está sendo avaliado. É um tipo de estudo que vai além dos estudos descritivos, embora a descrição por meio de medidas de frequência seja a primeira etapa deste afim de registrar o processo e as características do evento em questão (PEREIRA, 2014).

O estudo transversal fornece um retrato da situação e das variáveis envolvidas em um momento específico, o momento da coleta de dados. Modalidade de estudo importante para descrever variáveis e avaliar seus padrões de distribuição e frequência, permite apresentar as características dos eventos em uma população específica (PEREIRA, 2015).

Por meio da abordagem quantitativa, examina-se a relação entre as variáveis e busca-se identificar a maneira como se relacionam as diversas variáveis que compõem o estudo (CRESWELL, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O SHE pesquisado encontra-se em um hospital regional secundário, gerido pela Secretaria de Estado de Saúde do DF. O Serviço Hospitalar de Emergência clínico atende às especialidades médicas de cardiologia e clínica médica. O local apresenta 46 leitos de observação, todos destinados ao SUS, possui uma sala vermelha para atendimento de situações de risco de morte, sala amarela para acompanhamento de pacientes críticos que estão estabilizados, serviço de apoio, como consultórios, sala de medicação externa, postos de enfermagem, laboratório, raios X (RX), sala de eletrocardiograma (ECG), sala de espera, sala de procedimentos e banheiros. Trata-se de serviço de referência para o atendimento em cardiologia na região Sul de saúde do DF e entorno Sul do Goiás, região formada pelos municípios goianos de Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade Ocidental, Luziânia e Cristalina.

Neste cenário, o paciente pode chegar referenciado pelo SAMU, corpo de bombeiro, atenção primária ou outra unidade hospitalar e pode também chegar por demanda espontânea. O atendimento referenciado, em geral, não passa pelo ACCR, sendo o paciente diretamente encaminhado à sala vermelha. Os pacientes que procuram o SHE espontaneamente são atendidos primeiramente pelo enfermeiro no ACCR e posteriormente são atendidos pelo médico conforme as prioridades estabelecidas pelo protocolo de Classificação de Risco implementado na unidade.

Em ambas as situações, atendimento referenciado ou espontâneo, o paciente poderá permanecer no SHE para estabelecimento de diagnóstico médico e instituição de terapêutica adequada. Os pacientes em risco de morte permanecerão na sala vermelha, local em que a alta tecnologia se faz presente no cuidado ao paciente. Os pacientes críticos que já tenham tido o risco de morte iminente solucionado, mas continuam em estado de saúde que pode evoluir para um desfecho desfavorável necessitam de cuidados que também demandam alta tecnologia na assistência à saúde e por isso permanecem alocados na sala amarela. Já os pacientes considerados estáveis sob o ponto de vista clínico ficam nos leitos comuns de observação, espaços em que recebem assistência, porém sem o uso intensivo de equipamentos de alta tecnologia para o seu cuidado.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram deste estudo pacientes atendidos no SHE e que permaneceram em observação no local. Optou-se por trabalhar a totalidade dos pacientes admitidos e não por seleção amostral, a fim de se obter dados representativos e mais próximos do real. Para a seleção dos pacientes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir mais de 18 anos;
- Estar no SHE há 24 horas (tempo necessário para avaliar atendimento da recepção, acolhimento, equipe médica e equipe de enfermagem durante o período de observação que caracteriza o atendimento de urgência e emergência);

Foram considerados como critérios de exclusão da pesquisa:

- Os pacientes que se encontravam alocados na sala vermelha e sala amarela do local, uma vez que apresentavam condição clínica delicada, muitas vezes inconscientes ou

desorientados, não possuindo condições psicomotoras para responderem adequadamente ao instrumento de pesquisa;

- Pacientes dos leitos de observação que apresentavam condições psicomotoras alteradas.

4.4 FONTES DE DADOS

Para o alcance dos objetivos, foram utilizadas duas técnicas de obtenção dos dados, a partir de fontes primária e secundária:

- Fonte primária: foi realizada entrevista com os pacientes para identificar o escore de satisfação destes com o serviço hospitalar de emergência;
- Fonte secundária: foi analisado, de forma retrospectiva, o prontuário eletrônico do paciente com o objetivo de identificar a ocorrência de eventos adversos durante a assistência no serviço hospitalar de emergência em estudo. Para essa avaliação, foram incluídos, no *menu* do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), os registros contidos nos documentos eletrônicos: acolhimento, anamnese, evoluções de enfermagem, evoluções médicas, apazamento, checagem e controles, considerando as 24 horas de internação.

O prontuário eletrônico é uma tecnologia de comunicação que guarda em si o relato da história terapêutica do paciente desde o momento de sua entrada na unidade hospitalar. Consiste em uma excelente fonte de dados, uma ferramenta de gerenciamento, monitoramento e detecção de falhas relacionadas aos cuidados ofertados em serviços de saúde. É uma ferramenta útil para análise da qualidade do cuidado ofertado no serviço de saúde (CAVALINI; AHIADZRO; COOK, 2013). Seu uso diminui as chances de perda das informações e, no tocante à temática da segurança do paciente, exerce papel importante, uma vez que a maioria dos estudos que identificaram a ocorrência de eventos adversos utilizou a metodologia de revisão retrospectiva de prontuário (PAVÃO et al., 2011). Embora a revisão de prontuários apresente, segundo Mendes et al. (2009), alto custo e várias imperfeições decorrentes do preenchimento inadequado do prontuário ou por omissão de informações, o método de revisão retrospectiva de prontuário do paciente tem sido considerado "padrão ouro" para a identificação de eventos adversos.

4.5 COLETA DE DADOS

Para a avaliação da satisfação dos pacientes com o SHE, foi utilizada a técnica de entrevista estruturada, guiada por instrumento validado por Mendes (2009).

Durante trinta dias, no mês de setembro de 2017, a pesquisadora compareceu à unidade pesquisada a fim de aplicar o instrumento de avaliação da satisfação a todos os pacientes que permaneceram por 24 horas no SHE, observando os critérios de exclusão. O paciente foi convidado a participar da pesquisa em seu próprio leito de observação e recebeu informações sobre o objetivo da mesma.

O mês de setembro foi escolhido por ser considerado um período de normalidade na rotina do serviço, sem grande número de profissionais de férias ou outros problemas que poderiam interferir na dinâmica do serviço. Destaca-se que no segundo semestre do ano de 2017 observou-se a frequência de pacientes admitidos no SHE do cenário de pesquisa, com tempo de permanência de até 24hs, com a seguinte distribuição: julho (93 pacientes), agosto (94 pacientes), setembro (111 pacientes), outubro (117 pacientes), novembro (52 pacientes), dezembro (89 pacientes).

Os responsáveis pela coleta de dados na etapa de entrevista foram a pesquisadora, autora deste trabalho de dissertação, e um auxiliar de pesquisa, participante do grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde, que foi previamente treinado. A escolha do auxiliar de pesquisa obedeceu ao critério de voluntariado e afinidade com a temática em estudo. As entrevistas duraram em média 20 minutos.

Após a conclusão do período de coleta de dados por meio de entrevista, procedeu-se a etapa de avaliação dos registros dos profissionais de saúde no prontuário eletrônico dos pacientes incluídos na primeira etapa. O período analisado no prontuário correspondeu à assistência prestada durante as 24 horas de internação do paciente e consistiu no rastreamento de eventos adversos. Essa etapa utilizou instrumento elaborado pela pesquisadora, validado quanto à clareza, à objetividade e ao alcance dos objetivos, e ocorreu após o encerramento da etapa de entrevista.

O período de coleta de dados nos prontuários foi de outubro a novembro de 2017. Foram consultados apenas os prontuários correspondentes aos participantes da pesquisa, em decorrência do objetivo de avaliar a relação entre satisfação e ocorrência de incidente.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliação da satisfação dos pacientes, foi utilizado o instrumento intitulado “Avaliação da satisfação dos usuários pacientes da emergência”, desenvolvido por Mendes (2009) exclusivamente para uso em serviços de urgência e emergência (Anexo A).

A parte de caracterização dos pacientes contempla perguntas mistas (abertas e fechadas) que investigam os dados sociodemográficos e clínicos do paciente. Quanto às perguntas sobre a satisfação do paciente com o serviço, o instrumento de pesquisa utiliza uma escala do tipo *likert*, que variava de zero a dez, sendo que 0 correspondia a mais baixa satisfação e 10 a mais alta satisfação (MENDES, 2009).

O uso de escalas facilita a abordagem dos pacientes nos serviços de urgência e emergência, são de fácil preenchimento, rápidas e objetivas. Além disso, apresenta menor possibilidade de erros, além de ser mais fácil o processamento dos resultados da pesquisa quando se utiliza instrumento de pesquisa com perguntas fechadas. Esse instrumento permite a avaliação das seguintes dimensões da qualidade: direito à informação, privacidade no atendimento, confidencialidade das informações, conforto, dignidade e cortesia, priorização na atenção ao paciente e percepção da qualidade da assistência pelo paciente (esta última compreendendo a assistência médica e de enfermagem).

Ao final da pesquisa de satisfação, a fim de conhecer e ampliar a análise da experiência do paciente com a assistência recebida no SHE, foi inserido um questionamento sobre a percepção do paciente em relação à ocorrência de alguma falha em seu atendimento.

A escolha do instrumento de avaliação da satisfação do paciente elaborado por Mendes (2009) se deu em virtude de ser um instrumento específico para avaliar serviços de emergência e que, para sua elaboração, utilizou como referencial teórico não apenas autores internacionais, mas também o referencial teórico nacional que perpassa as políticas públicas de saúde do país, como é o caso do PROADESS, o PNASS, o QualiSUS e o HumanizaSUS.

Para avaliação do prontuário foi utilizado um formulário de rastreamento de eventos adversos, construído pela pesquisadora. O instrumento foi elaborado tendo por fundamento as 12 categorias de incidentes de segurança administração clínica, processo clínico/procedimentos, documentação, infecção hospitalar, medicação/fluidos endovenosos, hemoderivados, nutrição, gases/oxigênio, equipamento médico, comportamento, acidentes com o paciente, estrutura e gerenciamento de recursos/organizacional (WHO, 2009). Com o uso desse formulário, também foram extraídos dados referentes ao grau de dano causado e

circunstâncias (horário, data, desfecho, turno de ocorrência) em que ocorreu o evento. Esse formulário encontra-se no Apêndice A.

Considerando o perfil de atendimento em SHE, onde se espera que ocorra a permanência do paciente por período de até 24 horas, os eventos adversos rastreados foram definidos conforme a seguir:

- Queda: evento que levou o paciente ao chão e produziu uma lesão (PAIVA et al., 2010; WHO, 2009).
- Erro de medicação: evento ocorrido na fase de preparo e administração de medicamento, evidenciado por dose errada, reação alérgica ao medicamento, medicamento errado, via de administração errada, velocidade errada, paciente errado, omissão de dose (WHO, 2009).
- Exposição a agentes térmicos ou químicos: queimadura, lesão de pele causada por agentes térmicos, seja frio ou calor (WHO, 2009).
- Processos alérgicos não medicamentosos: reação de hipersensibilidade a determinada substância ou agente físico, evidenciada por irritação, prurido e outros sintomas (PARANAGUÁ, 2012).
- Retirada acidental de sonda, cateter ou dreno: remoção não esperada de sonda, cateter ou dreno pelo paciente ou profissional de saúde, podendo ser acidental ou por outras complicações (desobstrução sem sucesso e rachadura), que impliquem na sua retirada seguida de nova inserção (GONÇALVES, 2011).
- Obstrução de sonda, dreno, cateter ou outros dispositivos: lúmen com resistência provocada pelo acúmulo de substâncias intracorpóreas que impedem a passagem de líquidos que devem ser infundidos ou drenados (PARANAGUÁ, 2012).
- Fixação inadequada de sonda, dreno ou cateter: fixação do dispositivo invasivo feita de forma incorreta, podendo levar à retirada do mesmo ou prejudicando a integridade da pele (PARANAGUÁ, 2012).
- Falhas técnicas ou de manuseio de equipamentos/materiais: falhas de manutenção e/ou durante operação de equipamento necessário para continuidade do tratamento do paciente; equipamento não funcionou (por falta de manutenção) ou profissional de saúde não soube operar o equipamento (desconhecimento), ficando o paciente sem o devido cuidado (PARANAGUÁ, 2012).

- Falhas durante técnicas/procedimentos: falha de profissional de saúde durante a realização de qualquer procedimento, tentativa de punção sem sucesso; inserção de dispositivos tubulares em locais impróprios/não esperados (PARANAGUÁ, 2012).
- Hemoderivados: infusão de hemoderivados com incompatibilidade sanguínea, reações inesperadas à infusão dos hemoderivados ou mesmo à falta de hemoderivado no serviço de saúde (PARANAGUÁ, 2012).
- Omissão de cuidado: não realização de qualquer procedimento/parecer/exame necessário ao acompanhamento e/ou recuperação da saúde pelo profissional responsável. Exemplos: não verificação de sinais vitais; não realização de glicemias, profissional de saúde não realizou curativo, não realizou banho no leito; não fez curativo, não realizou exame de raios X, etc.
- Sinais vitais incompletos: não verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) conforme prescrição ou rotina do serviço (1 vez ao dia).
- Não checagem de cuidados prescritos: cuidados prescritos e sem checagem, dificultando a tomada de decisões da equipe por não estar esclarecido se o cuidado foi ou não realizado (PARANAGUÁ, 2012).
- Falta de materiais médico-hospitalares: ausência de qualquer material necessário para a continuidade do tratamento do paciente e/ou avaliação clínica do doente (PARANAGUÁ, 2012).
- Hipoglicemia: níveis de glicemia inferiores a 55 mg/dl, acompanhados de manifestações clínicas de intensidade e expressão variáveis, com sintomas como palpitações, tremores, *déficit* cognitivo, rebaixamento do nível de consciência e coma (REIS, 2010).

Posteriormente os dados rastreados foram, após consenso dos juízes, categorizados

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente do estudo, também considerada desfecho primário, constituiu-se da satisfação do paciente com o SHE.

Foram consideradas variáveis de exposição e/ou independentes do desfecho primário: sexo, idade, estado civil, cor/raça, religião, cidade em que mora, grau de escolaridade, principal

ocupação, como chegou à unidade de saúde, a presença de acompanhante; a existência de encaminhamento formal ao SHE e a queixa ou problema de saúde que fez o paciente vir ao SHE.

Como desfecho secundário, considerou-se a ocorrência de evento adverso, definido como situação em que ocorreu um incidente, decorrente do cuidado em saúde, que resultou em dano desnecessário ao paciente (WHO, 2009). Essa variável também foi considerada independente na relação com a satisfação do paciente com o SHE.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram lançados em banco de dados e analisados por meio do Software Estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 2.0. Fez-se uso de estatística descritiva (estimativas de frequências e percentuais) para descrever o perfil sociodemográfico do público de estudo desta pesquisa e a ocorrência de eventos adversos, o que permitiu conhecer as características da distribuição dos dados.

Para se verificar a confiabilidade da escala de satisfação utilizada, calculou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. Esse coeficiente, ao assumir valores iguais ou superiores a 0,7, indica que o instrumento aplicado reproduziu de forma confiável a realidade (ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010). O coeficiente *Alpha de Cronbach* é utilizado para avaliar a confiabilidade de qualquer instrumento de avaliação composto por vários itens, varia de 0 a 1, sendo que a consistência interna do instrumento é razoável para valores de *Alpha* entre 0,7 e 0,8, boa entre 0,8 e 0,9 e muito boa quando acima de 0,9 (GONZÁLEZ ALONSO; PAZMIÑO SANTACRUZ, 2015).

Considerando que a escala variava seu escore de 0 a 10, valores de 0 a 6 foram considerados insatisfação com a dimensão avaliada e valores de 7 a 10 foram considerados satisfação (MENDES, 2009).

Para cada item avaliado, foi calculado: pontuação mínima, máxima, média, desvio padrão, número de pacientes satisfeitos e insatisfeitos e suas respectivas porcentagens.

Os dados referentes aos incidentes foram submetidos à avaliação de juízes para rastreamento e validação dos eventos adversos. A comissão de juízes foi formada pela pesquisadora, enfermeira com experiência em Serviço Hospitalar de Emergência, uma enfermeira com experiência em Núcleo de Segurança do Paciente e especialização em Segurança do Paciente e uma enfermeira pesquisadora com experiência na área de segurança

do paciente. O julgamento dos juízes foi baseado na definição da OMS (2009), considerando evento adverso os casos que retratavam situação que resultou em dano desnecessário ao paciente. Os danos também foram classificados conforme a taxonomia da OMS (2009), considerando dano leve a presença de sintomas leves, perda de função, danos mínimos ou moderados, de duração rápida e que necessitou de intervenções mínimas (observação extra, investigação e revisão de tratamento); dano moderado quando o paciente apresentou sintomas e houve necessidade de intervenções (procedimento terapêutico adicional e tratamento adicional), necessitou de aumento do tempo de internação ou perda de função permanente e/ou de longo prazo; dano grave quando o paciente apresentou sintomas, necessitou de intervenções (suporte de vida ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte), causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo; e o óbito diante de registros que comprovasse relação com o evento adverso.

Cada juiz recebeu uma planilha do Excel contendo 95 casos coletados e procedeu-se a análise de forma independente. Posteriormente os dados foram confrontados, sendo que os julgamentos que apresentaram divergências quanto à classificação foram discutidos pelo grupo até o estabelecimento de consenso e validação definitiva. Ao final da análise, foram excluídos 66 casos e validados 29 eventos adversos.

O cálculo de prevalência de eventos adversos foi realizado considerando-se, como denominador, o número de internações avaliadas (65) e, como numerador, o número de internações que foram expostas a, pelo menos, um evento adverso (22). O intervalo de confiança de 95% foi calculado.

Para analisar a associação entre a ocorrência de eventos adversos e a pontuação obtida em relação à satisfação do paciente, foi realizada análise não paramétrica e aplicado o teste estatístico de *Mann-Whitney*, que é utilizado para verificar os efeitos principais de variáveis categóricas independentes sobre uma variável contínua dependente (PESTANA; GAGEIJO, 2014). A associação entre a satisfação do paciente e as variáveis independentes sociodemográficas foi verificada pela análise não paramétrica, utilizando-se o mesmo teste de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis*, que também é um teste não paramétrico, porém, diferente do *Mann-Whitney* que compara apenas duas populações, o teste de *Kruskal-Wallis* compara três ou mais populações (PESTANA; GAGEIJO, 2014).

A análise acerca da relação entre as variáveis que compuseram a escala de satisfação dos pacientes foi realizada utilizando-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, ferramenta estatística utilizada com o objetivo de testar a existência ou não de relação entre duas variáveis,

ambas variáveis contínuas, estabelecendo também se essa relação entre variáveis é positiva ou negativa. O coeficiente de *Pearson* ao assumir valor igual a zero informa que não existe relação entre as variáveis analisadas, ao assumir valores até 0,3 expressa uma relação fraca entre variáveis, no intervalo entre 0,4 e 0,7 considera-se que exista uma relação moderada e valores acima de 0,7 apontam uma relação forte entre variáveis (MEIRELLES, 2014). As análises foram realizadas adotando-se um valor de $p < 0,05$.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo atendeu às normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE: 70024717.0.0000.5553.

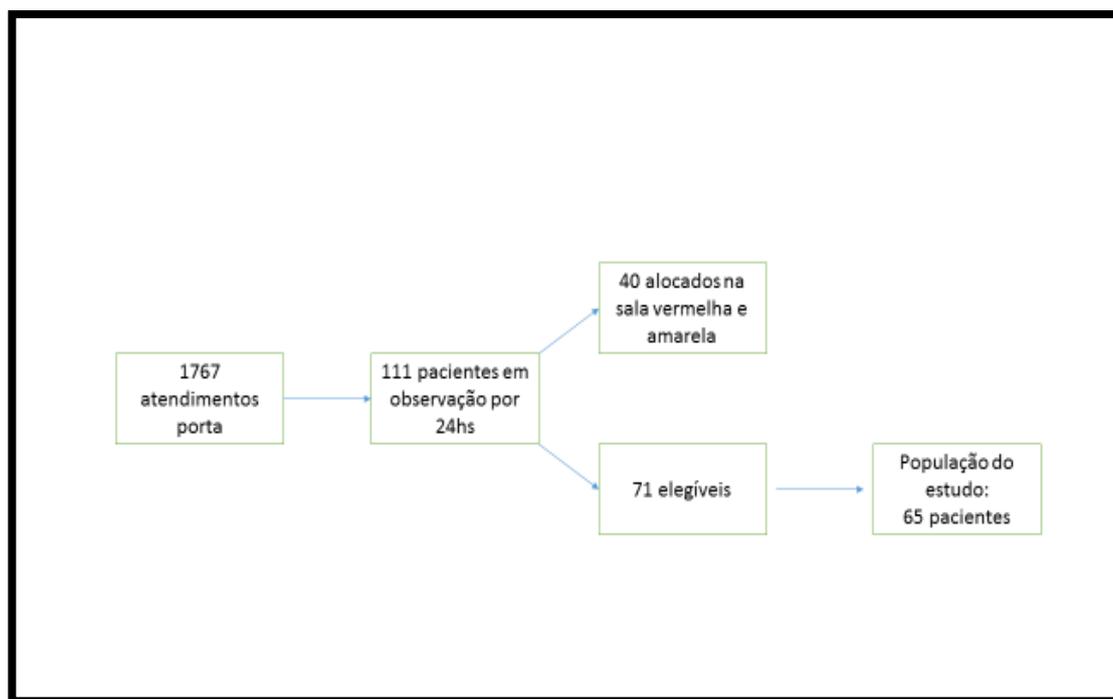
A cada participante foi fornecida uma cópia impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice B, constando todos os dados da pesquisadora e os objetivos e termos do estudo para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o referido termo e foi reforçado que, a qualquer momento, poderiam interromper sua participação.

5 RESULTADOS

Os resultados a seguir apresentados foram desenvolvidos com base no tratamento dos dados e organizados em quatro etapas. A primeira contempla as características sociodemográficas dos participantes do estudo. A segunda e terceira referem-se aos dados dos itens avaliados pelo formulário de satisfação dos pacientes, aplicado após este completar 24 horas de permanência no SHE. A quarta etapa abrange a ocorrência de eventos adversos no SHE, realizada a partir do prontuário eletrônico dos pacientes.

No período de 1º a 30 de setembro de 2017, o SHE pesquisado atendeu 1767 pacientes, sendo que foi solicitada a internação de 111 pacientes, desses, 40 encontravam-se alocados na sala vermelha e sala amarela do serviço, estando, assim, excluídos da população a ser entrevistada. Houve 71 pacientes que permaneceram por 24 horas nos leitos de observação, conforme demonstrado na figura 1:

Figura 1: Desenho do caminho percorrido para estabelecimento da população do estudo



Fonte: Elaborado pela autora

Dos 71 pacientes elegíveis para responder ao instrumento de coleta de dados, quatro recusaram-se a participar; um iniciou a entrevista, porém, no decorrer da mesma, optou-se por concluir sem terminar as perguntas, uma vez que o mesmo demonstrava certa desorientação; e

houve uma menor de idade que também não pode ser entrevistada em atendimento aos critérios de exclusão. Assim, a população do estudo foi composta por 65 pacientes.

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 65 pacientes atendidos no SHE clínico, cuja caracterização está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes atendidos no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N.	%
Sexo		
Masculino	38	58,5
Feminino	27	41,5
Raça		
Branca	15	23,1
Parda	34	52,3
Negra	13	20,0
Amarela	02	3,1
Índio	01	1,5
Idade		
Até 30 anos	09	13,8
31 a 40 anos	10	15,4
41 a 50 anos	09	13,8
51 a 60 anos	14	21,5
61 a 70 anos	12	18,5
71 anos ou mais	11	16,9
Estado Civil		
Casado	33	50,8
Viúvo	09	13,8
Solteiro	19	29,2
Separado	04	6,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	06	9,2
Ensino médio	17	26,2
Ensino fundamental	36	55,4
Ensino superior	06	9,2
Ocupação		
Aposentado	23	35,4
Autônomo	13	20,0
Estudante	03	4,6
Dona de casa	05	7,7
Desempregado	09	13,8
Empregado	12	18,5
Renda Mensal		
Até 1 salário mínimo	29	44,6
De 1 a 2 salários mínimos	12	18,5
De 2 a 5 salários mínimos	22	33,8
De 5 a 10 salários mínimos	02	3,1
Religião		
Católica	30	46,2
Protestante	23	35,4

Espírita	02	3,1		
Nenhuma	10	15,4		
Procedência				
Região de abrangência do hospital	25	38,5		
Outras cidades-satélites no DF	10	15,4		
Entorno Sul de Goiás	24	36,9		
Outros municípios no Brasil	06	9,2		
Total	65	100,0		
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Mínima	Máxima	Média	DP
Idade	19	89	51,7	17,7
Moradores na residência	1	11	3,7	2,2

Fonte: Elaborada pela autora.

Predominou-se o sexo masculino, 38 (58,5%), e os pacientes, em sua maioria, definiram-se como pertencentes à raça/cor parda/morena, 34 (52,3%), seguida pela raça/cor branca, 15 (23,1%).

A idade dos entrevistados variou de 19 a 89 anos, com média de idade de 51,7 anos e desvio-padrão de 17,7 anos. Observa-se que há uma predominância de idosos entre os pacientes entrevistados, uma vez que 23 (35,4%) encontravam-se na faixa etária entre 61-70 anos e/ou acima de 71 anos.

Em relação ao estado civil, 33(50,8%) eram casados, entendendo-se como casamento não só o casamento civil e religioso, mas também morar na mesma residência que um companheiro (a).

Quanto à escolaridade, observa-se que a maior parte dos entrevistados, 36 (55,4%), referiu ter terminado o ensino fundamental, seguido pelo ensino médio, 17 (26,2%).

Quando se observa o dado sobre ocupação dos entrevistados, ocorre uma maior frequência de aposentados, 23 (35,4%), seguido de autônomos, 13 (20,0%), e empregados, 12 (18,5%).

A renda familiar mostrou-se baixa, sendo que houve predomínio de renda familiar de até 1 salário mínimo, 29 (44,6%), seguida de renda de 2 a 5 salários mínimos, 22 (33,8%), de 1 a 2 salários mínimos, 12 (18,5%), e apenas 2 entrevistados (3,1%) relataram renda entre 5 e 10 salários mínimos. A descrição familiar apontou que os entrevistados moravam em residências com média de 3,7 habitantes, sendo o desvio-padrão de 2,2 habitantes.

Sobre a opção religiosa dos pacientes entrevistados, houve maior frequência de católicos, 30 (46,2%), seguidos por protestantes, 23 (35,4%).

No que se refere à procedência, observa-se certo equilíbrio entre o número de pacientes que residem na região de abrangência do hospital em que foi realizada esta pesquisa, com 25 (38,5%) participantes, e o número de pacientes que residem no entorno Sul de Goiás, 24

(36,9%). Observa-se, ainda, que houve relato de moradia em outras cidades satélites do DF, 10 (15,4%), e referência à moradia em outros estados do Brasil, 06 (9,2%).

A Tabela 2 apresenta a caracterização da entrada dos pacientes no SHE clínico de um hospital regional do Distrito Federal.

Tabela 2 – Caracterização da entrada dos pacientes em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

VARIÁVEIS	N.	%		
Transporte utilizado				
Carro	45	69,2		
Transporte coletivo	08	12,3		
A pé	01	1,5		
Táxi	01	1,5		
Ambulância	03	4,6		
SAMU	07	10,8		
Acompanhado				
Não	06	9,2		
Parente	52	80,0		
Vizinho	03	4,6		
Amigo	01	1,5		
Outro	03	4,6		
Encaminhamento				
Não	41	63,1		
Hospital	07	10,8		
Pronto Atendimento	03	4,6		
SAMU	07	10,8		
UBS	07	10,8		
Total	65	100,0		
DESCRITIVA	Mínima	Máxima	Média	DP
Internações anteriores	0	15	3,3	3,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação ao meio de transporte utilizado para chegar até o hospital, observa-se que a grande maioria dos entrevistados, 45 (69,2%), chegou à unidade em transporte próprio particular, carro, meio de transporte não adequado para transporte de pacientes em situação de urgência e emergência. Com relação à presença do acompanhante no momento do transporte ao SHE pesquisado, a grande maioria, 52 (80%), estava acompanhada por um parente.

O atendimento por demanda espontânea, 41 (63,1%), foi predominante. Ao se comparar o número de pacientes que chegaram transportados em ambulância hospitalar ou ambulância do SAMU, 10 (15,4%), constata-se uma diferença em relação ao número de pacientes com relatos de terem sido encaminhados de outras unidades, 24 (36,9%), fato demonstrativo de que alguns entrevistados foram atendidos em outras unidades de saúde, receberam encaminhamento, porém foram transportados por meios alheios aos meios de transporte adequado, com equipe de saúde.

Quando solicitados a informar sobre internações anteriores, os entrevistados descreveram uma média de 3,3 internações anteriores, com desvio-padrão de 3,5.

As queixas dos pacientes que foram informadas como motivo para a busca de atendimento no SHE compreendiam sinais e sintomas e muitas vezes doenças relatadas pelos mesmos, essas foram divididas em 8 categorias e são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Queixas dos pacientes, por categoria, que motivaram a ida ao serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

QUEIXAS DOS PACIENTES	N.	%
Cardiológicas	16	24,6
Respiratórias	11	16,9
Urológicas	10	15,4
Neurológicas	09	13,8
Digestivas	07	10,8
Infecção	05	7,7
Dores musculares/articulares	03	4,6
Outros	04	6,2
Total	65	100,0

Fonte: Elaborada pela autora.

No tocante às queixas dos pacientes, houve predominância de queixas cardiológicas, 16 (24,6%), um dado relevante ao se identificar que, dentro da rede de urgência e emergência do DF, o SHE avaliado encontra-se como centro de referência em cardiologia para a região. Nesse hospital, a segunda categoria de queixas mais evidenciada na procura pelo SHE foi de queixas respiratórias, 11 (16,9%). Observa-se, ainda, a forte presença de queixas urológicas, 10 (15,4%), e neurológicas, 9 (13,8%).

5.2 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A RECEPÇÃO DO SHE

A satisfação geral dos pacientes com o SHE pesquisado obteve escore médio de 7,0, indicando que os pacientes em geral referem satisfação com o serviço avaliado. Foi observado escore mínimo de 3,6, máximo de 9,8, desvio-padrão de 1,5.

O instrumento utilizado para avaliar a satisfação do paciente com o SHE obteve coeficiente *Alpha de Cronbach* de 0,922, indicando que foi possível medir 92% do processo real que acontece naquele SHE.

A Tabela 4 descreve os resultados obtidos pela recepção do SHE em cada questão que avaliou o atendimento desse setor, evidenciando a avaliação que o paciente faz sobre o seu primeiro contato com a unidade.

Tabela 4 – Satisfação dos pacientes acerca da recepção no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

Questões	Mínima - Máxima	Média Desvio Padrão	Insatisfeito		Satisfeito		Valor r *	p-valor
			0 N. (%)	1 a 6 N. (%)	7 a 9 N. (%)	10 N. (%)		
Gentileza dos funcionários da recepção	2-10	8,21 (2,11)	0 (0)	12 (18,5)	22 (33,8)	23 (35,4)	0,565	0,000
Facilidade de entrar no hospital	0-10	7,75 (2,48)	1 (1,5)	17 (26,2)	18 (27,7)	21 (32,3)	0,635	0,000
Disponibilidade dos profissionais para dar orientações quando precisou	0-10	7,46 (2,70)	2 (3,1)	13 (20)	27 (41,5)	15 (23,1)	0,518	0,000
Conforto das cadeiras na sala de espera	0-10	3,91 (3,33)	17 (26,3)	25 (38,5)	12 (18,5)	3 (4,6)	0,465	0,002
Quantidade de cadeiras na sala de espera	0-10	6,05 (3,29)	5 (7,7)	23 (35,4)	18 (27,7)	11 (16,9)	0,619	0,000
Limpeza da sala de espera	0-10	7,05 (2,36)	1 (1,5)	24 (36,9)	21 (32,3)	11 (16,9)	0,589	0,000
Ventilação na sala de espera	0-10	6,67 (2,53)	1 (1,5)	25 (38,5)	21 (32,3)	10 (15,4)	0,594	0,000
Tempo de espera para ser atendido	0-10	6,54 (3,34)	6 (9,2)	17 (26,2)	20 (30,8)	14 (21,5)	0,486	0,000

Fonte: Elaborada pela autora.

*r de Pearson (-1 < r < +1)

Dos pacientes que compuseram a população deste estudo, 8 não responderam às questões acerca do atendimento da recepção, pois chegaram à unidade trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, não tendo, portanto, condições de avaliar o atendimento da recepção, uma vez que entraram no SHE diretamente para sala vermelha devido ao quadro clínico que apresentavam no momento da admissão.

Ao se avaliar individualmente cada questão, considerando-se como satisfação a pontuação obtida igual ou maior que 7, observa-se que, de 8 questões, os pacientes demonstraram-se satisfeitos com o atendimento recebido em 4 questões, a saber questão 1, 2, 3 e 6. A gentileza dos funcionários da recepção obteve a maior média de pontuação, 8,21, seguida da facilidade para entrar no hospital, 7,75, da disponibilidade dos profissionais para dar orientação, 7,45, e da limpeza da sala de espera, que recebeu pontuação média de 7,05.

Cada questão avaliada corresponde a uma dimensão da qualidade, segundo o referencial adotado para construção do instrumento de coleta que foi utilizado durante as entrevistas. Assim, ao mensurar a satisfação do paciente com o atendimento da recepção, as 8 questões puderam avaliar as dimensões da qualidade “dignidade e cortesia” (questão 1); “direito à informação” (questão 3); “priorização na atenção aos usuários” (questão 2 e 8) e “conforto”

(questão 4, 5, 6 e 7). Está bem exposto que, salvo a limpeza da recepção, as demais questões que avaliaram o conforto obtiveram pontuação inferior a 7, demonstrando insatisfação dos pacientes, sendo o pior item avaliado o conforto das cadeiras da recepção, com pontuação 3,91. Na dimensão “priorização na atenção aos usuários”, os pacientes referem satisfação com a facilidade para entrar no hospital, 7,75, porém mostram-se insatisfeitos com o tempo de espera para o atendimento médico, questão com média de pontuação 6,54.

A análise de correlação bivariada evidenciou que todos os itens do instrumento de pesquisa que avaliaram a recepção do SHE obtiveram correlação positiva, destacando-se as variáveis “quantidade de cadeiras na sala de espera” ($r=0,619$) e “facilidade de entrar no hospital” ($r=0,635$), que evidenciaram uma correlação positiva moderada ($0,4 < r < 0,7$) importante.

5.3 SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM A EMERGÊNCIA DO SHE

Para melhor visualização sobre a satisfação dos pacientes com a emergência pesquisada, a apresentação dos dados coletados será realizada agrupando-se as questões conforme a percepção que o paciente apresentou acerca das dimensões da qualidade contempladas pelo instrumento de pesquisa utilizado nas entrevistas.

A Tabela 5 descreve os resultados obtidos pela emergência do SHE para as dimensões da qualidade “direito à informação”, “privacidade no atendimento”, “confidencialidade das informações” e “priorização na atenção aos usuários”.

Tabela 5 – Satisfação dos pacientes acerca das dimensões da qualidade “direito à informação”, “privacidade no atendimento”, “confidencialidade das informações”, “priorização na atenção aos usuários” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

Questões	Mínima – Máxima	Média Desvio Padrão	Insatisfeito		Satisfeito		Valor r*	p- valor
			0 N. (%)	1 a 6 N. (%)	7 a 9 N. (%)	10 N. (%)		
Direito à informação (Média 7, 63 ± 2,75)								
Informações repassadas pelo médico sobre seu problema de saúde e o tratamento	0-10	8,29 (2,82)	1 (1,5)	12 (18,5)	16 (24,6)	36 (55,4)	0,463	0,000
Facilidade de achar os setores que você precisou no hospital, quando precisou	0-10	6,97 (2,68)	2 (3,1)	20 (30,8)	28 (43,1)	15 (23,1)	0,379	0,002

Privacidade no atendimento (Média 6,12 ± 3,39)								
Privacidade no seu atendimento	0-10	6,12 (3,39)	5 (7,7)	27 (41,5)	16 (24,6)	17 (26,2)	0,587	0,000
(Continua)								
Confidencialidade das informações (Média 8,56 ± 1,95)								
Confiança na equipe de enfermagem para contar seus problemas de saúde	0-10	8,29 (2,01)	1 (1,5)	11 (16,9)	29 (44,6)	24 (36,9)	0,430	0,000
Confiança no médico para contar seu problema de saúde	1-10	8,83 (1,89)	0 (0)	7 (10,8)	21 (32,3)	37 (56,9)	0,537	0,000
Priorização na atenção aos usuários (Média 7,55 ± 2,81)								
Tempo de espera para realização dos exames de laboratório (sangue e urina)	1-10	7,68 (2,59)	0 (0)	16 (24,6)	28 (43,1)	21 (32,3)	0,348	0,005
Priorização na atenção aos usuários (Média 7,55 ± 2,81)								
Tempo de espera para realização de exames de imagem (RX, tomografia, ultrassonografia ou endoscopia)	0-10	7,42 (3,04)	3 (4,6)	18 (27,7)	22 (33,8)	22 (33,8)	0,434	0,000

Fonte: Elaborada pela autora.

*r de Pearson (-1 < r < +1)

Ao serem questionados se estavam satisfeitos com as informações ofertadas pelo profissional médico em relação a sua condição clínica e tratamento, a média da pontuação obtida, 8,29, demonstra satisfação e foi a questão melhor avaliada dentro da dimensão “direito à informação”. Já para a facilidade em encontrar os diversos setores do hospital, a média de pontuação, 6,97, indica insatisfação.

A análise bivariada demonstrou que as duas questões que compõem a dimensão da qualidade “direito à informação” possuem correlação positiva, porém trata-se de correlação moderada com tendência à fraca por estarem próximo de 0,3.

Observa-se que a dimensão da qualidade “privacidade no atendimento” tem uma insatisfação de 49,2% dos pacientes e uma satisfação de 50,8%, com média de pontuação 6,12. Aqui nota-se que a variável “satisfação geral” tende a variar dependentemente, de forma moderada, $r=0,587$, em relação à variável “privacidade no atendimento”.

As duas questões que compõem a dimensão “confidencialidade das informações” obtiveram pontuação acima da média 7, ponto de corte utilizado para determinar a satisfação do paciente com o item que estava sendo avaliado. Observa-se um alto grau de satisfação dos pacientes em relação à confiança na equipe de enfermagem, 81,5%, e na equipe médica, 89,2%, para relatar a esses quais problemas de saúde estão apresentando. A análise de correlação apresentou resultados classificados como moderados para a dimensão “confidencialidade das informações” ($0,4 < r < 0,7$).

Quando são apontados os resultados obtidos para a avaliação sobre a “priorização na atenção aos usuários”, encontram-se pacientes que referem satisfação de 75,4% com a questão que avaliou o tempo de espera para realização dos exames de laboratório (sangue e urina) e média de pontuação 7,68. A outra questão que também compõe essa dimensão recebeu escore 7,42 ao avaliar o tempo de espera para realização de exames de imagem (RX, tomografia, ultrassonografia ou endoscopia).

A análise bivariada demonstrou que as duas questões que compõem a dimensão da qualidade “priorização na atenção dos usuários” possuem correlação positiva, porém trata-se de correlação moderada ($0,4 < r < 0,7$).

A Tabela 6 apresenta os resultados obtidos pela emergência do SHE para as dimensões da qualidade “conforto” e “dignidade e cortesia”.

Tabela 6 – Satisfação dos pacientes acerca das dimensões da qualidade “conforto” e “dignidade e cortesia” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

Questões	Mínima - Máxima	Média Desvio Padrão	Insatisfeito		Satisfeito		Valor r*	p- valor
			0 N. (%)	1 a 6 N. (%)	7 a 9 N. (%)	10 N. (%)		
Conforto (Média 5,46 ± 3,2)								
Conservação dos móveis	0-10	3,65 (3,2)	18 (27,7)	35 (53,8)	5 (7,7)	7 (10,8)	0,743	0,000
Limpeza da maca	0-10	5,08 (3,75)	14 (21,5)	22 (33,8)	20 (30,8)	9 (13,8)	0,467	0,000
Existência de colchonete na maca	0-10	5,12 (3,70)	13 (20,0)	28 (43,1)	11 (16,9)	13 (20,0)	0,515	0,000
Temperatura	0-10	6,14 (2,96)	5 (7,7)	28 (43,1)	19 (29,2)	13 (20,0)	0,546	0,000
Limpeza do ambiente	0-10	6,80 (2,98)	4 (6,2)	24 (36,9)	19 (29,2)	18 (27,7)	0,472	0,000
Frequência da troca de lençóis	0-10	3,38 (3,56)	25 (38,5)	25 (38,5)	10 (15,4)	5 (7,7)	0,516	0,000
Refeição servida pelo hospital	0-10	7,80 (2,68)	4 (6,2)	11 (16,9)	27 (41,5)	23 (35,4)	0,257	0,039
Ruído	0-10	4,28 (3,26)	16 (24,6)	29 (44,6)	17 (26,2)	3 (4,6)	0,523	0,000
Iluminação	0-10	6,92 (2,75)	2 (3,1)	21 (32,3)	28 (43,1)	14 (21,5)	0,446	0,000
Dignidade e cortesia (Média 8,04 ± 2,2)								
Disponibilidade dos profissionais da Emergência para lhe atender	0-10	8,40 (2,25)	1 (1,5)	7 (10,8)	28 (43,1)	29 (44,6)	0,483	0,000
Gentileza dos profissionais da Emergência	1-10	8,85 (1,83)	0 (0)	5 (7,7)	27 (41,5)	33 (50,8)	0,341	0,006

Paciência da equipe de enfermagem para escutar com atenção seus problemas de saúde	0-10	8,58 (2,02)	1 (1,5)	8 (12,3)	25 (38,5)	31 (47,7)	0,466	0,000
Dignidade e cortesia (Média 8,04 ± 2,2)								
Paciência do médico para escutar com atenção seu problema de saúde	0-10	8,91 (2,02)	1 (1,5)	6 (9,2)	19 (29,2)	39 (60,0)	0,485	0,000
Permissão da presença de acompanhante	0-10	8,40 (2,28)	1 (1,5)	12 (18,5)	19 (29,2)	33 (50,8)	0,327	0,008
Possibilidade de fazer reclamações dentro do hospital e ser ouvido	0-10	5,15 (2,83)	8 (12,3)	36 (55,4)	18 (27,7)	3 (4,6)	0,425	0,000

Fonte: Elaborada pela autora.

*r de Pearson (-1 < r < +1)

Os critérios avaliados na dimensão da qualidade “conforto” foram, de todos os itens utilizados no instrumento, os que obtiveram a pior média de pontuação, tornando essa dimensão a que recebeu uma avaliação mais negativa quando comparada às demais. A questão com pior avaliação nessa dimensão foi o item referente à frequência da troca de lençóis, média 3,38, em que se observa que 38,5% dos pacientes atribuíram nota zero a essa questão e houve uma insatisfação de 77% entre os pacientes. Outro item que também obteve um escore baixo foi a questão referente à conservação dos móveis, 3,65, observa-se um grau de insatisfação importante de 81,5% e, inclusive, 27,7% dos pacientes avaliaram como nota zero esta questão. O ruído no local recebeu pontuação média de 4,28, sendo que 69,2% dos pacientes disseram-se insatisfeitos com essa situação.

Na dimensão “conforto”, a única questão que obteve uma avaliação acima de 7 foi a pergunta referente à refeição servida pelo hospital, média 7,80. Nesse item, 76,9% dos pacientes relataram estarem satisfeitos.

É importante salientar que a única variável que, na análise bivariada, apresentou uma correlação forte, $r = 0,743$, neste estudo pertence à dimensão da qualidade conforto, indicando que, para os pacientes, a conservação dos móveis nessa unidade foi capaz de influir de forma muito evidente sobre sua percepção quanto à qualidade do serviço de saúde no qual foi atendido.

A avaliação dos pacientes sobre a dimensão “dignidade e cortesia” obteve, em sua maioria, pontuação acima de 7, indicando que os mesmos referem satisfação com a disponibilidade dos profissionais da emergência para atendê-los, a gentileza dos profissionais da emergência, a paciência da equipe de enfermagem para escutar com atenção os problemas dos pacientes, assim como, também, paciência do médico para escutar com atenção os

problemas de saúde relatados e a permissão da presença de acompanhante. Aqui as questões melhor avaliadas foram referentes à gentileza dos profissionais da emergência, média 8,85, sendo que 92,3 dos pacientes estavam satisfeitos. Outro item que também teve destaque positivo, entre todos os itens que compõem esta avaliação sobre “dignidade e cortesia” na emergência, foi a paciência do médico para escutar com atenção os problemas relatados pelos pacientes, com escore de 8,91 e grau de satisfação de 89,2%.

A possibilidade de fazer reclamação no hospital e ser ouvido apresentou uma pontuação de 5,15, com insatisfação de 67,7% dos pacientes que compuseram a população deste estudo.

Todas as variáveis independentes da dimensão “dignidade e cortesia” obtiveram uma associação moderada positiva, ($0,4 < r < 0,7$), com a satisfação geral no SHE avaliado.

A Tabela 7 traz os resultados obtidos pela emergência do SHE para a dimensão “percepção da qualidade da assistência pelos usuários”.

Tabela 7 – Satisfação do paciente acerca da dimensão “percepção da qualidade da assistência pelos usuários” no serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. . Brasília, DF, 2017:

Questões	Mínima - Máxima	Média Desvio Padrão	Insatisfeito		Satisfeito		Valor r*	p- valor
			0 N. (%)	1 a 6 N. (%)	7 a 9 N. (%)	10 N. (%)		
Percepção da qualidade da assistência pelos usuários (Média 7,23 +2,83)								
Cuidados de enfermagem na administração dos seus medicamentos	2-10	8,75 (1,90)	0 (0)	7 (10,8)	22 (33,8)	36 (55,4)	0,446	0,000
Quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento	1-10	7,32 (2,51)	0 (0)	23 (35,4)	25 (38,5)	17 (26,2)	0,607	0,000
Cuidados de enfermagem com a sua higienização/banho	0-10	6,42 (3,28)	6 (9,2)	20 (30,8)	27 (41,5)	12 (18,5)	0,423	0,000
Cuidados de enfermagem com a administração da alimentação (dieta), quando necessário	0-10	7,11 (3,16)	5 (7,7)	16 (24,6)	24 (36,9)	20 (30,8)	0,294	0,017
Presença de chefe da equipe de enfermagem na orientação das condutas a serem tomadas pelos auxiliares de enfermagem durante o seu tratamento.	0-10	6,17 (3,42)	9 (13,8)	22 (33,8)	20 (30,8)	14 (21,5)	0,364	0,003
Cuidado e detalhamento do médico ao lhe examinar	1-10	8,57 (2,21)	0 (0)	11 (16,9)	18 (27,7)	36 (55,4)	0,569	0,000

Quantidade de médicos para prestar o atendimento.	0-10	6,32 (3,33)	4 (6,2)	25 (38,5)	20 (30,8)	16 (24,6)	0,658	0,000
---	------	----------------	------------	--------------	--------------	--------------	-------	-------

Fonte: Elaborada pela autora.*r de *Pearson* (-1 < r < +1)

As questões referentes à percepção da qualidade da assistência clínica que obtiveram maior escore foram a realização dos cuidados da enfermagem com a medicação, pontuação média 8,75, com satisfação de 89,2% dos pacientes, e o detalhamento do exame clínico realizado pelo profissional médico, com pontuação média 8,57 e com relato de satisfação de 83,1% dos entrevistados.

As questões com maior insatisfação foram a presença do enfermeiro orientando a equipe de auxiliares durante o tratamento e o período que os mesmos permaneceram em observação no SHE. Nessa questão o escore obtido foi 6,17, com uma insatisfação de 47,6% dos pacientes. O número de médicos disponíveis para o atendimento obteve pontuação média 6,32, com 44,7% dos entrevistados afirmando insatisfação com essa situação. A assistência de enfermagem com cuidados de higiene/banho também foi percebida pelo paciente como insatisfatória para 40% dos entrevistados e apresentou um escore de 6,42.

A percepção que o paciente tem da qualidade da assistência que recebe está associada positivamente a todos os itens que compõem essa dimensão da qualidade no instrumento utilizado, contudo, nota-se que as variáveis “quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento” (r= 0,607) e “quantidade de médicos para prestar o atendimento” (r=0,658) são vistas pelo paciente como os itens que mais podem impactar a qualidade da assistência por ele recebida dentro da dimensão “percepção da qualidade da assistência pelos usuários”, uma vez que apresentaram resultados para coeficiente de *Pearson* moderados e tendendo a forte.

Tendo em vista que um dos objetivos do presente trabalho foi verificar a associação entre o perfil sociodemográfico dos pacientes e o índice de satisfação presente na unidade pesquisada, procedeu-se à análise não paramétrica entre a variável dependente “satisfação geral”, nova variável que agregou todas as questões que compuseram o instrumento que avaliou a satisfação dos pacientes, e as variáveis independentes “sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião e procedência” conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Análise não paramétrica entre a satisfação geral dos pacientes e as variáveis, raça, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião e procedência, em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

Variável	p-valor
Sexo	0,724*

Raça	0,496**
Idade	0,294**
Estado civil	0,563**
Escolaridade	0,422**
Ocupação	0,955**
Renda	0,655**
Religião	0,170**
Procedência	0,147**

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de *Mann-Whitney*,

**Teste de *Kruskal-Wallis*.

O resultado de satisfação geral dos pacientes não apresenta diferença em relação ao sexo dos mesmos, como pode ser observado a partir da aplicação do Teste de *Mann-Whitney* relacionando essas variáveis.

Foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para verificar a existência de diferenças significativas entre a satisfação geral dos pacientes e as demais características sociodemográficas. O teste de *Kruskal-Wallis* é utilizado quando uma variável possui três ou mais grupos independentes (PESTANA; GAGEIJO, 2014). Nesta pesquisa, o teste aplicado não apresentou significância estatística, $p < 0,05$, entre a satisfação dos pacientes e as variáveis independentes sociodemográficas “raça, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, religião e procedência”, conforme evidencia a tabela.

Para Al-Abri e Al-Balushi (2014), em estudo de revisão bibliográfica com o objetivo de analisar criticamente a relação entre variáveis dependentes e independentes sobre a satisfação geral do paciente, ficou constatado que a associação entre fatores sociodemográficos com a satisfação do paciente apresenta resultados conflitantes, variando entre cada estudo. Nesta pesquisa não foi evidenciada associação entre a satisfação dos pacientes e as variáveis sociodemográficas que compuseram o instrumento de pesquisa, sendo importante recordar que, por constituírem fatores que não são modificáveis, não são passíveis de intervenção pela gestão em busca da qualidade.

5.4 A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

A partir da análise das 65 internações e considerando que 22 pacientes foram expostos a pelo menos um evento adverso, estimou-se prevalência de 33,8% (IC 95%: 23,1% - 45,9%) no SHE. Foi identificada a ocorrência de 29 eventos adversos, o que corresponde à média de

0,45 ($\pm 0,7$) evento adverso por paciente, tendo mínima de 1 evento e máxima de 3 eventos por paciente.

Os eventos adversos identificados, também referidos como incidentes com dano, foram categorizados em processo clínico/procedimentos, documentação, infecção hospitalar, medicação/fluídos endovenosos e gerenciamento de recursos/organizacional, sendo apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Eventos adversos identificados no período de observação de 24 horas em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

EVENTOS ADVERSOS	N.	%
Processo clínico/procedimentos	4	13,8
Procedimento não efetuado quando indicado	2	
Processo/tratamento errado	2	
Documentação	1	3,4
Atraso no acesso ao documento	1	
Infecção hospitalar	1	3,4
Tecido mole	1	
Medicação/fluídos endovenosos	4	13,8
Dose ou medicamento omitido	3	
Medicamento errado	1	
Gerenciamento de recursos/organizacional	19	65,5
Omissão relacionada à disponibilidade/adequação de serviços	12	
Omissão relacionada à disponibilidade/adequação de recursos Humanos	7	
Total	29	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Os tipos de eventos adversos mais frequentes foram relacionados ao gerenciamento de recursos/organizacional, categoria na qual foram descritos 65,5% dos eventos adversos presentes nesta pesquisa. Nessa categoria agruparam-se os incidentes de natureza comum que se referiam aos seguintes problemas: omissão relacionada à disponibilidade/adequação de serviços e omissão relacionada à disponibilidade/adequação de recursos humanos.

Os eventos adversos relacionados ao processo clínico/procedimentos foram 4 (13,8%), sendo que nessa categoria houve a ocorrência de 2 omissões para procedimentos não efetuados quando indicado e 2 eventos relacionados ao processo/tratamento errado.

Foi identificada a ocorrência de 4 (13,8%) eventos adversos referentes à medicação/fluídos endovenosos, sendo 3 casos referentes à omissão de dose ou medicamentos e 1 caso relacionado à administração de medicamento errado.

Houve, ainda, a presença de 1 (3,4%) incidente com dano referente ao não envio de documentação, omissão que nesse caso referiu-se a um parecer para outra especialidade médica, visando instituição do tratamento urgente para o doente. O único incidente com dano

categorizado como infecção hospitalar, correspondendo a 3,4% do total encontrado, foi infecção de tecido mole, nesse caso uma flebite.

O impacto dos danos associados aos cuidados em saúde, para os pacientes que estiveram envolvidos em eventos adversos no SHE em questão, foram avaliados e suas consequências para os pacientes classificadas conforme a Tabela 10.

Tabela 10 – Classificação da gravidade dos danos decorrentes de eventos adversos identificados em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

CLASSIFICAÇÃO	N.	%
Dano leve	8	27,6
Dano moderado	21	72,4
Dano grave	0	0
Óbito	0	0
Total	29	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Tendo em vista a ocorrência de 29 eventos adversos presentes neste estudo, 8 (27,6%) foram classificados quanto ao dano como eventos adversos com danos leves, uma vez que a consequência para o paciente foi manifestada por meio de sintomas leves e passageiros, não sendo necessária uma intervenção ou mesmo sendo necessária uma intervenção mínima (WHO, 2009).

O dano moderado ocorreu em 21 (72,4%) dos eventos adversos identificados e teve como consequência o aumento do tempo de internação no SHE, além de demandar procedimento terapêutico adicional (WHO, 2009).

Não foi observada a ocorrência de danos graves nos prontuários dos pacientes que participaram da pesquisa.

É importante destacar que, nos prontuários em que foi identificada a existência de incidentes com dano, a maioria, 17 (58,6%), não possuía registro sobre condutas tomadas frente à situação. Já o registro sobre condutas esteve presente em 12 (41,4%) dos incidentes com dano.

Para atender ao objetivo proposto de verificar a associação entre o índice de satisfação e a ocorrência de eventos adversos na unidade de emergência analisada, procedeu-se à análise não paramétrica, realizada entre a variável dependente “satisfação geral”, nova variável que agregou todas as questões que compuseram o instrumento de pesquisa que avaliou a satisfação dos pacientes, e a variável independente “ocorrência de evento adverso”.

O resultado de satisfação geral dos pacientes não apresenta diferença em relação à existência ou não de eventos adversos, como pode ser observado a partir da aplicação do teste de *Mann-Whitney* relacionando essas variáveis na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise não paramétrica entre a satisfação geral dos pacientes e a variável evento adverso, em um serviço hospitalar de emergência clínico de um hospital regional do Distrito Federal. Brasília, DF, 2017:

Variável	p-valor*
Evento adverso	0,868

Fonte: Elaborada pela autora.

*Teste de *Mann-Whitney*.

6 DISCUSSÃO

As opções metodológicas utilizadas nesta pesquisa, entrevista e revisão de prontuário, ocorrem frequentemente em estudos que buscam avaliar qualidade e segurança. Faz parte de um conjunto de medidas que buscou verificar o impacto da segurança do paciente sobre a satisfação do paciente.

É importante conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes para a individualização do cuidado. Há evidências de que o cuidado individualizado produz efeitos positivos sobre os desfechos clínicos, melhorando a adesão dos pacientes ao tratamento (SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017). O modelo de cuidado assistencial em que o paciente é o foco busca mudar o modelo biomédico, superar o cuidado fragmentado e constitui-se um desafio para os serviços de saúde (ZHAO et al., 2016).

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa evidenciou uma predominância de indivíduos do sexo masculino, 38 (58,5%), face ao sexo feminino, 27 (41,5%), perfil diferente de outros estudos. Estudo nacional que avaliou a satisfação de pacientes com os cuidados de enfermagem em um SHE constatou ser maior o número de pacientes do sexo feminino, (56,4%) (LEVANDOVSKI et al., 2015). Resultado semelhante ao apresentado no trabalho de Inoue et al. (2015), que também relatou uma predominância do sexo feminino nos serviços de emergência, 63,2%.

Pode-se atribuir a maior predominância de pacientes do sexo masculino nesta pesquisa ao fato de a unidade avaliada ser referência em cardiologia, componente da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assim como evidenciado em estudo de Martins et al. (2018) que identificou o perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um SHE com diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda, demonstrando predomínio do sexo masculino, 54,8%. Tal predominância também foi observada em pesquisa realizada em Belo Horizonte que, ao analisar a implantação da linha de cuidado do IAM, demonstrou também que o gênero mais acometido foi o masculino, 63,3% (MARCOLINO et al., 2013).

Há uma predominância de idosos entre os entrevistados, uma vez que 23 (35,4%) encontravam-se na faixa etária entre 61-70 anos e/ou acima de 71 anos, demonstrando aproximação com o perfil etário da população brasileira em que o aumento da expectativa de vida é real. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) projetou para 2025 uma população idosa de 32 milhões, logo, considerando-se os fatores de vulnerabilidade dos idosos, tais como presença de doenças crônicas e degenerativas, ocorre um aumento da

demanda desses pacientes pelos serviços de saúde, o que torna necessário uma adequação dos atendimentos às necessidades assistenciais desse público, especialmente nos serviços que têm grande procura de idosos, como os serviços de emergência (SCOLARI; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

Cumpram-se destacar o trabalho realizado por Nascimento et al. (2015) que, ao avaliar como os profissionais de enfermagem percebiam a ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado do idoso, concluiu ser necessária, para obtenção de melhorias na qualidade dos cuidados ofertados aos pacientes idosos no SHE, a inserção do acompanhante como instrumento de defesa de cuidados seguros para os pacientes pertencentes a essa faixa etária.

Idosos no SHE encontram-se em maior risco para ocorrência de falhas assistenciais, especialmente as quedas. Tal risco ocorre devido às condições clínicas do idoso no tocante às dificuldades de locomoção e à sobrecarga dos profissionais de enfermagem, que rotineiramente trabalham em situações de alta demanda e *déficit* de profissionais. Cuidados assistenciais que levem em consideração esse perfil de envelhecimento populacional contribuem para redução nos custos gerais de atendimento nos serviços emergenciais, aumento na segurança e satisfação do paciente no SHE (CARPENTER; EMOND, 2016). Os cuidados tendo como foco o paciente e a segurança são dimensões da qualidade complementares, assim, é necessário o uso de estratégias que possam contribuir para uma comunicação efetiva entre os pacientes, profissionais de saúde ou mesmo acompanhantes, facilitando o envolvimento desses nos processos de cuidado.

No Canadá, um SHE realizou intervenção assistencial voltada para os idosos e desenvolveu um programa em que enfermeiros eram responsáveis e coordenadores do processo de alta de idosos cujo objetivo era diminuir as reinternações desse público no SHE, contribuindo também para a diminuição dos gastos. Os enfermeiros avaliavam as condições clínicas dos pacientes antes da alta hospitalar e elaboravam estratégias educativas para o tratamento domiciliar, faziam contra referência para a atenção primária e acompanhamento por telefone durante uma semana após a alta. Os resultados mostraram que o programa aumentou a satisfação do paciente (GUTTMAN et al., 2004).

Notou-se, ainda, tratar-se de pacientes com baixa-escolaridade, 36 (55,4%) referiram ter terminado o ensino fundamental. Resultado semelhante ao estudo de Mendes et al. (2009) que evidenciou 51,7% dos participantes das entrevistas sobre a qualidade da assistência em 3 grandes emergências do Nordeste como pessoas que estudaram até o nível fundamental do ensino. Da mesma forma, estudo de Morais e Melleiro (2013) demonstrou que 66,5% dos

pacientes atendidos em um SHE adulto de São Paulo haviam concluído o ensino fundamental apenas.

A análise sobre a ocupação dos pacientes incluídos neste trabalho demonstrou que a maioria se definiu como aposentados, 23 (35,4%), e com renda familiar baixa, com predomínio de renda de até 1 salário mínimo, 29 (44,6%). Nessa perspectiva, entende-se que os entrevistados, em sua maioria idosos e de baixa escolaridade, possuíam, devido a incapacidades inerentes à idade e a condições de saúde, diminuição da participação no processo produtivo do mercado de trabalho. Bulla e Kaefer (2003) apontaram que a dimensão social do envelhecimento brasileiro seria marcada por baixas aposentadorias ou inexistência das mesmas, o que tem gerado grande impacto sobre os idosos e suas famílias, uma vez que, em muitos casos, esse é o único recurso dessas famílias, sendo o idoso o mantenedor do lar.

Os resultados que foram encontrados neste trabalho, referentes à caracterização dos pacientes atendidos no SHE pesquisado como indivíduos que apresentaram nível socioeconômico e educacional baixos, corroboraram estudos de Mendes et al. (2009) e de Schmidt et al. (2014) que demonstraram ser tais características comuns para pacientes do SUS. Assim, nota-se a importância dos serviços do SUS estarem disponíveis aos pacientes que os demandam, preparados com estrutura física adequada, materiais e recursos humanos.

Conhecer o perfil dos pacientes que procuram o serviço de saúde está em consonância com as recomendações da OMS e espera-se, assim, melhoria no acesso, melhores resultados clínicos, redução dos gastos no setor saúde e aumento da satisfação do paciente (GOMES, 2016). Santos, Sardinha e Santos (2017) apontam que o cuidado individualizado é uma consequência do conhecimento acerca do perfil sociodemográfico dos pacientes e destacam o efeito do cuidado individualizado sobre a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, os melhores resultados clínicos.

No tocante às queixas dos pacientes, houve predominância de queixas cardiológicas, 16 (24,6%), um dado relevante ao se identificar que, dentro da rede de urgência e emergência do DF, o SHE avaliado encontra-se como centro de referência em cardiologia para a região. É importante destacar que a queixa mais frequente se relacionou diretamente com o papel da instituição enquanto componente referencial da linha de cuidado do IAM.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), 67,3% dos óbitos que ocorrem no Brasil têm como causa base as doenças crônicas, estando em destaque as doenças cardiovasculares, tais como síndromes coronarianas agudas, infarto agudo do miocárdio, angina instável e acidente vascular encefálico.

Os pacientes procuram o SHE devido à piora clínica de doenças pré-existentes e por acreditarem que nesse serviço encontrarão um atendimento mais ágil e resolutivo, tornando essas unidades referências para a população em consultas, exames diagnósticos e internações (INOUE et al., 2015). Tais crenças contribuem para a visão da população de que o SHE é a principal porta de acesso para o SUS e contribui para a alta demanda característica dos serviços de emergência.

Espera-se que no SHE a promoção da qualidade seja um ponto crítico, uma vez que a avaliação da satisfação do paciente tem ligação com a superlotação do serviço, falta de leitos de internação, *déficit* de recursos humanos e de estrutura física (LEVANDOVSKI et al., 2015). A alta demanda de pacientes, que gera superlotação e necessidade de cuidados de alta complexidade presentes nos serviços emergenciais, é fator contribuinte para falhas no atendimento (WALTON et al., 2017). Estudo de revisão sistemática concluiu que são dois os fatores que impactam a qualidade dos cuidados ofertados em SHE: o quantitativo de pacientes aguardando atendimento na sala de espera e a taxa de ocupação da unidade (STANG et al., 2015). No entanto, embora as dificuldades sejam uma constante, entende-se que a participação do paciente influencia diretamente a política institucional e a prática assistencial, tornando-se, assim, vetor de mudança para moldar a maneira como os cuidados de saúde são ofertados, o que, segundo Kennedy (2017), torna necessário implementar práticas que estimulem a participação de pacientes e suas famílias no processo de comunicação uns com os outros e com os profissionais de saúde.

No que se refere a informar sobre internações anteriores, média de 3,3 internações anteriores com desvio-padrão de 3,5, encontrou-se uma população que já havia estado no SHE outras vezes. Isso condiz com o perfil de morbidade dos pacientes, idosos e portadores de doenças crônicas, sugerindo que a atenção primária em saúde não vem conseguindo ser efetiva em sua atribuição de prevenção. Para Borges e Turrini (2011), ao se detectar readmissões para pacientes idosos no SHE, deve-se averiguar se o sistema de saúde tem sido capaz de atender as necessidades em saúde desse público, sendo importante destacar que as readmissões são úteis na avaliação da qualidade do serviço.

No que se refere à procedência, constatou-se que a maior parte dos pacientes atendidos no cenário de estudo residia na região de abrangência do hospital, 25 (38,5%), seguida pelo entorno Sul de Goiás, 24 (36,9%), desmistificando, assim, o ideário de que o hospital tem atendido em seu serviço de emergência mais pacientes do entorno do DF do que moradores da

cidade, porém reafirmando a vocação da unidade como referência em atendimento de urgência não só para os seus moradores como também para toda a região.

Em relação ao meio de transporte utilizado para a locomoção até o serviço de emergência, observou-se que a grande maioria dos pacientes, 45 (69,2%), chegou em carro particular, tipo de transporte incomum para pacientes que estão em situação de emergência. Espera-se que o perfil de entrada de pacientes no SHE seja diferente do perfil de entrada de pacientes de unidades ambulatoriais, uma vez que o serviço emergencial deve receber os pacientes encaminhados e regulados, pelo sistema de referência e contra referência, contrariamente ao resultado evidenciado neste trabalho, em que grande porcentagem dos pacientes, 41 (63,1%), chegou ao SHE sem encaminhamento.

Para compreender a importância da regulação regional da urgência e emergência, é necessário considerar que o QualiSUS (BRASIL, 2004a) definiu as diretrizes para a organização da atenção às urgências nos serviços hospitalares de emergência e considerou como prioridade a implantação do processo de regulação de atenção às urgências com o objetivo de garantir um adequado sistema de referência e contra referência para os pacientes que, ao receber atendimento inicial, em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, necessitassem de acesso aos meios adicionais de cuidados de saúde. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a rede de atenção às urgências, estabelecendo como uma de suas diretrizes a regionalização do atendimento às urgências e a obrigatória articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.

Os dados encontrados neste trabalho referentes ao perfil de entrada de pacientes no SHE refletem a modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações implicaram mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos. Nessa perspectiva, há um reforço da necessidade de se fortalecer o papel da atenção primária na condução da rede de atenção à saúde a fim de reduzir a frequência de reinternações e de agravamentos clínicos dos pacientes por falta de assistência (ANGELA ROSSANEIS et al., 2011).

As características organizacionais, presentes em conformidade com o contexto em que os serviços de saúde estão inseridos no sistema de saúde, interferem na implementação de um cuidado assistencial centrado na pessoa, pois a organização do processo de trabalho e a disponibilidade de recursos exercem influência sobre as atividades realizadas pelas instituições de saúde (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018).

Em relação à presença de acompanhante, estudo de Mendes et al. (2009) apresentou a presença de acompanhantes nos serviços de emergência para 79,9% dos pacientes que ali encontravam-se, resultado próximo ao encontrado nesta pesquisa em que 52 pacientes (80%) encontravam-se acompanhados por familiares ao chegarem à unidade. A presença do acompanhante é entendida como importante parceira da equipe multidisciplinar para auxiliar na melhoria da qualidade do cuidado, uma vez que no SHE o acompanhante é inserido como instrumento de defesa para cuidados assistenciais mais seguros para os pacientes, em especial para idosos (NASCIMENTO et al., 2015). A decisão compartilhada e a comunicação efetiva são imprescindíveis para o cuidado centrado no paciente e contribuem com o cuidado seguro (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018). O desafio da equipe de saúde é colocar o paciente e sua família no centro da assistência.

No Brasil, a permissão do acompanhante para todos os pacientes dos serviços de emergência é um fato recente, consequência da implementação das diretrizes das políticas QualiSUS (BRASIL, 2004a) e HumanizaSUS (BRASIL, 2004b), ambas políticas que buscam defender os direitos dos usuários para fortalecer o SUS.

O Ministério da Saúde recomenda, para a implementação da PNH, que os direitos dos usuários sejam respeitados, entre os quais se encontra o direito à informação (BRASIL, 2015). A satisfação dos pacientes com os serviços de saúde é influenciada pelas informações recebidas dos profissionais de saúde (MESSINA et al., 2014; SILVA-FHON et al., 2015). Estudo de revisão, que objetivou averiguar os atributos que influenciavam a satisfação geral dos pacientes e o impacto sobre os processos de melhoria da qualidade nos serviços de saúde, evidenciou que as habilidades de comunicação, explicação e informação clara repercutem sobre a satisfação dos pacientes de forma mais importante até mesmo do que outras habilidades técnicas (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014). Segundo Acosta et al. (2016), também em estudo de revisão bibliográfica, compartilhar informações sobre o atendimento com os pacientes contribui para a satisfação desses no SHE.

É importante destacar que informar o paciente não pode ser apenas fornecer informações quando ele questiona, deve ser um comportamento ativo da equipe multiprofissional em saúde que, além de propiciar um vínculo entre ambos, contribui para que o paciente se torne um agente ativo de seu cuidado, o que impacta a satisfação do mesmo. É necessário que o paciente conheça e questione sobre os procedimentos aos quais será submetido, no entanto também é necessário que o profissional de saúde informe o paciente sobre questões relacionadas a seu estado de saúde, estabeleça uma relação de confiança e de troca de informações. O cuidado tendo por

foco o paciente e suas expectativas busca melhorias na qualidade assistencial. Inclusive, Garfield et al. (2016) apontam que o modo como os profissionais de saúde compartilham informações utilizando estratégias de comunicação que facilitam o maior envolvimento dos pacientes com seu cuidado os tornam agentes de defesa potencialmente importantes contra falhas relacionadas à medicação.

O resultado apresentado neste estudo evidenciou avanços da unidade pesquisada na operacionalização da PNH, corroborando Silva et al. (2016) que, ao avaliar a satisfação dos pacientes no setor de acolhimento com classificação de risco do SHE de um hospital público, concluíram que utilizar eficientemente estratégias de comunicação e informação nos serviços emergenciais do SUS pode influenciar a satisfação dos pacientes em relação ao serviço ofertado.

A PNH (BRASIL, 2004b), o QualiSUS (BRASIL, 2004a) e a PNASS (BRASIL, 2015) trabalham em seu escopo de atuação com a diretriz Ambiência na Saúde, uma organização de espaços assistenciais que proporcionem atenção acolhedora e resolutiva, entendendo o espaço físico como um local que deve atender ao conforto dos pacientes e estar focado em sua privacidade e individualidade. Dessa forma, o espaço torna-se uma ferramenta que facilita o trabalho em saúde.

Observou-se que a dimensão da qualidade privacidade no atendimento obteve média de 6,12 pontos, demonstrando insatisfação dos pacientes com a dimensão da qualidade avaliada.

Os critérios avaliados na dimensão “conforto” foram, de todos os itens utilizados no instrumento, os que obtiveram os menores valores, tanto na recepção quanto na emergência, tornando essa dimensão a que recebeu uma pior avaliação quando comparada às demais. A percepção que os pacientes apresentaram foi enfatizada quando avaliaram a pontuação de diversos itens dessa dimensão da qualidade como “zero”.

A falta de conforto no SHE é apresentada por Macedo e D'innocenzo (2017) e, também, por Lima et al. (2015) como uma característica negativa do SHE que tem impacto sobre a satisfação dos pacientes. Igualmente, estudo nacional que avaliou a implantação do QualiSUS em 8 SHE públicos de 4 estados do país, apontou que a ambiência, no que se refere a conforto, limpeza, sinalização e ruído, foi considerada insatisfatória por 91% dos entrevistados (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A falta de conforto no ambiente tem impacto negativo sobre a resolutividade do serviço de saúde e a satisfação das necessidades dos pacientes (SILVA et al., 2016). Estudo realizado em unidade de terapia intensiva chinesa identificou como fatores mais urgentes a receberem

intervenção da gestão hospitalar, devido a sua importância sobre o resultado de satisfação de familiares de pacientes que estavam internados e ao baixo desempenho, o ambiente da unidade e a sala de espera. Essa pesquisa evidenciou insatisfação com instalações dos pacientes e seus acompanhantes, nível de ruído, temperatura ambiente, espaço e privacidade, demonstrando que o ambiente é um fator que afeta a satisfação dos pacientes e também se mostra como uma oportunidade para melhorias (LAM et al., 2015).

Segundo Nascimento et al. (2015), a falta de conforto no SHE atua sobre a segurança do paciente idoso, e as evidências são a ocorrência de quedas e lesões por pressão, tendo sido descrito em seu trabalho que estrutura física da unidade e inadequações de equipamentos, tais como pacientes internados em macas sem grades, contribuem para as falhas assistenciais.

Os dados do cenário pesquisado no que tange às dimensões privacidade e conforto, embora corroborados por pesquisas nacionais e internacionais que demonstram pacientes insatisfeitos com essas dimensões nos serviços emergenciais, apontam para um ponto da qualidade assistencial que necessita de intervenção por parte da alta gestão da unidade a fim de se avançar na implementação das políticas de qualificação nacionais que buscam um cuidado centrado no paciente e seguro. A alta gestão necessita direcionar os esforços para as questões que obtiveram piores escores na avaliação do paciente, pautando suas ações no atendimento das demandas por melhorias expressas pelos pacientes, dessa forma, poderá promover ações organizacionais em busca da qualidade do atendimento.

A dimensão “confidencialidade das informações” foi bem avaliada pelos pacientes. Foi observado um alto grau de satisfação em relação à confiança na equipe de enfermagem, média de 8,29 pontos, e na equipe médica, média de 8,83 pontos, para relatar a essas equipes quais problemas de saúde estavam apresentando. Observou-se que, embora confiantes nesses dois elementos que fazem parte da equipe multiprofissional que atende no SHE, a confiança no médico foi maior do que na equipe de enfermagem.

Segundo Esperidião e Vieira-da-Silva (2016), os médicos, no imaginário dos pacientes, são vistos como os profissionais que não se negam a transmitir informações sobre as condições clínicas dos pacientes, dos quais se espera um tratamento individualizado e, tendo em vista sua posição social perante os demais membros da equipe de saúde, despertam a confiança em sua capacidade técnica. No entanto, o autor pondera que entre pacientes de baixa-renda, perfil social presente neste trabalho de pesquisa, o acesso ao atendimento médico produz uma avaliação quase sempre positiva, independente da prática assistencial e que, quanto mais adoecido

encontra-se o paciente, maior a confiança devido à dependência dele frente ao saber do profissional médico.

A confiança no profissional de saúde ocorre devido à habilidade para comunicação e influencia positivamente na satisfação do paciente (HASSALI, 2014). Conforme o paciente sente-se confiante em relação ao profissional, estabelece-se um vínculo que em última análise produz uma comunicação efetiva. A confiança é um elemento necessário para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva e pode impactar a adesão ao tratamento (SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017).

Silva-Fhon et al. (2015) reforçam a importância da enfermagem no processo assistencial, de modo a facilitar e estabelecer um vínculo com o paciente, o que resulta em segurança e confiança por parte do mesmo em relação ao profissional e ao cuidado recebido e favorece a qualidade em saúde. Para esses autores, o enfermeiro atua como facilitador da comunicação, desenvolvendo, assim, a confiança do paciente na equipe. A comunicação efetiva produz confiança, segurança e satisfação do paciente. A confiança é consequência da capacidade que um serviço de saúde tem para atender às expectativas dos pacientes, para garantir segurança e qualidade assistencial (LIMA et al., 2015; SCHMIDT et al., 2014).

Segundo Sadler e Stewart (2015), quando o cuidado é inseguro, a credibilidade da instituição de saúde é afetada, o que pode influenciar na confiança dos pacientes no serviço, porém, atender às expectativas dos pacientes pode melhorar a reputação dos serviços de saúde.

A avaliação dos pacientes sobre a dimensão “dignidade e cortesia” obteve, em sua maioria, pontuação acima de sete, indicando que os pacientes referem satisfação com a disponibilidade dos profissionais da recepção e da emergência para atendê-los. Foram ressaltadas a gentileza dos funcionários e a paciência do médico para escutar com atenção os problemas relatados, o que corrobora estudo de revisão de Acosta et al. (2016), que concluiu que demonstrar simpatia, cortesia e respeito no serviço hospitalar de emergência contribui para a satisfação dos pacientes.

É importante destacar que as habilidades interpessoais referentes à cortesia e ao respeito que recebem influência das habilidades para comunicação, mostram-se mais influentes sobre a satisfação dos pacientes do que as habilidades técnicas (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014).

Cumprir destacar o trabalho de Bernhart et al. (1999) que analisaram a influência do sentimento de gratidão existente nos pacientes de serviços públicos de saúde quando são atendidos, especialmente em países subdesenvolvidos, isso ocorre devido às baixas

expectativas dos pacientes para com os serviços, nessa situação a cortesia poderia ser vista como algo que interfere no julgamento sobre o serviço avaliado.

Apesar do reconhecimento dos pacientes quanto ao atendimento com dignidade e cortesia, ressalta-se que eles indicaram insatisfação com a possibilidade de fazer reclamações sobre o serviço (5,15).

A consolidação do SUS deve ser pautada em controle social e gestão participativa, sendo assim, as ouvidorias nos estabelecimentos de saúde são importantes ferramentas de gestão que têm como função denunciar eventuais falhas e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014). Uma ouvidoria eficaz é representante dos pacientes como mediadora de conflitos e pode contribuir para a defesa dos direitos desses (MACHADO; BORGES, 2017).

Os resultados apresentados neste trabalho, ao se relacionarem com a literatura, apontam para pacientes de baixa-renda que obtiveram acesso ao serviço de saúde, demonstrado no critério de inclusão do trabalho que avaliou pacientes atendidos e em observação no SHE em questão, e, portanto, referem satisfação sobre confiança na equipe que os atendeu, percebem terem sido atendidos com dignidade e cortesia, porém não demonstraram conhecer suficientemente o serviço de ouvidoria do hospital. Para que essa situação se reverta, tendo em vista a necessidade de qualificação dos serviços de emergência em busca de um cuidado seguro e de qualidade, torna-se necessária a divulgação do conceito de ouvidoria junto aos pacientes deste SHE como um instrumento de avaliação e melhoria contínua.

Quando são apontados os resultados obtidos para a avaliação sobre a priorização na atenção aos usuários, encontram-se pacientes que referem satisfação com a questão que avaliou facilidade de entrar no hospital, média 7,75, e tempo de espera para realização dos exames de laboratório (sangue e urina), média 7,68. A outra questão que também compõe essa dimensão recebeu escore 7,42 ao avaliar tempo de espera para realização de exames de imagem (RX, tomografia, ultrassonografia ou endoscopia).

A PNH e o PROADESS, referenciais nacionais para o SUS em política pública de saúde e avaliação de sistema de saúde, respectivamente, estabelecem que, para melhoria na qualidade do atendimento, o SHE deve atender ao princípio da equidade (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017; BRASIL, 2015). Segundo o IOM (2001), para se atingir a qualidade da assistência em saúde com base em um cuidado centrado na pessoa, deve-se buscar a equidade, uma das dimensões da qualidade.

Para Whitehead (1992), o conceito de equidade está relacionado a dois temas interligados entre si: os pacientes das classes sociais inferiores teriam menores possibilidades de sobreviver aos agravos em saúde e o conceito de adoecer é vivido de forma única por cada indivíduo. Logo, para que exista justiça social, todos devem ter oportunidades justas para atingir seu potencial de saúde e os menos favorecidos acabam necessitando de mais atenção por parte do Estado. A equidade seria uma prática necessária e importante a fim de se atingir o ideal de justiça social e cidadania, fazendo com que todos atingissem uma situação de bem-estar em saúde.

Segundo a PNH (BRASIL, 2004b), uma das tecnologias leves de gestão para se atingir a equidade é a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco, um instrumento de gestão organizacional dos serviços de emergência que busca organizar os serviços e o fluxo dos pacientes a partir da priorização dos que se encontram em maior estado de gravidade. Nesse contexto de priorização do atendimento no SHE, o tempo de espera para o paciente receber os resultados de exames solicitados no primeiro atendimento médico na unidade pode ser um fator que gera gargalos de atendimento, pois tem relação direta com a capacidade do SHE em ser resolutivo.

O elevado tempo de espera para atendimento e realização de exames é visto como fator que influencia negativamente a satisfação dos pacientes no SHE (HASSALI, 2014; ZAREI et al., 2015), resultado corroborado por estudo nacional que avaliou a satisfação de pacientes atendidos em um SHE da região Sul do país com os cuidados de enfermagem e evidenciou que os pacientes que receberam informações sobre seus exames apresentaram maior índice de satisfação (SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017).

Tendo em vista que os pacientes entrevistados neste trabalho obtiveram acesso ao SHE, alguns de forma regulada, tendo sido encaminhados pelo SAMU e ambulâncias dentre outros, outros não, observou-se que a priorização no atendimento vem ocorrendo não apenas no acesso, mas também no processo de gestão de fluxo interno, conforme relatado pelos pacientes em sua avaliação sobre tempo de espera para realização de exames laboratoriais e de imagem iniciais, tal resultado aponta para uma assistência melhor qualificada.

A satisfação do paciente com uma unidade de atenção à saúde de emergência tem associação com a qualidade dos cuidados ofertados pelas equipes assistenciais, conforme apontam alguns estudos (JALALI et al., 2016; DELANEY et al., 2015). Embora não exista concordância entre médicos e enfermeiros sobre a capacidade de prever qual o nível da satisfação do paciente com os cuidados ofertados pelos mesmos, fato é que a satisfação dos

pacientes com essa dimensão do cuidado tem impacto na adesão ao tratamento e no retorno ao serviço de saúde posteriormente (ZAREI et al., 2015).

Neste estudo, as questões referentes à percepção da qualidade da assistência clínica que obtiveram maior escore foram: a realização dos cuidados da enfermagem com a medicação, pontuação média de 8,75, e o detalhamento do exame clínico realizado pelo profissional médico, com pontuação média de 8,57.

Segundo Esperidião e Vieira-da-Silva (2016), pacientes de baixa renda, assim como os entrevistados nesta pesquisa, tendem a sentir-se mais satisfeitos e fazer mais elogios à equipe médica em virtude do acesso ao serviço. Tal observação levanta questionamentos sobre as relações de poder envolvidas na relação médico-paciente. Destaca-se que os testes estatísticos aplicados sobre os resultados deste trabalho não evidenciaram associação entre renda e satisfação geral dos pacientes demonstrando que na percepção dos pacientes desse SHE há uma avaliação positiva sobre a qualidade assistencial.

Estudos apontam que os cuidados referentes ao domínio técnico de enfermagem são bem avaliados nos serviços de emergência (LEVANDOVSKI et al., 2015; MOLLAOĞLU; CELIK, 2016). Por outro lado, é fato importante que, na unidade pesquisada, a percepção sobre a qualidade da assistência de enfermagem com cuidados de higiene/banho foi insatisfatória (6,42). Essa realidade indica que a enfermagem muitas vezes assume alguns cuidados de enfermagem em detrimento de outros que possuem mesma importância para o desfecho clínico do paciente. Essa divergência pode representar uma deficiência de organização e planejamento para o cuidado adequado dentro da unidade.

As questões referentes à relação entre os recursos humanos existentes e a qualidade dos serviços assistenciais ofertados aos pacientes, sobretudo nos serviços de emergência, são complexas e muitas vezes complementares. No entanto, o presente estudo identificou pacientes satisfeitos com a qualidade da assistência ofertada pela equipe. Esse resultado corrobora estudo de Mendes (2009), que também observou satisfação com o domínio percepção da qualidade assistencial e também houve resultado de insatisfação com os cuidados de higiene realizados pela equipe de enfermagem. Para atingir a satisfação, aqui entendida como uma consequência da qualidade do serviço, é importante que o SHE tenha uma equipe que trabalhe de forma conjunta, sendo necessário que a instituição ofereça aos trabalhadores treinamento, educação continuada e recursos humanos em quantitativo adequado para o atendimento das demandas existentes em uma unidade superlotada.

Nos dados do cenário pesquisado, referentes ao domínio “percepção da qualidade da assistência clínica”, a questão com maior insatisfação foi a presença do enfermeiro orientando a equipe de auxiliares durante o tratamento e o período em que os mesmos permaneceram em observação no SHE (6,17). Tal situação indica uma lacuna no processo de trabalho do enfermeiro na unidade, porém é importante ressaltar a dificuldade dos pacientes em identificar o enfermeiro no dia a dia da prática clínica (LEVANDOVSKI et al., 2015; SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017).

Num cenário em que se incentiva o cuidado centrado no paciente, a presença do enfermeiro na assistência favorece o reconhecimento e a valorização desse profissional pelo paciente.

Destaca-se que ofertar um cuidado assistencial em que o paciente ocupa a centralidade contribui para uma assistência em saúde segura e de alta qualidade. O uso de ferramentas que capturam de forma eficaz a experiência do paciente com o serviço permite a inclusão das preocupações desse em relação à qualidade assistencial recebida (WALTON et al., 2017).

Nessa perspectiva, avaliar a satisfação do paciente garante o levantamento de indicadores que direcionam a tomada de decisão dos gestores e, ainda, evidencia a valorização dos sentimentos e da experiência do paciente durante o processo de internação por parte da instituição de saúde. Logo, a avaliação da satisfação do paciente pode ser um estímulo para mudanças e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo-se, assim, um vínculo de referência entre paciente e serviço (SANTOS; SARDINHA; SANTOS, 2017).

Ressalta-se que esse estudo converge com a campanha mundial “*What Matters to You*”, movimento difundido pelo IHI que significa em português “O que importa para você?”. Esse movimento incentiva ampliar o contato dos profissionais de saúde com os pacientes e estimular conversas mais significativas, direcionadas para a individualização do cuidado e para o atendimento de necessidades biopsicossociais. Essa pergunta tem impacto nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, faz parte do cuidado centrado na pessoa e torna fundamental conhecer anseios e preferências expressados pelos pacientes, contribuindo, assim, para melhoria da qualidade do cuidado em saúde (BARRY; EDGMAN-LEVITAN, 2012). A melhoria da qualidade do cuidado em saúde é vista como objetivo maior das instituições em que o paciente ocupa papel de destaque, e a satisfação de suas necessidades constitui um pilar para a mudança.

Historicamente, os serviços de emergências fixos vêm apresentando a característica de grande produção de consultas emergenciais, porém com pouca resolutividade (KONDER;

O'DWYER, 2015). Os serviços hospitalares de emergência possuem características próprias que impactam a organização do trabalho e a gerencia do cuidado ofertado aos pacientes, pois fazem parte de um sistema de saúde em que formalmente deveriam estar inseridos para atendimento de situações de urgência e emergência em que há risco de morte e necessidade de cuidados assistenciais mais complexos, no entanto, o SHE também é utilizado para o atendimento de pacientes com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgência ou emergência, fato contribuinte para a superlotação e a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde que ali se encontram trabalhando (MENDES et al., 2013; LIMA et al., 2015; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2011; ACOSTA et al., 2016).

Nessa perspectiva, o SHE constitui-se área de risco para a ocorrência de vários tipos de falhas na prestação de cuidados aos pacientes devido aos inúmeros atendimentos, ao *déficit* de profissionais nas mais diversas atividades profissionais e ao estresse profissional (GRABOIS, BITTENCOURT, 2014).

Em busca da qualidade torna-se necessário que o processo assistencial em saúde seja seguro, assim é imprescindível o reconhecimento dos riscos de falhas e a tomada de ações para prevenção delas. Os eventos adversos ocorrem após erros e também como resultado de omissão (HERNÁNDEZ-CRUZ et al., 2017).

Devido ao impacto financeiro e ético, a qualidade e a segurança do paciente tornaram-se um aspecto importante para os sistemas de saúde. É necessário garantir a qualidade, a satisfação dos pacientes e reduzir os custos com os tratamentos em saúde (BERWICK et al., 2008).

No presente estudo, que identificou a ocorrência de 29 eventos adversos, taxa de prevalência de eventos adversos de 33,8%, foi observada a predominância de eventos adversos relacionados à categoria “gerenciamento de recursos/organizacional”, 19 (65,5%), seguidos de processo clínico, 4 (13,8%), medicação/fluídos endovenosos, 4 (13,8%), documentação, 1 (3,4%), e infecção hospitalar, 1 (3,4%).

A prevalência de eventos adversos neste trabalho foi maior do que o estimado pela OMS, que é em torno de 10%, e maior do que o apresentado por estudos internacionais que avaliaram a ocorrência de eventos adversos em SHE, tais como o trabalho de revisão de Stang et al. (2013), que identificou prevalência máxima de eventos adversos em serviço de emergência de 8,5%, e o trabalho de Zhang et al. (2017), que identificou prevalência de 15% de eventos adversos nos prontuários avaliados. Também maior do que a prevalência de 12%, encontrada no estudo espanhol ERIDA, que buscou avaliar os incidentes de segurança do

paciente em SHE numa região do país e para isso envolveu diversos serviços emergenciais (ALCARAZ-MARTÍNEZ et al., 2016).

No Brasil foi identificado um estudo que avaliou a ocorrência e caracterizou os eventos adversos em SHE clínico a partir do prontuário, limitando a análise aos pacientes com acidente vascular cerebral. Nesse público específico, que permaneceu no SHE, o trabalho citado observou a ocorrência média de eventos adversos de 4,0 a 5,9 eventos por paciente (GALLOTTI, 2003).

Como não foram identificados em busca de base de dados outros trabalhos nacionais que tivessem avaliado, a partir do prontuário, a prevalência de eventos adversos em SHE para pacientes adultos com perfil clínico, salvo o estudo de Gallotti (2003), constata-se o impacto deste trabalho na identificação de eventos adversos para a gestão de um SHE que vise à qualidade e à segurança. A maior prevalência de eventos adversos referente aos dados da OMS e aos estudos internacionais pode ser atribuída ao tipo de serviço estudado, característico dos serviços de emergência no Brasil, onde é constante a superlotação dos serviços de emergência, com profissionais sobrecarregados e as mais diversas dificuldades organizacionais presentes, e, também, ao fato de que a maioria dos trabalhos costumam trazer dados referentes às notificações de eventos adversos, fornecendo uma estimativa modesta dos problemas reais. No entanto, faz-se necessário frisar que os dados apresentados demonstram uma oportunidade para melhoria.

É importante destacar, também, que neste trabalho o conceito de evento adverso seguiu as orientações da taxonomia internacional para segurança do paciente (WHO, 2009), ao avaliar o prontuário atentando-se para as consequências organizacionais do evento adverso que produziram aumento do tempo de permanência hospitalar para o paciente.

Segundo *World Health Organization* (WHO) (2009), os recursos organizacionais são aqueles que correspondem a: gerenciamento da carga de trabalho, disponibilidade de leitos, recursos humanos, disponibilidade de pessoal e adequação e organização das equipes, protocolos, políticas, procedimentos adequados. Eles contribuem para ocorrência e prevenção de incidentes a depender se a unidade utiliza ou não protocolos, procedimentos e processos de trabalho adequado, se as equipes de trabalho se encontram organizadas, bem como relaciona-se também aos recursos disponíveis e à carga de trabalho para essas equipes.

Para se reduzir os riscos de ocorrência de incidentes relacionados aos fatores organizacionais, o ambiente físico de trabalho necessita atender às necessidades dos pacientes, o acesso a todos os recursos necessários deve estar assegurado, garantindo-se, assim, o

cumprimento dos regulamentos e protocolos. As lideranças das instituições de saúde podem contribuir com melhorias que atuam na prevenção aos riscos organizacionais, adequando os recursos humanos às necessidades, efetuando análise dos riscos e buscando fortalecer a cultura de segurança (WHO, 2009).

Tendo em vista a necessidade de uma assistência em saúde segura e de qualidade, são imprescindíveis o dimensionamento de recursos humanos adequado e, também, o fornecimento adequado dos materiais necessários para a assistência, uma vez que a falta de reposição de materiais, bem como falhas de funcionamento de equipamentos podem ocasionar danos aos pacientes (PARANAGUÁ et al., 2014).

Os dados apresentados pelo SHE pesquisado, no que tange às categorias dos eventos adversos identificados, corroboram os achados de Stang et al. (2013) e Zhang et al. (2017) que evidenciaram que em SHE os eventos adversos mais comuns estavam relacionados à gestão, ao diagnóstico e à medicação, demonstrando, assim, a diferença quanto aos tipos de eventos adversos que ocorrem no SHE em relação aos eventos que ocorrem com pacientes em unidades de internação.

Na categoria “gerenciamento de recursos/organizacional”, os tipos de eventos encontrados foram relacionados à omissão de serviços, presentes quando foram solicitados exames diagnósticos para definição de diagnóstico e tratamento, e à omissão referente à disponibilidade de recursos humanos, situações em que o paciente necessitava de avaliação de um profissional determinado para diagnóstico ou tratamento e não teve acesso a esse recurso organizacional.

Para Cometto et al. (2011), a omissão de cuidados é um problema mundial cuja explicação passa por um modelo centrado nos sistemas em que as deficiências são produtos de falhas ativas e situações importantes, como sobrecarga de trabalho, falhas de comunicação, instalações inadequadas, falta de padronização dos processos, pressão assistencial, entre outros.

Segundo Bampi et al. (2017), em estudo qualitativo que trouxe a percepção individual dos profissionais de saúde atuantes em um SHE sobre o seu meio de trabalho, a prevenção de eventos adversos guarda relação com a avaliação correta das condições clínicas dos pacientes, sendo necessário, também, os encaminhamentos de forma rápida.

Como no trabalho que agora está sendo discutido, foi observada presença de eventos adversos em que a omissão de serviços esteve presente de forma incontestável, deve-se destacar que muitos erros de diagnóstico podem estar relacionados à não utilização de testes diagnósticos adequados, situação passível de prevenção, em que o uso do teste diagnóstico traria um

resultado positivo para o paciente (NEWMAN-TOKER; MCDONALD; MELTZER, 2013). Segundo Darragh et al. (2018), é importante ressaltar que muitos pacientes chegam a receber alta hospitalar de serviços emergenciais sem realizar exames diagnósticos que foram solicitados e essa situação pode produzir danos aos mesmos. Para os referidos autores, é considerado como medida efetiva em busca da prevenção de falhas assistenciais, no que tange aos exames não realizados no SHE e alta do paciente, o estabelecimento de modelos de resumo de alta em que constem quais exames estão pendentes, o que pode facilitar a interface entre a atenção hospitalar *versus* a atenção primária e prevenir as reinternações de pacientes que, por fim, contribuem com a superlotação das emergências e consequente baixa-resolutividade do serviço. Destacaram, ainda, como uma intervenção positiva para segurança do paciente que teve alta do SHE sem realizar um exame, que o médico da atenção primária em saúde possa receber alertas eletrônicos de realização do exame pendente.

A melhoria nas taxas de sobrevivência no SHE está diretamente relacionada ao diagnóstico e à intervenção precoce. Logo, a liberação rápida dos resultados de exames diminui o atraso para início do tratamento. A disponibilização rápida de resultado de exames torna-se especialmente importante no atendimento a síndromes coronarianas agudas, tromboembolismo venoso, sepse grave e acidente vascular encefálico, condições agudas em que o início do tratamento de forma rápida proporciona melhores resultados, aumenta as taxas de alta hospitalar e diminui a duração total da internação (ROONEY; SCHILLING, 2014).

No Brasil, foram identificados dois trabalhos recentes que versaram sobre a omissão assistencial, especificamente omissão de cuidados de enfermagem. Siqueira (2016) validou o instrumento *MISSCARE-BRASIL*, junto a uma população de 330 profissionais de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo, com o intuito de identificar e avaliar a omissão de cuidados de enfermagem, estabelecendo cinco fatores relacionados à omissão: recursos materiais, recursos laborais, comunicação, dimensão ética e estilo de gerenciamento/liderança institucional.

Lima (2018) utilizou o instrumento validado *MISSCARE-BRASIL*, tendo como cenário as unidades de internação de um hospital de ensino no Goiás, e os fatores mais frequentes para a omissão de cuidados de enfermagem identificados corresponderam às falhas sistêmicas organizacionais relacionadas aos recursos materiais e de trabalho, os demais fatores estabelecidos por Siqueira (2016) também foram identificados, porém em menor escala do que estes últimos.

Tendo em vista o levantamento bibliográfico efetuado e os dados presentes nos resultados desta pesquisa, em que se evidenciou predominância de eventos adversos categorizados como “gerenciamento de recursos/organizacional”, (65,5%), constatou-se na unidade um *déficit* de recursos, anteriormente relatado no instrumento que avaliou a satisfação dos pacientes, e a insatisfação com as dimensões da qualidade: privacidade no atendimento e conforto. A avaliação crítica desses indicadores supera o escopo das práticas gerenciais e exige o engajamento da equipe em direção ao desenvolvimento organizacional, focado na resolução de problemas e apoiado em ações sustentáveis. Essa análise traduz a relevância do presente estudo e chama a atenção para a ampliação das práticas assistenciais, em que o paciente constitui o cerne do cuidado em saúde.

Os processos gerenciais devem contribuir para a qualidade da assistência em saúde, articulando os diversos profissionais necessários para a oferta de um cuidado qualificado por meio de elaboração de escalas de trabalho que contemplem a cobertura assistencial necessária em todos os turnos de trabalho, bem como a disponibilidade de exames diagnósticos, a fim de atender às demandas dos pacientes atendidos no serviço hospitalar de emergência.

Quando se avaliou a satisfação do paciente no SHE pesquisado, sua percepção sobre a qualidade da assistência recebida demonstrou que as variáveis “quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento”, $r= 0,607$, e “quantidade de médicos para prestar o atendimento”, $r=0,658$, foram vistas como os itens que mais poderiam impactar a qualidade da assistência.

Para um atendimento de qualidade em que a segurança esteja presente, o SHE necessita ter uma estrutura física em acordo com a demanda que visa atender, o quantitativo de pacientes que procuram o serviço. Além do ambiente de trabalho, também é necessária uma boa disponibilidade de recursos humanos e materiais (RUBIM et al., 2017).

Os eventos adversos categorizados como “medicação/flúidos endovenosos”, 4 (13,8%), também estiveram relacionados à omissão, fato evidenciado por três ocorrências nessa categoria terem sido decorrentes do tipo “dose ou medicamento omitido”.

Existem vários fatores relacionados aos erros de medicação: erro de prescrição, preparação/dispensa, apresentação, entrega, administração, fornecimento/requisição, armazenamento e monitorização. Sendo que o erro por dose ou medicamento omitido caracteriza-se pela não administração de uma dose prescrita para um paciente (WHO, 2009).

O erro de medicação em SHE costuma ser bastante citado na literatura internacional, conforme apresenta Stang et al. (2013) e Zhang et al. (2017). Revisão sistemática que teve como

objetivo identificar as ameaças à segurança do paciente nos serviços de emergência encontrou maior incidência de produção científica a respeito da temática de eventos adversos sobre erros de medicação (BIGHAM et al., 2012).

Na literatura nacional, identificou-se estudo que objetivou identificar e caracterizar os eventos adversos relacionados a medicamentos em hospital de cuidados terciários, incluindo os erros de prescrição, dispensação, administração de medicamentos e as reações adversas aos medicamentos, encontrando uma proporção de 26,6 eventos adversos para cada 100 pacientes (ROZENFELD; GIORDANI; COELHO, 2013). Já pesquisa realizada em hospital geral de São Paulo revelou predominância dos eventos notificados relacionados a erros de medicação, 59%, sendo que, nesse tipo de erro, houve maior ocorrência de atrasos na administração dos medicamentos, 48,8% (FRANÇOLIN et al., 2010).

No que tange ao erro de medicação por dose ou medicamento omitido, estudo de Costa et al. (2016) identificou que a omissão teve maior incidência dentre os erros de medicação, 41,1%, que ocorreram em uma unidade de internação em clínica médica de um hospital universitário. Lima (2018) identificou, no SHE de um hospital universitário de Goiás, que administrar os medicamentos dentro de 30 minutos antes ou depois do horário prescrito foi um relato presente no discurso de 26,9% dos profissionais entrevistados, porém esse tipo de falha não configurou dentre os principais cuidados de enfermagem omitidos no serviço.

No SHE, Grabois e Bittencourt (2014) referem que a superlotação tem implicações sobre a segurança do paciente, evidenciadas pelos eventos adversos que são mais frequentes nos serviços de emergência, tais como atraso no início de antibioticoterapia, analgesia inadequada, falhas na administração de medicamentos, entre outros.

A caracterização da ocorrência de eventos adversos em SHE é corroborada também em estudos nacionais como o de Arruda et al. (2017), o qual, em trabalho que objetivou avaliar a percepção do paciente quanto à segurança no atendimento em saúde oferecida pelos profissionais de um serviço hospitalar de emergência, identificou que 2% dos entrevistados informaram ter tido problemas de omissão por parte da enfermagem na administração de analgésicos.

Como fator que diminuiria a ocorrência de erros de medicação no SHE, foi identificado o uso da estratégia de farmácia clínica, que é mais comum nos EUA, diminuindo o tempo necessário para iniciar a terapêutica medicamentosa prescrita. Observou-se que a presença do farmacêutico possibilita maior segurança na prescrição e dispensação de medicamentos, além de atuar na conciliação medicamentosa e orientações do paciente para a alta hospitalar, fato que

contribuiu para diminuir as reinternações por uso incorreto dos medicamentos (ROULET; ASSERAY; BALLEREAU, 2014).

Deve-se recordar que a administração de medicamentos pela enfermagem é uma das atividades com maior grau de risco nas instituições de saúde e, nessa perspectiva, uma medida importante para diminuir os erros de medicação que tem sido discutido na atualidade é o uso da prescrição eletrônica. A prescrição eletrônica garante legibilidade e precisão de informações para dispensação e administração correta do medicamento (PERDIGÃO, OLIVEIRA, RAMOS, 2014).

O presente trabalho foi realizado em uma unidade em que o prontuário eletrônico é uma realidade e conseqüentemente a prescrição, no entanto foi identificada a ocorrência de eventos adversos categorizados como dose/medicamento omitido e medicamento errado, demonstrando, assim, que apenas o uso do prontuário eletrônico por si só não é capaz de abolir as falhas. É inegável que o uso do prontuário eletrônico tem impacto nas práticas assistenciais que se tornam mais ágeis e com menos falhas, trazendo maior qualidade, porém outros determinantes devem ser analisados.

Entre os procedimentos de enfermagem realizados no SHE, a administração de medicamentos é uma atividade que envolve conhecimento científico, habilidade técnica e grande responsabilidade por parte de todos os profissionais. Segundo Freitas et al. (2014), a omissão de cuidados de enfermagem pode estar relacionada às lacunas de planejamento e organização para atendimento das demandas assistenciais, gerenciais.

Nesse aspecto, os resultados encontrados neste trabalho que evidenciaram prevalência de eventos adversos no cenário de serviço de emergência pesquisado superior aos estudos internacionais já anteriormente relatados, 29 (33%), com predominância de eventos adversos na categoria “gerenciamento de recursos/organizacional”, 19 (65,5%), seguido de “processo clínico”, 4 (13,8%), “medicação/fluídos endovenosos”, 4 (13,8%), e a presença de omissão tendo sido relatada em suas mais variadas vertentes, apontam uma lacuna gerencial/organizacional que já foi mencionada anteriormente como característica dos serviços de emergência no Brasil por vários autores (MENDES, 2009; BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2011; ACOSTA et al., 2016; LIMA et al., 2015; LEVANDOVSKI et al., 2015).

Os resultados presentes neste estudo quanto à omissão e às características encontradas comumente nos serviços de emergência (superlotação, alta demanda, pacientes críticos, *déficit* de recursos humanos e *déficit* de materiais e equipamentos) reforçam os achados de Siqueira (2016) que evidenciou, dentre as razões mais citadas para omissão na enfermagem, o aumento

inesperado de demanda no serviço, dimensionamento de profissionais de enfermagem inadequado para a assistência e tarefas administrativas, ausência de materiais/equipamentos necessários, situações de urgência dos pacientes e medicamentos não disponíveis quando necessários. Da mesma maneira, Lima (2018) cita como significantes, entre as razões elencadas para omissão, o aumento inesperado no volume e/ou na gravidade dos pacientes da unidade e o número inadequado de pessoal para assistência ou tarefas administrativas.

A experiência do paciente começou a ganhar força nas pesquisas que avaliaram qualidade em saúde a partir da inclusão do conceito foco no paciente presente no “*Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*”, do *Institute of Medicine* (IOM, 2001).

O cuidado centrado no paciente ganha destaque a cada dia, sendo reconhecido como um dos pilares da qualidade na assistência em saúde, juntamente com a eficácia clínica e a segurança do paciente (IOM, 2001). Segundo Santos, Sardinha e Santos (2017), o cuidado centrado na pessoa pode impactar a adesão ao tratamento e, para Nascimento et al. (2015), também capacita o paciente para atuar como uma barreira para as falhas assistenciais na medida em que se envolve com o acompanhamento das prescrições e doses dos medicamentos, aumentando, assim, a segurança.

Estudo de revisão sistemática que avaliou a relação entre satisfação do paciente, segurança e efetividade clínica nos diversos níveis de atenção à saúde encontrou 55 estudos que utilizaram as mais diversas metodologias e chegaram à conclusão de que houve associação entre a experiência do paciente, a segurança e a efetividade clínica em 51 estudos e 4 estudos não identificaram associação, porém o trabalho não faz menção sobre qual metodologia para avaliar essas 3 variáveis mostrou-se mais completa. Esse trabalho de revisão também identificou que a satisfação do paciente se associava a uma maior adesão ao tratamento (DOYLE; LENNOX; BELL, 2013).

O presente trabalho não evidenciou associação entre a satisfação do paciente e a ocorrência de eventos adversos no SHE pesquisado. Tal resultado guarda semelhança em seus achados com estudo de Lyu et al. (2013), que buscou avaliar se existia associação entre maior satisfação do paciente e adesão às práticas de segurança em centro cirúrgico e evidenciou como resultado da pesquisa que a satisfação do paciente foi independente da adesão hospitalar aos processos cirúrgicos de atendimento de qualidade. Da mesma forma, Shirley e Sanders (2016) destacam que altos escores de satisfação não estão consistentemente correlacionados aos resultados de indicadores de segurança e sugerem que, para uma avaliação mais precisa da qualidade, deve-se incluir a avaliação de vários domínios.

Uma das explicações possíveis para a não associação entre a satisfação do paciente e a ocorrência de eventos adversos no SHE pesquisado é o fato de que os eventos adversos identificados em prontuário não chegaram ao conhecimento dos pacientes, uma vez que se caracterizaram por eventos adversos relacionados à omissão em sua maioria. Outro ponto a ser observado é que a satisfação do paciente recebe influência da interação profissional de saúde/paciente, momento em que vários fatores podem ser considerados importantes, pois comunicação, ambiência, acesso e cortesia podem impactar essa relação (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014; ACOSTA et al., 2016). Evidência também relatada por Zarei et al. (2015), ao definir que a relação entre melhor avaliação do paciente e melhor qualidade do serviço de saúde nem sempre é direta, uma vez que outros fatores, que não somente a qualidade da assistência, têm impacto sobre a avaliação que o paciente faz a respeito da assistência recebida no serviço.

Tendo em vista que no SHE, de maneira geral, existe uma fragmentação organizacional, mensurar a experiência do paciente por meio de pesquisa de satisfação pode ajudar a fornecer uma perspectiva mais ampla sobre o serviço e constitui-se como oportunidade de inclusão do cuidado centrado no paciente como ferramenta da gestão em busca de um cuidado de qualidade e seguro. Neste trabalho, buscou-se detalhar os itens que geraram ou não insatisfação para que, numa perspectiva de contribuição da pesquisa com o SHE avaliado, os dados coletados possam subsidiar ações gerenciais acerca dos itens que geraram insatisfação.

Ao se utilizar da técnica de entrevista para obtenção dos dados sobre satisfação, considerando o tema do estudo e o sistema público de saúde como cenário de investigação, os participantes poderiam sentir-se inibidos em emitir julgamento de insatisfação sobre o serviço de saúde, constituindo, assim, uma limitação do estudo. No entanto, os resultados obtidos demonstram que a pesquisa conseguiu ser sensível a essa limitação, uma vez que foi possível identificar fatores negativos presentes na avaliação realizada.

Outra limitação referente ao método utilizado no presente estudo foi o uso do prontuário para obtenção dos dados referentes aos eventos adversos, uma vez que, para detecção dos eventos adversos, era imprescindível que as informações estivessem ali contidas, tornando, assim, os dados referentes a essa temática dependentes de uma ação dos profissionais de saúde do SHE avaliado. Dessa forma, o número de eventos adversos a que os pacientes foram expostos pode ter sido muito maior. Entretanto, essa limitação foi equalizada pela avaliação dos eventos adversos pelos especialistas, o que permitiu inclusive identificar eventos adversos por omissão.

Tendo em vista que esta pesquisa obteve uma visão geral acerca das várias dimensões que compõem a qualidade no SHE pesquisado, assume papel de, com base em seus resultados, apresentar os pontos que necessitam de melhorias, o que poderá contribuir para um cuidado assistencial com melhores resultados clínicos na instituição.

Por ter permitido identificar eventos adversos relacionados ao Gerenciamento de Recursos Organizacionais, a pesquisa constitui-se amplo campo de atuação da gestão em busca da qualidade e do cuidado seguro, pois é auxílio para a compreensão dos fenômenos que contribuíram para a ocorrência de falhas assistenciais e aponta para a implementação de medidas que busquem a prevenção das mesmas.

7 CONCLUSÃO

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a satisfação do paciente com o serviço hospitalar de emergência de um hospital público e sua relação com a segurança do paciente. Nesse aspecto, a satisfação geral dos pacientes obteve escore médio de 7,0, o que demonstra que os pacientes relatam satisfação com o serviço avaliado.

Por meio das sete dimensões da qualidade presentes no instrumento utilizado, foi possível avaliar direito à informação, privacidade no atendimento, confidencialidade das informações, conforto, dignidade e cortesia, priorização na atenção ao usuário e percepção da qualidade da assistência pelo usuário.

As dimensões em que os pacientes indicaram satisfação foram: direito à informação (média 7,63), confidencialidade das informações (média 8,56), dignidade e cortesia (média 8,04), priorização na atenção ao usuário (média 7,55) e percepção da qualidade da assistência pelo usuário (média 7,23). As dimensões privacidade no atendimento (média 6,12) e conforto (média 5,46) foram as que os pacientes registraram insatisfação, sendo o pior escore atribuído à dimensão conforto.

Não foi identificada associação entre o perfil sociodemográfico dos pacientes e a satisfação geral dos mesmos com a assistência em saúde recebida na unidade.

Foi verificada a prevalência de eventos adversos de 33,8% dos prontuários pesquisados. Ao se analisar os eventos adversos identificados, houve predominância importante de eventos adversos categorizados como gerenciamento de recursos/organizacional (65,5%), tendo sido também identificados eventos adversos categorizados em processo clínico/procedimentos (13,8%), medicação/flúidos endovenosos (13,8%), documentação (3,4%) e infecção hospitalar (3,4%).

Os dados apresentados neste trabalho demonstram que a satisfação do paciente não está associada à ocorrência de eventos adversos, e apoiam a necessidade de novos trabalhos que busquem identificar a ocorrência de falhas nos serviços de emergência do país, já que são poucos os estudos que se debruçaram sobre esse tema, a fim de se propor melhorias para a qualidade assistencial.

Considerando a atualidade do tema cuidado centrado no paciente, como sugestão para melhoria, tem-se a necessidade de instituir um sistema de avaliação permanente da satisfação do paciente com o atendimento, visando, assim, atender às demandas para qualificação do serviço de emergência e em consonância com o QualiSUS e o HumanizaSUS.

Nesse contexto de melhoria da qualidade assistencial, surge como novo horizonte de pesquisa avaliar se os melhores desfechos clínicos dos pacientes atendidos nos serviços de emergência possuem associação com os índices de satisfação dos pacientes e a segurança do paciente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço hospitalar de emergência do SUS é identificado como porta de acesso para os serviços de saúde, atendendo, assim, não apenas as situações emergenciais, mas também situações que poderiam ser absorvidas pela atenção primária em saúde. Dessa forma, esses serviços têm sido caracterizados como locais em que estão presentes superlotação, sobrecarga de trabalho, *déficit* de profissionais, baixa resolutividade e deficiências no acesso.

Entretanto, faz-se necessário refletir o que podemos fazer para contribuir para a mudança, uma vez que todos somos usuários do SUS e, em algum momento, podemos ou algum de nossos familiares pode vir a necessitar de atendimento em um serviço de emergência.

Este estudo possibilitou a avaliação do SHE pesquisado sob a perspectiva do paciente, destacando, assim, seu papel central no serviço, o que possibilitou avaliar a qualidade da assistência em saúde prestada no local. Foi identificado que, entre as questões que compuseram o instrumento de pesquisa, as que mais contribuíram para uma maior satisfação dos pacientes são referentes à quantidade de cadeiras na sala de espera, à facilidade para entrar no hospital, à quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento, à quantidade de médicos para prestar o atendimento e à conservação dos móveis. Portanto, esses são os pontos passíveis de melhoria que, ao receber intervenções, poderiam contribuir para que, em uma próxima avaliação, as dimensões da qualidade em que o paciente mostrou insatisfação possam obter melhores resultados.

Trata-se aqui não de buscar uma “nota melhor”, mas, sim, de, compreendendo que a satisfação do paciente é um indicador de qualidade do serviço, identificar as lacunas e promover melhorias em busca de um cuidado assistencial que promova melhores resultados assistenciais.

Foram encontrados na unidade avanços em direção à implementação das políticas de qualificação da rede de urgência e emergência, e esses avanços foram manifestados pelos pacientes por estarem satisfeitos com as dimensões da qualidade: direito à informação, confidencialidade das informações, dignidade e cortesia, priorização na atenção ao usuário e percepção da qualidade da assistência pelo usuário.

É importante destacar que, ao realizar avaliações sobre satisfação dos pacientes, é necessário especificar detalhadamente os itens que geram ou não satisfação, para que, numa perspectiva de contribuição da pesquisa para com o SHE avaliado, os dados coletados possam subsidiar ações acerca dos itens que geraram insatisfação.

Nessa perspectiva avaliativa, a qualidade também traz consigo a necessidade de um cuidado assistencial seguro, e o estudo dos eventos adversos nesta pesquisa realizado possibilitou caracterizar as falhas ocorridas, trazendo, assim, direcionamento para despertar, a partir da divulgação em periódicos dos resultados encontrados, os gestores e os profissionais de saúde para a necessária e saudável discussão sobre as práticas assistenciais realizadas.

Conhecer a prevalência dos eventos adversos e sua caracterização permite a adoção de práticas mais seguras que visem à prevenção de novos incidentes, contribuindo, assim, para um cuidado seguro, o que, em última análise, beneficia o paciente, o profissional de saúde e a instituição de saúde.

Enquanto profissional de saúde, percebo que o meu envolvimento com a realização desta pesquisa, que abordou os temas satisfação do paciente e segurança do paciente, ampliou meu olhar sobre a importância do método científico para o desenvolvimento de melhorias nos serviços de saúde. Vejo renovada a disposição para aplicar na prática o conhecimento adquirido pelo estudo dos temas acima mencionados.

Além do desenvolvimento acadêmico pessoal, acredito na contribuição que o trabalho apresentado traz para o serviço, interligando, assim, o ensino, a pesquisa e a prática em saúde.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M. et al. Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência: uma revisão integrativa. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 20:e 938, 2016.
- AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. **Oman Med J: Oman Med J**, [s. L.], v. 1, n. 29, p. 03-07, jan. 2014.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 118-137, mar. 2017.
- ALCARAZ-MARTÍNEZ, J. et al. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias. **Rev. Calid, Asist.**, Espanha, v. 5, n. 31, p. 285-292, abr. 2016.
- ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R.; COSTA, A. F. **Aplicação do coeficiente alfa de cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho na saúde pública**. In: XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. São Carlos, SP, Brasil, 12-15 out. 2010.
- ANACLETO, T. A. et al. Medication errors and drug-dispensing systems in a hospital pharmacy. **Clinics**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 325-332, ago. 2005.
- ANGELA ROSSANEIS, M. et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-56, dez. 2011
- ARRUDA, N. L. O. et al. Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4445-4454, nov. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15019/24719>>. Acesso em: 23 jun. 2018.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Relações de "não cuidado" de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 116-123, mar. 2011.
- BAKER, G. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, p. 678-86, 2004.
- BAMPI, R. et al. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. **Reuol**, [s. L.], v. 02, n. 11, p. 584-591, fev. 2017.
- BARRY, M. J.; EDGMAN-LEVITAN, S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. **N Engl J Med**, Massachusetts, v. 9, n. 366, p. 780-781, mar. 2012.
- BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 797-806, dez. 2011.

_____. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, out. 2012.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 48, n. 8, p. 989-996, 1999.

BERWICK, D. M. et al. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. **Health Affairs**, Bethesda, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BIGHAM, B. L. et al. Patient Safety in Emergency Medical Services: A Systematic Review of the Literature. **Prehospital Emergency Care**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 20-35, jan. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/10903127.2011.621045>.

BISOGNANO, M. **Buscando o Triple Aim na Saúde**. São Paulo: Atheneu Editora, 2015.

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.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Rev. Rene**, [s. L.], v. 03, n. 12, p. 453-456, jul./set. 2011.

BRASIL. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência**. Brasília; 2009.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. Brasília, 08 jul. 2011. Seção I, p. 69, Col. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_20/>. Acesso em: 07 mar. 2016

_____. Portaria MS/GM nº 529, 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro, Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 84 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55483111/dou-secao-1-13-06-2013-pg-59/pdfView>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **PNASS. Programa nacional de avaliação de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 1-8, dez. 2003.

CAMARGO, C. A. et al. Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. **Ann Emerg Med**, v. 60, n. 5, p. 555-563, 2012.

CAMPELO, L. M.; SANTOS, E. M.; OLIVEIRA, P. T. R. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 34-49, mar. 2017.

CARPENTER, C. R.; ÉMOND, M. Pragmatic barriers to assessing post-emergency department vulnerability for poor outcomes in an ageing society: Pragmatic barriers to assessing post-emergency department vulnerability for poor outcomes in an ageing society. **The Netherlands Journal Of Medicine**, [s. L.], v. 8, n. 74, p. 327-329, out. 2016.

CAVALINI, L. T.; AHIADZRO, N. C. L. O.; COOK, T. W. A. Os registros eletrônicos em saúde e seus potenciais impactos no campo da saúde pública. **J. bras. telessaúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 168-176, dez. 2013.

CHARLES, V. **Segurança do paciente: orientações para evitar os eventos adversos.** Porto Alegre (RS): Yendis, 2010.

COMETTO, M. C. et al. **Enfermería y seguridad de los pacientes.** Whashington: OPS, 2011.

COSTA, N. N. et al. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. **Cogitare Enfermagem**, [s. L.], v. 5, n. 21, p. 01-10, 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método quantitativo, qualitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

DARRAGH, P. J. et al. A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge. **Journal Of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 33, n. 5, p. 750-758, 19 jan. 2018. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4290-9>.

DELANEY, M. et al. Inability of Physicians and Nurses to Predict Patient Satisfaction in the Emergency Department. **Western Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 7, p. 1088-1093, 17 dez. 2015. Western Journal of Emergency Medicine. <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2015.9.28177>.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michingan (USA): Health Administration Press; 1980.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **Bmj Open**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 01-18, 2013. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>.

ESPERIDIAO, M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 381-391, jun. 2016.

FRANÇOLIN, L. et al. Eventos adversos e ferramentas para melhoria da segurança assistencial de enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 74-79, jul./dez. 2010.

FREITAS, J. S. de. et al. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 454-460, jun. 2014.

GALLOTTI, R. M. D. **Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção**. 2003. 148 f. Tese (Doutorado em Emergências Clínicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GARFIELD, S. et al. The Role of Hospital Inpatients in Supporting Medication Safety: A Qualitative Study. **Plos One**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 1-17, 19 abr. 2016. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153721>.

GOMES, P. H. G. **O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos**. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

GONÇALVES, L. A. **Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2011. 163 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GONZÁLEZ ALONSO, J. A.; PAZMIÑO SANTACRUZ, M. Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. **Revista Publicando**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 62-77, jan. 2015.

GRABOIS, V.; BITTENCOURT, R. Superlotação dos serviços de emergência. In: SOUZA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. Cap.14.

GUTTMAN, A. et al. An emergency department–based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? **Academy of Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 11, n. 12, p. 1318-1327, out. 2004.

HASSALI, M. A. Assessment of general public satisfaction with public healthcare services in. **Australasian Medical Journal**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 35-44, 1 fev. 2014. Andrew John Publishing, Inc.. <http://dx.doi.org/10.4066/amj.2014.1936>.

HERNANDEZ-CRUZ, R. et al. Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2877, 2017.

HESSELINK, G. et al. Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. **Bmj Open**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 01-13, jan. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009837>.

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

INOUE, K. C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 420-425, ago. 2015 .

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21 st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010: Dados preliminares do universo**. [Internet], 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 maio 2017.

JALALI, S. et al. Evaluation of Patient satisfaction in Emergency Department of a tertiary care hospital in North India Journal of Applied Medical Sciences. **Scholars Journal Of Applied Medical Sciences (sjams)**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 3634-3639, out. 2016. Marwah Infotech. <http://dx.doi.org/10.21276/sjams>.

KENNEDY, C. What is person-centred care and can it be achieved in emergency departments? **Emergency Nurse**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 19-23, 12 maio 2017. RCN Publishing Ltd. <http://dx.doi.org/10.7748/en.2017.e1699>.

KOCHER, K. E. et al. Interventions to Safeguard System Effectiveness During Periods of Emergency Department Crowding. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 1, n. 18, p. 1313-1317, dez. 2011.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S.(Eds.). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): National Academy Press; 2000.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015.

LAM, S. et al. Intensive care unit family satisfaction survey. **Hong Kong Medical Journal**, [s.l.], p. 435-443, 11 set. 2015. Hong Kong Academy of Medicine Press. <http://dx.doi.org/10.12809/hkmj144385>.

LEVANDOVSKI, P. F. et al. Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. **Investigación y Educación En Enfermería**, [s.l.], v. 33, n. 3, p. 473-481, 15 out. 2015. Universidad de Antioquia. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a11>.

LEVINE, J. F. et al. Use of the triple Aim to improve population health. **N C Med J**, United States, v. 72, n. 3, p. 201-204, 2011.

LIMA, C. A. et al. Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 587-593, dez. 2015.

LIMA, J. C. **Omissão do cuidado de enfermagem em um hospital de ensino**. 2018. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Goiás, Goiânia, 2018.

LYU, H. et al. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. **Jama Surgery**, [s.l.], v. 148, n. 4, p. 362-367, 1 abr. 2013. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamasurg.270>.

MACEDO, G. P. O. S.; D'INNOCENZO, M. Satisfação da qualidade de atendimento em um Pronto-Socorro Infantil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 635-643, dez. 2017.

MACHADO, F. R. S.; BORGES, C. F. Análise do componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 19, n. 44, p. 360-389, jan. 2017.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013.

MARCOLINO, M. S. et al. Implementation of the Myocardial Infarction System of Care in City of Belo Horizonte, Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p. 307-314, 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130054>.

MARTINS, J. T. et al. Epidemiological and clinical profile of patients with acute coronary syndrome. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 379-385, fev. 2018.

MEIRELLES, M. O uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na Ciência Política: uma breve introdução. **Revista Pensamento Plural**, Pelotas, n. 15, p. 65-91, jan./jun. 2014.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: uma abordagem por triangulação dos métodos**. 2009. 287 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 66, n. 2, p. 161-166, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000200002>.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal For Quality In Health Care**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 279-284, 23 jun. 2009. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.

MESSINA, G. et al. Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. **Global Journal Of Health Science**, [s.l.], v. 7, n. 4, p. 30-39, 17 dez. 2014. Canadian Center of Science and Education. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p30>.

MOLLAOĞLU, M.; ÇELIK, P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 25, n. 19-20, p. 2778-2785, 6 jun. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13272>.

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. 112-20, mar. 2013.

MOURA, M. L. O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, set. 2012.

NASCIMENTO, E. R. P. do. et al. Environment of a hospital emergency unit for the elderly care: perception of nursing professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150046>.

NATIONAL ADVISORY GROUP ON THE SAFETY OF PATIENTS IN ENGLAND. **A promise to learn – a commitment to act**. London: Department of Health, 2013. (Berwick Report) Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2018.

NEWMAN-TOKER, D.; MCDONALD, K. M.; MELTZER, D. O. How much diagnostic safety can we afford, and how should we decide? A health economics perspective. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 11-20, 18 set. 2013. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001616>

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de.; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, dez. 2009.

OLIVEIRA, A. M. L. **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

PAIVA, M. C. M. S. de. et al. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 134-138, mar. 2010.

PARANAGUÁ, T. T. B. **Análise dos incidentes ocorridos na Clínica Cirúrgica de um hospital universitário da Região Centro-Oeste**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Goiás; Goiânia, 2012.

PARANAGUA, T. T. B. et al. Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 13, n. 34, p. 206-218, abr. 2014.

PARASURAMAN, A. et al. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12-37, 1988.

PAVAO, A. L. B. et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 651-661, dez. 2011.

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

PEPPER, G. Pesquisas em segurança na Administração de Medicamentos. In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. (Orgs.). **A segurança de pacientes na utilização da medicação**. São Paulo (SP): Artes Médicas, 2004. p. 93-109.

PERDIGÃO, P.; OLIVEIRA, R. P.; RAMOS, S. Erros relacionados aos medicamentos. In SOUZA, P.; MENDES, W. (Orgs.). **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. Cap.8.

PEREIRA, A. V. L. **Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande/PB**. 2013. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

PEREIRA, M. G. **Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

_____. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PESTANA, M. H.; GAGEIJO, J. N. **Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementariedade do SPSS**. 6. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, condicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n. 6, p. 1-10, 2010.

REASON, J. **Human error**. Cambridge (MA): Cambridge University Press; 2001. 301 p.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado-um olhar sobre a literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

REIS, R. P. **Guia Prático de Medicina em Urgência: Do Diagnóstico à Terapêutica**. 1. ed. Lisboa: VERLAG DASHOFER, 2010. p. 167-173.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa e abordagem sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Cien. Saude Colet.** [periódico na internet], maio 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/agenda-para-a-pesquisa-e-abordagem-sobre-o-cuidado-centrado-no-paciente-no-brasil/16796?id=16796>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

ROONEY, K. D.; SCHILLING, U. M. Point-of-care testing in the overcrowded emergency department – can it make a difference? **Critical Care**, [s.l.], v. 18, n. 6, p. 1-7, dez. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-014-0692-9>.

ROULET, L.; ASSERAY, N.; BALLEREAU, F. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [s.l.], v. 36, n. 3, p. 471-475, 13 abr. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-014-9934-9>.

ROZENFELD, S.; GIORDANI, F.; COELHO, S. Eventos adversos a medicamentos em hospital terciário: estudo piloto com rastreadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2013.

RUBIM, M. M. et al. Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 2231-2237, abr. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23380>>. Acesso em: 22 jun. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23380p2231-2237-2017>.

SADLER, B.; STEWART, K. Leading in a Crisis. The Power of Transparency. **The Health Foundation**, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/health/files/LeadingInACrisisThePowerOfTransparency.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, jan. 2013.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011.

SANTOS, M. A. dos.; SARDINHA, A. H. L.; SANTOS, L. N. dos. User satisfaction with the care of nurses. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e57506, 2017.

SCHMIDT, S. M. S. et al. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 305-317, jun. 2014.

SCOLARI, G. A. S.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Scientific production on elderly in emergency care units. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 520-530, fev. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23152>>. Acesso em: 17 jun. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23152p520-530-2018>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2018. Disponível em: <http://novosaude.df.gov.br/noticias/item/2714-hrg-completa-46-anos-com-m%C3%A9dia-de-mil-consultas-por-dia-na-emerg%C3%A2ncia.html>. Acesso em: 04 maio 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/Dados%20Estatisticos/Relatorio_dos_Serv_Hosp_e_Consultas_2014.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

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

SHIRLEY, E. D.; SANDERS, J. O. Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores: Measuring Quality of Care with Patient Satisfaction Scores. **J Bone Joint Surg Am**, [s. l.], v. 19, n. 98, p. 01-05, out. 2016.

SILVA-FHON, J. et al. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. **Enfermería Universitaria**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 80-87, abr. 2015. Universidad Nacional Autónoma de México. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>.

SILVA JUNIOR, G. B.; DIAS, E. R. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **R. Dir. Sanit.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 13-29, jul./out. 2016.

SILVA, P. L. et al. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016.

SILVA, R. C. C. da; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 1, p. 134-141, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004734>.

SIQUEIRA, L. D. C. **Validação do MISSCARE-BRASIL** – Instrumento para avaliar a omissão de cuidados de enfermagem. 2016. 216 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SOMMELLA, L. et al. The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two-stage method in a retrospective cohort study. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-8, 27 ago. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-358>

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010.

STANG, A. S. et al. Adverse Events Related to Emergency Department Care: A Systematic Review. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 9, p. e74214, 12 set. 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074214>

_____. Crowding Measures Associated With the Quality of Emergency Department Care: A Systematic Review. **Academic Emergency Medicine**, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 643-656, 20 maio 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/acem.12682>.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIGNOCHI, L.; GONCALO, C. R.; ROJAS LEZANA, Á. G. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 496-509, out. 2014.

WALTON, M. M. et al. Patients' reports of adverse events: a data linkage study of Australian adults aged 45 years and over. **Bmj Quality & Safety**, [s.l.], v. 26, n. 9, p. 743-750, 29 mar. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006339>

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World alliance for patient safety. Forward program 2006-2007 [Internet]. Genève; 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. World alliance for patient safety. Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety. [Internet]. Genève; 2009. (Final Technical Report). Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2017.

ZAREI, E. et al. An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospitals, Iran. **Global Journal Of Health Science**, [s. L.], v. 1, n. 07, p. 01-09, jan. 2015.

ZHANG, E. et al. Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. **The American Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 3, p. 479-483, mar. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.11.062>

ZHAO, J. et al. Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. **International Journal Of Nursing Sciences**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 398-402, dez. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.009>.

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: **Relação entre a satisfação e a segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência: percepção do paciente**. Projeto de pesquisa de responsabilidade da pesquisadora Mayane Santana de Oliveira Lopes.

O nosso objetivo é analisar a relação entre a ocorrência de eventos adversos e a satisfação de adultos atendidos em um serviço hospitalar de emergência público.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Caso aceite participar desta pesquisa, estará contribuindo com dados para tomada de decisão dos gestores locais em busca da segurança do paciente e da qualidade assistencial. O risco de participar é sentir-se desconfortável ou inibido em emitir parecer referente ao atendimento que vem recebendo e será minimizado pela preservação da sua identidade e esclarecimento de possíveis dúvidas que o senhor (a) vier a apresentar.

A participação do (a) senhor (a) será através de uma entrevista com a pesquisadora responsável, com o uso de um questionário que, caso aceite participar desta pesquisa, será respondido no setor de EMERGÊNCIA do HRG na data combinada, com um tempo estimado de 15 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de Emergência do HRG, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Mayane Santana de Oliveira Lopes, na instituição Hospital Regional do Gama, telefone: (61) 3385-0911, no horário de: 13:00 às 18:00, ou entre em contato por meio do *e-mail*: mayaneenf@yahoo.com.br

Esclarecemos que a participação do (a) senhor (a) nesta pesquisa não irá gerar despesas pessoais para si, nem compensação financeira, uma vez que a participação é voluntária.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, sob número **70024717.0.0000.5553**. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos dos participantes da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Nome / assinatura do participante

Pesquisador Responsável/ Mayane Santana de Oliveira Lopes

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – Avaliação da satisfação dos usuários pacientes da emergência

Instrumento nº _____

Data da coleta ___/___/___ Entrevistador: _____

CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

Nº SES _____ Data da admissão: ___/___/___ Data de nascimento: ___/___/___

Sexo (1) Masculino (2) Feminino

Estado Civil: (1) Casado (2) Viúvo (3) União consensual (4) Solteiro (5) Separado

Em que cidade você mora? (1) Gama (2) Santa Maria (3) Outros no DF (4) Goiás (5) Minas (6) Outros no Brasil

Qual sua escolaridade? (1) Sem escolaridade (2) Ensino médio (3) Ensino fundamental (4) Ensino superior

Qual a sua principal ocupação? (1) Autônomo (2) Aposentado (3) Estudante (4) Empregador (5) Dona de Casa
(6) Militar (7) Não remunerado (8) Desempregado (9) Estatutário (10) CLT
(11) Empregado sem vínculo (12) Outros

Renda familiar em salários mínimos: (1) até 1 salário mínimo (2) de 1 a 2 salários mínimos (3) de 2 a 5 salários mínimos (4) de 5 a 10 salários mínimos (5) De 10 a 30 salários mínimos (6) Acima de 30 salários mínimos.

Quantas pessoas moram na mesma casa? _____

Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Negra (4) Amarela (5) Índio

Você tem alguma religião? (1) Católico (2) Protestante (3) Espírita (4) Nenhuma (5) Outra

Como chegou a este hospital? (1) Carro (2) Ônibus/VAN (3) A pé (4) Moto (5) Táxi ou Uber
(6) Ambulância (7) SAMU

Alguém veio lhe acompanhando? (1) SIM (2) NÃO

Se Sim, QUEM?: (1) Vizinho (2) Parente (3) Amigo (4) Outro

Você veio com algum encaminhamento? (1) SIM (2) Não

Se sim, DE ONDE? (1) Ambulatório (2) Hospital (3) SAMU (4) Serviço de Pronto Atendimento
(5) Unidade Básica de Saúde

Qual foi a queixa ou problema de saúde que fez você vir para o hospital? _____

Número de internações anteriores: _____

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre o atendimento que o Sr. (a) recebeu aqui no hospital. Gostaria que o Sr. (a) desse uma nota de 0 a 10 de acordo com a sua avaliação. As perguntas que serão feitas agora se referem ao atendimento na recepção/acolhimento.

I - AVALIAÇÃO DA RECEPÇÃO/ACOLHIMENTO

QUESTÕES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Em relação à gentileza dos funcionários na recepção. Dê uma nota de 0 a 10. 2.											
2. Em relação à facilidade de entrar no hospital. Dê uma nota de 0 a 10											
3. Em relação à disponibilidade dos profissionais para dar orientações que precisou. Dê uma nota de 0 a 10.											
4. Em relação ao conforto das cadeiras na sala de espera. Dê uma nota de 0 a 10											
5. Em relação quantidade das cadeiras na sala de espera. Dê uma nota de 0 a 10											
6. Em relação a limpeza da sala de espera. Dê uma nota de 0 a 10											
7. Em relação à ventilação na sala de espera. Dê uma nota de 0 a 10											
8. Em relação ao tempo de espera para ser atendido. Dê uma nota de 0 a 10											

As perguntas que serão feitas agora estão relacionadas ao atendimento realizado pelo médico e pela equipe de enfermagem do plantão de hoje na emergência (observação e consultórios).

II – AVALIAÇÃO DA EMERGÊNCIA

QUESTÕES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Em relação à disponibilidade dos profissionais da Emergência para lhe atender. Dê uma nota de 0 a 10											
10. Em relação à gentileza dos profissionais da Emergência. Dê uma nota de 0 a 10											
11. Em relação à paciência da equipe de enfermagem para escutar com atenção seus problemas de saúde. Dê uma nota de 0 a 10.											
12. Em relação à sua confiança na equipe de enfermagem para contar seus problemas de saúde. Dê uma nota de 0 a 10.											
13. Em relação aos cuidados de enfermagem na administração dos seus medicamentos. Dê uma nota de 0 a 10											
14. Em relação à quantidade de profissionais da equipe de enfermagem para prestar o atendimento. De uma nota de 0 a 10											
15. Em relação aos cuidados de enfermagem com a sua higienização/banho. Dê uma nota de 0 a 10.											
16. Em relação aos cuidados de enfermagem com a administração da alimentação (dieta), quando necessário. Dê uma nota de 0 a 10.											
17. Em relação à presença de chefe da equipe de enfermagem na orientação das condutas a serem tomadas pelos auxiliares de enfermagem durante o seu tratamento. Dê uma nota de 0 a 10.											
18. Em relação à paciência do médico para escutar com atenção seu problema de saúde. Dê uma nota de 0 a 10.											
19. Em relação à confiança no médico para contar seu problema de saúde. Dê uma nota de 0 a 10.											
20. Em relação ao cuidado e detalhamento do médico ao lhe examinar. Dê uma nota de 0 a 10.											
21. Em relação às informações repassadas pelo médico sobre seu problema de saúde e o tratamento. Dê uma nota de 0 a 10.											
22. Em relação à quantidade de médicos para prestar o atendimento. Dê uma nota de 0 a 10.											
23. Em relação à privacidade no seu atendimento. Dê uma nota de 0 a 10. (Exposição sua a outros pacientes).											
24. Em relação à permissão da presença de acompanhante. Dê uma nota de 0 a 10											
25. Em relação ao tempo de espera para realização dos exames de laboratório (sangue e urina). Dê uma nota de 0 a 10.											
26. Em relação ao tempo de espera para realização de exames de imagem (RX, tomografia, ultrassonografia ou endoscopia). Dê uma nota de 0 a 10.											
27. Em relação à conservação dos móveis. Dê uma nota de 0 a 10											
28. Em relação à limpeza da maca. Dê uma nota de 0 a 10											
29. Em relação à existência de colchonete na maca. Dê uma nota de 0 a 10											
30. Em relação à temperatura. Dê uma nota de 0 a 10											
31. Em relação à limpeza do ambiente. Dê uma nota de 0 a 10											
32. Em relação à frequência da troca de lençóis. Dê uma nota de 0 a 10											
33. Em relação à refeição servida pelo hospital. Dê uma nota de 0 a 10											
34. Em relação ao ruído. Dê uma nota de 0 a 10											
35. Em relação à iluminação. Dê uma nota de 0 a 10											

As perguntas que serão feitas agora estão relacionadas a uma avaliação mais geral do hospital.

AVALIAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

QUESTÕES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Em relação à possibilidade de fazer reclamações dentro do hospital e ser ouvido. Dê uma nota de 0 a 10											
37. Em relação à facilidade de achar os setores que você precisou no hospital, quando precisou. Dê uma nota de 0 a 10.											
38. Em relação ao atendimento recebido no hospital, de forma geral. Dê uma nota de 0 a 10											

Nessas últimas 24 horas em que você esteve em observação aqui no serviço de emergência, aconteceu alguma intercorrência durante o cuidado que você recebeu? () Sim () Não

Se sim, por favor, relate:

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre a satisfação e a segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência: percepção do paciente

Pesquisador: Mayane Santana de Oliveira Lopes **Área Temática:** **Versão:** 1
CAAE: 70024717.0.0000.5553

Instituição Proponente: HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

2.138.131

Apresentação do Projeto:

No ano de 2014, o componente fixo da rede de urgências e emergências do Distrito Federal (DF) atendeu 2.935.373 usuários, sendo a região Sul de saúde, formada por Gama e Santa Maria, responsável pelo atendimento de 353.450 usuários (12% do total). No DF, o atendimento público de urgência e emergência é realizado por meio do serviço hospitalar de emergência (SHE), que reúne: um hospital de referência (Hospital de Base), doze hospitais regionais e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA). (Secretaria de Estado de Saúde, 2016). Segundo o Ministério da Saúde (2013) o Serviço Hospitalar de Emergência deve oferecer atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental. Necessita, ainda, dispor de leitos de observação que são leitos utilizados durante um período inferior a 24 horas. (BRASIL, 1980). Para Baggio et al. (2011), o SHE deve possuir estrutura adequada de atendimento, com equipe multiprofissional, recursos técnicos mínimos e funcionamento contínuo, permitindo todas as manobras de manutenção da vida. É o local destinado ao atendimento de situações de risco de vida, no entanto também é utilizado por usuários com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgência-emergência o que implica superlotação e sobrecarga de trabalho para os profissionais. (SANTOS; LIMA, 2011). Segundo Mendes et al. (2013), as condições insatisfatórias no ambiente de trabalho afetam diretamente a qualidade da assistência. Nas últimas décadas do século 21, tem crescido a realização de estudos que avaliam a qualidade dos serviços hospitalares. (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). Segundo Bellucci Júnior et al. (2011), espera-se que a qualidade de atendimento em um SHE seja um dos pontos mais críticos dentro de um hospital, pois nesse ambiente encontram-se falta de hierarquia para atendimento fluxo interno desordenado e alta demanda de usuários. Ao se resumir os conceitos de Donabedian sobre qualidade de atenção à saúde, tem-se que esta contempla a tríade estrutura, processo e resultado (SILVA et al., 2014; DONABEDIAN, 1980). A estrutura corresponde aos recursos físicos, humanos e equipamentos; o processo é a execução de ações utilizando padrões e protocolos; o resultado corresponde a efetividade do cuidado em saúde e satisfação do usuário. (LOBÃO; MENEZES, 2012). A qualidade da assistência em saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos usuários, sendo estes objetos centrais das estratégias em busca de qualidade, deve ainda avaliar as atitudes dos profissionais de saúde e os resultados com o tratamento recebido. (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012). Para Fhon et al. (2015), a satisfação do usuário com o serviço é influenciada pelo estado emocional deste e pelas informações recebidas dos profissionais de saúde, o que corrobora os achados de ACOSTA et al. (2016) que conclui, em seu estudo de revisão integrativa sobre satisfação dos usuários

em serviços de emergência, que demonstrar simpatia, cortesia e respeito, medidas de conforto e compartilhamento de informações sobre o atendimento contribuem para a satisfação dos usuários, contudo, a falta de orientação, elevado tempo de espera e pouca atenção dos profissionais aos usuários influencia negativamente a satisfação dos mesmos. Ainda sobre essa temática, estudo transversal de Messina et al. (2015) identificou, após análise com uso de softwares estatístico, que duas características influenciam a satisfação geral do usuário: receber informação contínua dos profissionais a respeito dos tempos para atendimento; e tempo de espera para o exame. Tal definição encontra amparo em estudo de Lima et al. (2015) o qual, ao analisar a satisfação dos usuários em uma emergência pública, observou maior porcentagem de insatisfação, sendo esta relacionada ao longo tempo de espera para atendimento e serviço de limpeza e conforto do ambiente deficientes. Observa-se ainda que, nos serviços de emergência, a transferência de usuários para “leitos” nos corredores e não para leitos de internação geram grande insatisfação dos usuários e seus familiares. (GRABOIS; BITTENCOURT; 2014). No cenário atual, o Institute of Medicine (2001), a respeito do tema qualidade em assistência à saúde, define que qualidade é a capacidade das instituições prestadoras de serviços de saúde aumentarem a probabilidade de resultados desejados, tornando necessário que a assistência em saúde seja uma assistência segura. Ao se avaliar qualidade dos cuidados em saúde em um SHE, observa-se que quando ocorre superlotação deste setor há um maior número de abordagens clínicas inadequadas, o que impacta o aumento da insegurança do paciente. A superlotação das emergências tem associação com ocorrência de eventos adversos e as evidências frequentemente presentes são: atraso no início da antibioticoterapia, analgesia inadequada, comunicação ineficaz entre os membros da equipe, maiores taxas de complicações cardiovasculares, falhas na administração de medicamentos. (GRABOIS; BITTENCOURT, 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre a ocorrência de eventos adversos e a satisfação de adultos atendidos em um serviço hospitalar de emergência público, componente da rede de urgências e emergências do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Avaliar a satisfação do usuário quanto à estrutura e ao processo de atendimento em um Serviço Hospitalar de Emergência; Identificar a ocorrência de eventos adversos durante a assistência no Serviço Hospitalar de Emergência em estudo; Relacionar o perfil sócio-demográfico dos usuários com a pontuação de satisfação presente na unidade pesquisada; Correlacionar a pontuação de satisfação com a exposição do paciente ao evento adverso na unidade de emergência analisada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da participação dos usuários nesta pesquisa são mínimos, no entanto considera-se a possibilidade de que o participante sinta-se desconfortável ou inibido em emitir parecer referente ao atendimento que vem recebendo na unidade pesquisada. Este risco será minimizado pela preservação da identidade do paciente e esclarecimento de possíveis dúvidas que o mesmo vier a apresentar. A coleta de dados realizada em prontuário eletrônico não trará riscos aos participantes da pesquisa.

Benefícios:

Os resultados encontrados na pesquisa poderão ser utilizados pela gestão local como base para tomada de decisão em busca da melhoria da segurança do paciente e da qualidade assistencial. A identificação de EA permite aos gerentes dos serviços de saúde identificarem as falhas nos processos de trabalho e, a partir daí, identificar gargalos assistenciais que demandem intervenção. Entre outros benefícios, espera-se que os gestores tomem conhecimento da importância da avaliação da satisfação dos usuários em serviço hospitalar de emergência, reconhecendo-os como medidas de avaliação da

qualidade da assistência ofertada e úteis a sua prática diária. Pretende-se ainda que a divulgação dos resultados desta pesquisa estimule a cultura de avaliação da satisfação do usuário nos demais serviços hospitalares de emergências que compõe a rede de urgências e emergências do Distrito Federal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo, do tipo transversal, prospectivo a ser realizado no SHE clínico do Hospital Regional do Gama (HRG), serviço este componente da rede de urgência e emergência (RUE) do DF. Para o alcance dos objetivos, serão utilizadas duas formas para obtenção dos dados: a investigação do prontuário eletrônico para o rastreamento dos eventos adversos e a entrevista com usuários para levantar a percepção sobre a satisfação com o serviço. O instrumento intitulado “AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS PACIENTES DA EMERGÊNCIA”, desenvolvido por Mendes (2009) exclusivamente para uso em serviços de urgência e emergência foi adaptado e será utilizado na primeira etapa de coleta de dados. Para avaliação do prontuário em busca do registro de ocorrência de evento adverso será utilizado formulário construído pela pesquisadora. Os usuários que inicialmente aceitarem participar da pesquisa, a qualquer momento poderão interromper sua participação. O projeto de pesquisa será encaminhado para apreciação e aprovação da Direção do HRG e Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FEPECS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância do diretor do HRG, Curriculum vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e TCLE.

Página 04 de

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado, atende as normas da CNS/MS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_936795.pdf	07/06/2017 23:12:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.doc	07/06/2017 23:08:48	Mayane Santana de Oliveira Lopes	Aceito
Outros	TermoDeConcordancia.pdf	07/06/2017 23:06:48	Mayane Santana de Oliveira Lopes	Aceito
Outros	CURRICULO.docx	07/06/2017 23:03:22	Mayane Santana de Oliveira Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/06/2017 23:02:03	Mayane Santana de Oliveira Lopes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	07/06/2017 23:01:30	Mayane Santana de Oliveira Lopes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 26 de Junho de 2017

**Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)**

Página 05 de