

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SUZANA RODRIGUES MARTEL**

**A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
MACAPÁ PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E  
EMERGÊNCIAS: A VISÃO DO USUÁRIO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**SUZANA RODRIGUES MARTEL**

**A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
MACAPÁ PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E  
EMERGÊNCIAS: A VISÃO DO USUÁRIO**

Projeto apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Ms. Quenia Crisitna  
Gonçalves da Silva**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: A VISÃO DO USUÁRIO** de autoria da aluna SUZANA RODRIGUES MARTEL foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Ms. Quenia Crisitna Gonçalves da Silva**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família e amigos pelo apoio e empenho durante a sua construção.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, que jamais me abandona.

Minha querida mãe que nos momentos difíceis, nunca deixou de acreditar em minha capacidade.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Local de estudo.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 População de estudo.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2.1 Critérios de inclusão.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2.2 Critérios de exclusão.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Análise de dados.....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Considerações éticas.....</b>	<b>16</b>
<b>3.6 Plano de divulgação dos resultados.....</b>	<b>17</b>
<b>3.7 Cronograma de atividades.....</b>	<b>17</b>
<b>4 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICE I .....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>25</b>

## RESUMO

A cultura da população no que se refere ao conhecimento sobre o processo doença é sofrível. As buscas de recursos imediatista, associados ao comodismo tornam os prontos atendimentos uma sucursal de sofrimento, tanto para quem procura quanto para quem atende. Objetivou-se analisar a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência de saúde na otimização do atendimento de urgência e emergência na cidade de Macapá. Trata-se de uma pesquisa tipo pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem quantiqualitativa. Será utilizada a tecnologia interpretativas de situações de clientes. Espera-se que uma pesquisa sobre a avaliação e a qualidade da atenção primária à saúde pode oferecer indícios sobre os benefícios ou dificuldades dos serviços de saúde em atingir as expectativas e necessidades dos usuários, constituindo-se como um importante instrument para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários, independente do nível de atenção. A visão do usuário sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que ele utiliza para definir a qualidade do serviço. Também é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde, assim poderemos obter indícios sobre o que ele deseja para sua saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A atual situação dos serviços de saúde prestada à população amapaense é um reflexo da imposição de um sistema de atendimento unilateral. O sistema é pensado, planejado, orçado e executado sem a participação daqueles que serão os beneficiários. Estes por sua vez, por não entender o seu papel no controle social do sistema de saúde ou até mesmo por insuficiente estímulo a participar das decisões, acabam por receber um serviço aquém do esperado. Dessa forma, reclamam, porém, não sabem que podem e devem ser mais participativo.

A relação entre resolutividade e satisfação do usuário é uma importante ferramenta para avaliar a qualidade e o desempenho da atenção à saúde, pois possibilita analisar os resultados do trabalho desenvolvido, contribuindo para reorganização dos serviços de saúde (ROSA; PELEGRINI; CESAR, 2011).

Algumas dificuldades são relatadas pelos usuários: dificuldade no acesso a exames, demora por atendimento na unidade e na consulta com especialistas, falta de medicamentos na farmácia, descontentamento com a forma de agendamento na unidade, insatisfação com a acolhida na recepção (SOUZA et al., 2008).

A resolutividade dos serviços de saúde é uma maneira de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. Pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado; o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

A melhor forma de colher informações a respeito da obtenção da atenção de primeiro contato é perguntar aos próprios usuários e analisar dados das consultas realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e Hospital de Emergência de Macapá para determinar quando e pelos quais motivos que eles procuram o serviço de urgência e emergência.

Para melhoria das condições de saúde e integração das ações de saúde, atualmente as políticas de saúde no Amapá vem avançando através do processo de descentralização da gestão e nas representações, a partir de pacto de solidariedade entre usuários, trabalhadores da saúde, entre



Estado e a sociedade civil organizada, desta forma ampliando alianças para uma nova compreensão do exercício da cidadania.

O acesso à atenção ao cuidado à saúde é importante na redução da morbidade e mortalidade, mas isso não significa que a procura por este serviço deva ser primeiramente na urgência e emergência. O uso dos profissionais da atenção primária e/ou especialista no momento certo, leva à uma atenção mais apropriada com melhores resultados e custos totais mais baixos. A atenção à saúde e as políticas públicas de saúde tornam-se objeto privilegiados de pesquisa devendo ser contempladas na agenda das políticas de atendimento. Um passo preliminar é identificar necessidade e problemas do Estado de saúde da população e do sistema de serviços de saúde apresentado a esta população (cuidado, práticas, serviços, instituições, sistema e políticas de saúde).

Esses problemas devem ser descritos e explicados na análise da situação de saúde dos planos nacional, estaduais e municipais. É a estratégia para sua resolução. Para a intervenção, além da mobilização de recursos e vontade para a sua superação, cabe selecionar tecnologias efetivas e aceitáveis, fundamentadas em evidências científicas.

O crescente enfoque sobre as “portas de entrada” deveria ser acompanhado por uma estratégia para obter informações referentes à natureza e extensão dos encaminhamentos, o desenvolvimento de melhores critérios para encaminhamento e o papel adequado dos subespecialistas na atenção aos pacientes.

Desta forma, esperamos reacender as discussões sobre esse assunto que é de grande interesse social, com o intuito de favorecer ao desenvolvimento de ações e planejamento mais participativos.

Este estudo permitirá reconhecer as dificuldades sentidas pelos usuários no atendimento em serviços de emergência, já amplamente descritas na literatura, por isso torna-se fundamental conhecer e descrever o perfil de usuários atendidos nestes serviços de saúde.

Objetivou-se analisar a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência de saúde na otimização do atendimento de urgência e emergência na cidade de Macapá.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No estudo de Marques e Lima (2007), sobre demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde, foi observado que as queixas dos usuários vinham moldadas de acordo com as possibilidades por eles apreendidas nas relações sociais, o que significava que as suas necessidades também eram construídas social e historicamente. O usuário buscava o pronto atendimento para resolução de necessidades agudas ou não que no momento lhes traziam dificuldades e desconforto, dessa forma, muitas vezes, as necessidades eram simples e não precisaria de atendimento naquele tipo de serviço.

A percepção do usuário da necessidade de utilizar o serviço de saúde está diretamente relacionada a uma auto-avaliação que ele faz de si próprio sobre o seu estado de saúde. Portanto, o que percebe-se é que a escolha baseia-se de acordo com a percepção do que é simples ou grave, o que resulta em uma procura espontânea de acordo com o que acreditam que melhor corresponderá às suas necessidades. Desse modo, essa escolha nem sempre obedecerá às normatizações do serviço de saúde o que gerará um conflito no atendimento (MARQUES, 2010).

O uso inadequado do serviço de urgência e emergência faz com que esta modalidade de serviço realize atividades da atenção básica e especializada, o que não proporciona a continuidade assistencial necessária e aumento dos custos da assistência (pois é mais cara no hospital do que nos demais níveis de atenção, o que pode resultar em prejuízo à qualidade dos cuidados dispensados aos casos mais graves). Também gera a superlotação e utilização indevida dos serviços de urgência e emergência, o que é uma preocupação constante dos gestores e das políticas públicas de saúde (MARQUES, 2010).

A grande demanda nos serviços de emergência, motivada pela busca de resolução imediata dos problemas de saúde, alguns dos quais poderiam ser resolvidos na rede de Atenção Básica, resulta em superlotação e filas intermináveis, o que compromete a qualidade do atendimento aos usuários, que atribuem o problema a carência de profissionais (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Os usuários utilizam os serviços de urgências e emergências em demasia, mesmo naquelas situações em que não haja uma justificativa clara, o que torna fundamental conhecer e descrever o perfil de usuários atendidos nos diferentes serviços de saúde.

Devido à qualidade no atendimento, maior concentração de tecnologia e agilidade ofertadas nos serviços de urgência e emergência, principalmente nas situações agudas, faz com que os usuários utilizem critérios próprios para definirem urgência e assim procura atendimentos (demanda espontânea) em locais que concentrem maior possibilidade de acesso e resolutividade, no caso os serviços de urgências e emergências, e aumentam consideravelmente a demanda neste tipo de modalidade de atendimento, muitas sem necessidade. Desta forma, tem-se que a escolha deste serviço não é apenas uma questão imposta pela organização, mas sim de oportunidade, preferência e conveniência (MARQUES, 2010).

De acordo com Andrade et al. (2009), é necessário ocorrer mudanças na lógica de atendimento dos serviços de saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada são cada vez mais necessárias, especialmente nos serviços de urgência e emergência, nos quais as especificidades induzem os profissionais a se posicionar de maneira impessoal, com dificuldade de atuação de forma humanizada, em virtude de deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, alta demanda de atendimento, fragmentação do cuidado e ausência de filosofia de trabalho voltada para a humanização da assistência a saúde. Essa é uma tendência atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade em que usuários dos serviços de saúde queixam-se da qualidade do atendimento e, inclusive, de maus tratos.

Portanto, para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde e necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas. O acolhimento ultrapassa a perspectiva de acesso ao serviço de saúde; é mais que uma ação de porta de entrada e recepção do usuário, é um processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais para identificar necessidades de saúde derivadas de processos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais. E a responsabilização interessada e ativa pela condição de saúde do usuário que resulta em adequação do serviço de saúde ao perfil da população atendida (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Em 2004, a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco, como dispositivo de mudança, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, em especial nos serviços de urgência. A classificação de risco é processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o

grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não por ordem de chegada no serviço (BRASIL, 2004).

Através do acolhimento, temos condições de conhecer os usuários e sua percepção pelo serviço de saúde. Como por exemplo, em um estudo, os usuários atendidos no acolhimento referiram que a qualidade do atendimento nos serviços públicos de saúde foi sempre considerada inferior a dos serviços particulares. Os pacientes argumentavam que, por sua condição financeira, tinham como possibilidade de atendimento apenas os hospitais públicos, onde eram submetidos a uma assistência desumana, carente de respeito e atenção pelos profissionais. Percebeu-se nas falas dos usuários um sentimento de autodepreciação por sua condição socioeconômica (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

Observa-se esforço dos gestores em promover a aproximação dos servidores do sistema de saúde com os usuários. Há cursos de humanização, capacitação e atividades multidisciplinares. É pouco, sendo preciso também aproximar os profissionais entre si, valorizá-los desenvolvendo políticas e programas que visem à qualidade de vida e saúde dos servidores. A prática evita as rotatividades dos funcionários, tornando seus projetos mais sólidos e seguros, aumentando a produtividade individual e coletiva, criando uma imagem positiva daquele setor junto à comunidade. Desta forma, a organização municipal estaria investindo em si mesma.

A comunidade também deve ser orientada de modo que ela obtenha mais tempo de escolaridade, seja mais participativa nos processos decisórios, faça valer sua força político-eleitoral. Reforçar estudos sobre a distribuição espacial de problemas de saúde. Testar modelos de atenção a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas, da vigilância da saúde e das cidades saudáveis contemplando determinantes estruturais sócio-ambientais, riscos e danos. Apoiar investigações sobre políticas, instituições e práticas de saúde, enfatizando a dimensão qualidade e a articulação entre epidemiologia e planejamento.

### **3 MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa tipo pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem quantitativa. Será utilizada a tecnologia interpretativas de situações de clientes.

Segundo Polit e Beck (2011), o estudo de natureza descritiva é muito utilizado para que se obtenham informações quanto à prevalência, distribuição e inter-relações de variáveis de uma população, com base nos fatos observados e descritos como ocorrem na natureza, com intuito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

A tecnologia interpretativas de situações de clientes, a qual proporcionam ao enfermeiro justificar os cuidados que são próprios de seu papel e provar sua contribuição específica no domínio da saúde, além de evidenciar os problemas de um cliente/pessoa, de uma família ou de uma coletividade permitindo ao profissional ver de forma clara aquilo que dever ser feito para resolvê-los (NIESTCHE, 2000 *apud* PRADO, 2009).

Para confrontar o embasamento teórico adquirido através da pesquisa bibliográfica, será realizada uma pesquisa de campo, através de um questionário semi-estruturado elaborado pelos autores.

#### **3.1. Local de estudo**

O estudo será realizado em uma instituição de natureza pública de abrangência loco - regional, com gerência e gestão Estadual que oferta serviços de urgência e emergência, denominado Hospital de Emergência de Macapá e também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS Brasil Novo e Zerão) as quais prestam consultas ambulatoriais, consultas especializadas, atendimento de demanda espontânea e referenciada, também localizado no município de Macapá – Amapá. Estes locais foram escolhidos de modo que a cidade foi traçada em Norte e Sul, possibilitando uma visão geográfica da sua população.

### **3.2 População do estudo**

Usuários do atendimento de urgência e emergência. Estima-se uma população de 250 usuários.

#### **3.2.1 Critérios de inclusão**

- Ser maior de 18 anos e menor de 65 anos;
- Ser usuário do service de urgência e emergência do referido hospital e UBS.
- Aceitar em participar da pesquisa.

#### **3.2.2 Critérios de exclusão**

- Não concordar em participar da pesquisa;
- Usuários não atendidos pelo em caráter de urgência e emergência

### **3.3. Instrumento de coleta de dados:**

Será aplicado um questionário semi-estruturado, com perguntas objetivas e questões abertas acerca da percepção do usuário perante o serviço de urgência e emergência, elaborado pelo próprio pesquisador. E também sera consultado fichas de atendimento na UBS e no hospital. O instrumento de coleta de dados versará com as seguintes variáveis:

- sociodemográficas: idade (contínua), sexo, situação conjugal, número de filhos, cor/ raça autorreferida e renda *per capita*, segundo o valor do salário mínimo (R\$ 720,00) à época (< 1 salário,  $1 \leq 2$  salários,  $2 \leq 3$  salários, > 3 salários)
- ocupacionais: grau de estudo, profissão
- comportamentos relacionados à saúde e estilo de vida: tabagismo, prática de atividade física (variável categórica número médio de horas de atividade física), índice de massa corporal (IMC), obtido pelo peso e altura autorreferidos (baixo/normal < 25; sobrepeso: 25 a 29 e obeso:  $\geq 30$ ) e padrão de consumo de bebidas alcoólicas (baixo: até 20 g de álcool/dia; médio: de 20 a 40 g/dia; e alto > 40 g/dia)
- doenças e sintomas: tipo de agravo (neurológica, cardiovascular, respiratório, trauma), tipologia do agravo (agudo, crônico, não definido), presença de comorbidades, uso de medicação, procedimentos realizados no atendimento, destino.
- aspectos relacionados ao atendimento: descrição dos atendimentos prestados aos usuários; relação estabelecida entre os integrantes da equipe, caracterização do acesso do usuário, turno que procurou o atendimento, tempo de atendimento, encaminhamentos.

### 3.4 Análise dos dados

Os dados serão inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows XP*® validados por dupla entrada (digitação) e serão exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para *Windows XP*® para processamento e análise.

As variáveis qualitativas serão categorizadas, codificadas e descritas em tabelas de frequências absolutas (n) e relativas (%) enquanto que as variáveis quantitativas serão apresentadas através de medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, valor mínimo e máximo).

Para as questões abertas, as respostas serão lidas, agrupadas em áreas temáticas e digitadas. Será feita inferência em análise de conteúdo, que significa produzir conhecimentos subjacentes a determinada mensagem, e também ancorá-las a um quadro de referenciais teóricos,

situando-se num paradigma acadêmico, situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção (CAMPOS; TURATO, 2009).

Os resultados serão considerados significativos em um nível de significância de 5% ( $p < 0,05\%$ ) conferindo-se a estes, 95% de confiança de estejam corretos. Os resultados desta pesquisa serão apresentados na forma de tabelas e figuras.

Ressalta-se que a análise dos dados terá assessoria de um estatístico, quando se fizer necessário, para garantir a qualidade e apropriabilidade dos testes utilizados.

### **3.5 Considerações éticas**

O projeto obedecerá a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Será submetido à apreciação e aprovação da referida Unidade Hospitalar e, em seguida, será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A coleta dos dados será iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFSC. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue aos participantes, os quais ficarão de posse de uma cópia permanecendo outra com o pesquisador. O material coletado será de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem.

Ressalta-se que será garantido o sigilo quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa por meio de numeração dos instrumentos de coleta de dados. A pesquisa não oferecerá nenhum dano ou desconforto aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamentos aos mesmos. O material coletado não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os entrevistados.

Os dados serão mantidos arquivados por cinco anos e posteriormente serão incinerados, sob a responsabilidade da pesquisadora.





## 4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que uma pesquisa sobre a avaliação e a qualidade do atendimento de urgência e emergência pode oferecer indícios sobre os benefícios ou dificuldades dos serviços de saúde em atingir as expectativas e necessidades dos usuários, constituindo-se como um importante instrumento para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários, principalmente neste nível de atenção.

A visão do usuário sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que ele utiliza para definir a qualidade do serviço. Também é difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde, assim poderemos obter indícios sobre o que ele deseja para sua saúde.

Reforçar estudos sobre a distribuição espacial de problemas de saúde como também conhecer as condições sócio-demográficas da população, nos auxiliará a testar modelos de atenção a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas, da vigilância da saúde e das cidades saudáveis contemplando determinantes estruturais sócio-ambientais, riscos e danos.

A reorganização do processo de trabalho em cada micro-espço, considerando as diferentes realidades sanitárias, sociais e geográficas de cada local/comunidade pode tomar a resolutividade dos problemas de saúde e a satisfação de seus usuários como eixos norteadores, aliado ao financiamento público para a realização de ações que atendam às necessidades da população, bem como a inclusão dos usuários no planejamento das ações. Assim, profissionais de saúde e gestores podem construir intervenções mais adequadas, em função das necessidades e expectativas dos usuários, enfatizando a dimensão qualidade e a articulação entre epidemiologia e planejamento.

Outra via, é a aproximação entre gestores e pesquisadores num comitê misto que discutiria questões formuladas por amigos a partir de pré-noções ou “experiência primária”, com indicação de síntese de pesquisas ou investigações originais. Deverá ter como pauta:

- Análise de situações de saúde segundo condições e estilos de vida;
- Características e desenvolvimento do setor privado e relações com o setor público;
- Dimensão e significado do processo de municipalização;

- Desenvolvimento e avaliação de propostas de modelos de atenção;
- Desenvolvimento da Estratégia Saúde Família, da vigilância da saúde e de políticas intersetoriais;
- Pesquisas especiais sobre qualidade da atenção e promoção da saúde;
- Aprimorar sistemas de informação;
- Realização de inquéritos populacionais sobre acesso e utilização de serviços de saúde;
- Formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde;
- Compreensão do funcionamento do mercado em saúde e suas relações com o Estado, organizações e sociedade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura da população no que se refere ao conhecimento sobre o processo doença é sofrível. As buscas de recursos imediatista, associados ao comodismo tornam os prontos atendimentos uma sucursal de sofrimento, tanto para quem procura quanto para quem atende. As pessoas tem dificuldade de aceitar que a resolução do processo depende em grande parte dela, precavendo-se, protegendo-se, prevenindo-se e aceitando, em comum acordo o tratamento recomendado.

Enfatizando que os riscos fazem parte da saúde e o mais importante é identificar principalmente aqueles que podem e devem ser evitados. É preciso considerar a saúde das pessoas como assunto que se refere primordialmente a elas próprias e, que o papel dos profissionais deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, em um processo de defesa da vida.

Toda essa ação em volta da atenção à saúde, deve ser feita de forma equilibrada, norteada principalmente pelos princípios do Sistema Único de Saúde (equidade, universalidade e controle social) ampliando os horizontes, com fronteiras impostas historicamente sejam derrubadas, sedimentadas a um sistema de saúde humanizado e organizado de acordo com as necessidades da população.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev Eletr Enf** [periodico na internet], v. 11, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 15 março 2014. 2009 [acesso em 15 mar 2014];11(1):151-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativas: aplicações e perspectivas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, mar/abr 2009. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 15 março de 2014.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. V. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 31-7, jan-fev 2013.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n 1, p., jan/fev 2007. Disponível em; <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 20 março de 2014.

MARQUES, G. Q. Acesso e utilização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por usuários com demandas clínicas. 2010. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010.

NIESTCHE, E. A. Tecnologia emancipatória-possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem, 2000. In: PRADO, M. L. do et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul./set. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** Tradução Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

ROSA, R. B.; PELEGRINI, A. H.W.; LIMA, M. A. D. S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-51, jun. 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (Supl ), p. S100- 10, 2008.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-74, 2008.

**APÊNDICE****APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO PARA ACOLETA DE DADOS****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ N° de filhos: \_\_\_\_\_

Cor/raça autorreferida: \_\_\_\_\_

Renda per capita: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_:

**Tem algum problema relacionado à saúde?** Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_**É tabagista?**  Não  Sim**É etilista?**  Não  Sim**Pratica atividade física?**  Não  Sim**Quantas horas por dia?** \_\_\_\_\_**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_**Tipo de agravo:** neurológica  cardiovascular  respiratório  trauma  outros**Tipologia do agravo:** agudo  crônico  não definido)**Presença de comorbidades:** \_\_\_\_\_**Uso de medicação:** \_\_\_\_\_**Procedimentos realizados no atendimento:** \_\_\_\_\_**Destino:** \_\_\_\_\_**Tipo de acesso do usuário:** demanda espontânea  SAMU**Tempo de atendimento (em minutos):** \_\_\_\_\_**Encaminhamentos:** sim  não**Turno que procurou atendimento:** Manhã  Tarde  Noturno**Qual o motivo das faltas?**

**Em sua opinião, quais as estratégias possíveis para a melhoria do serviço de saúde (urgências e emergências)?**

---

---

**Com relação ao do serviço de saúde (urgências e emergências) com você se sente:**

Insatisfeito       Pouco satisfeito       Satisfeito       Muito satisfeito



**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(SUJEITOS MAIORES DE IDADE)**

**Projeto: “A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: A VISÃO DO USUÁRIO”**

**TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivos: analisar a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência de saúde na otimização do atendimento de urgência e emergência na cidade de Macapá.

Para desenvolver os trabalhos é necessário o preenchimento de um questionário que deverá ser preenchido e devolvido diretamente à pesquisadora.

Em momento algum, o participante sofrerá qualquer risco ou desconforto no ambiente físico, moral ou ético. A participação neste estudo não evidencia benefícios diretos ao participante.

O desenvolvimento deste estudo contribuirá para a melhoria dos serviços de enfermagem através da disponibilidade de mais uma fonte de literatura. Assim, pesquisadores, enfermeiros, administradores e outros podem contar com um referencial que relaciona teoria e prática.

Em qualquer etapa do estudo, os envolvidos terão acesso ao profissional responsável pela pesquisa, para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Caso vossa senhoria tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Informo ainda que será mantida a confidencialidade, ou seja, as informações obtidas serão analisadas em conjunto com a dos outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

É garantido o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Comprometo-me em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO**

Eu, (nome por extenso do voluntário), acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ PARA OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: A VISÃO DO USUÁRIO”**.

Eu discuti com a Enfermeira Pesquisadora Suzana Rodrigues Martel, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. .

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Macapá, ...../ ...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade

\_\_\_\_\_  
Suzana Rodrigues Martel  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Quenia Cristina G. da Silva  
Assinatura do pesquisador orientador

### **RESPONSÁVEL DO PROJETO:**

Profª Ms. Quenia Cristina Gonçalves da Silva  
(tel: (34)3073-0166/ (34)8825-8858)  
queniatic@bol.com.br

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-9206.