

## **Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA**

*Access, use and perception of users on a hospital emergency hospital in Salvador, Ba*

Denise Nogueira Cruz<sup>1\*</sup>, Maria Cristina Teixeira Cangussu<sup>2</sup>, Patricia Suguri Cristino<sup>3</sup>, Suzana Santos Brito<sup>4</sup>, Cristina Batista Oliveira<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doutora em Saúde Pública. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Professora Adjunto. Faculdade de Odontologia. UFBA; <sup>2</sup>Doutora em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Professora Associado. Faculdade de Odontologia. UFBA; <sup>3</sup>Mestre em Odontologia Restauradora. Faculdade Odontologia de Ribeirão Preto. Professora Assistente. Faculdade de Odontologia. UFBA; <sup>4</sup>Assistente Social do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador, BA.; <sup>5</sup> Cirurgiã-dentista. UFBA

### **Resumo**

**Introdução:** A Política Nacional de Humanização (PNH) aponta diretrizes para uma assistência de melhor qualidade no SUS e, na atenção hospitalar, acrescenta-se a necessidade de organizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando melhorar o acesso e a assistência prestada. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos usuários, acessibilidade, bem como a assistência prestada em um serviço do setor de emergência de um hospital de referência na capital baiana. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de corte transversal, de caráter exploratório. Aplicou-se um questionário estruturado com informações sobre perfil sócio-cultural, acesso e itinerário nos serviços, bem como a percepção sobre assistência recebida na sala de medicação da emergência de um hospital de referência em Salvador-Ba. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** A maioria dos usuários era do sexo feminino, com baixa escolaridade, baixa renda familiar, procedente da cidade onde localizava o serviço e procurou-o espontaneamente. O deslocamento até o serviço ocorreu por meio de carro ou moto para 63,4% dos usuários. O tempo decorrido até o usuário ser medicado foi elevado assim como o tempo de permanência na sala de medicação. Estes resultados ajudam explicar porque quase 70% julgaram o serviço como regular/ruim/muito ruim. O serviço foi melhor avaliado pelos de baixa renda e que receberam orientação médica. **Conclusão:** A procura pelo serviço de emergência como primeira escolha foi considerável e pode estar relacionado com o grau de organização e resolutividade da atenção primária no município. Destaca-se, ainda, o baixo grau de satisfação dos usuários da sala de medicação da emergência do hospital. É necessário avançar na organização da rede de urgência e emergência de modo articulado com a implementação da PNH no hospital em questão.

**Palavras-chave:** Serviço Hospitalar de Emergência. Humanização da Assistência. Satisfação do Paciente.

### **Abstract**

**Introduction:** The National Humanization Policy (PNH) points out guidelines for a better quality of care in the NHS and in hospital care, it adds up to the need to organize Care Network to urgencies and emergencies to improve access and care delivery. **Objective:** To characterize the profile of users, accessibility, as well as assistance in a service emergency department of a referral hospital in Salvador. **Methodology:** This is a cross-sectional study, exploratory. Applied a structured questionnaire with information on socio-cultural profile, access and itinerary services, as well as the perception of care received in emergency medication room of a referral hospital in Salvador, Bahia. Data were analyzed descriptively. **Results:** Most patients were female, with low education, low family income, coming from the town where located the service and went to him spontaneously. Travel to service occurred by car or motorcycle to 63.4% of users. The time until the user being treated was high as well as the residence time in the medication room. These results help explain why nearly 70% judged the service as fair / poor / very poor. The service was better evaluated by low income and receiving medical advice. **Conclusion:** The demand for emergency service as first choice was considerable and may be related to the degree of organization and resoluteness of primary care in the county. Noteworthy is also the low level of satisfaction of users of the medication room of the hospital emergency room. It is necessary to advance in the organization of the emergency network and emergency pivotally with the implementation of the HNP in the hospital in question.

**Keywords:** Emergency service hospital. Humanization of assistance. Patients satisfaction.

### **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro garante a saúde como um direito e dever do Estado e estabelece

que a atenção e assistência aos cidadãos ocorram de modo a garantir, dentre outros princípios, a integralidade do cuidado. Para tanto, a organização da rede de serviços públicos de saúde é norteadas pelas diretrizes da hierarquização e regionalização dos mesmos. Considerando a necessidade de otimizar os diferentes recursos empregados no SUS, a conformação da rede de atenção hospitalar deve levar em consideração o Plano Diretor de

**Correspondente/Corresponding:** \*Denise Nogueira Cruz – Endereço: Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia. UFBA – Rua Araújo Pinho, Nº 62, Canela, Salvador, BA – CEP: 40110-040. – Tel: (71) 3116-8991 – E-mail: dncruz@ufba.br

Regionalização (BRASIL, 2002) garantindo que os serviços mais complexos e mais especializados sejam implantados, prioritariamente, nos municípios de referência para cada unidade federativa.

Compreende-se, também, que a estruturação dos serviços em rede busca assegurar uma atenção integral e de qualidade exigindo, para tanto, a redução das barreiras de acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2008), de modo que o usuário seja assistido oportunamente. Para Donabedian (1988) as barreiras de acesso podem ser classificadas em barreiras geográficas, como a distância entre o usuário e os serviços de saúde, ou barreiras sócio-organizacionais, compreendendo as características de funcionamento e organização dos serviços.

A necessidade de enfrentamento das barreiras de acesso está relacionada com o fato destas configurarem determinantes da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995). Com o objetivo de reduzi-las nos serviços hospitalares, a Rede de Atenção às Urgências prevê a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde para assistir de maneira ágil os indivíduos em situação de urgência e emergência (BRASIL, 2011a).

Por outro lado, é fundamental que a assistência ao usuário ocorra de maneira acolhedora e equânime. Não por acaso, o debate sobre a humanização nos serviços tem se destacado como objeto de investigações no campo da saúde. A Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2004), em substituição ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), aponta diretrizes para uma assistência de melhor qualidade nos serviços públicos de saúde. Nesta perspectiva, acrescenta-se ainda a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) para organização da rede de urgência e emergência (BRASIL, 2009; DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013). O ACCR fornece subsídios para classificar o atendimento que será prestado a partir da gravidade da situação do usuário, permite uma melhor organização do fluxo do serviço e, conseqüentemente, redução de filas e do tempo de espera (BRASIL, 2009).

O termo humanização, entretanto, não apresenta consenso conceitual. Com o propósito de identificar os sentidos e expectativas relacionadas à idéia de humanização, Deslandes (2004) observou nos textos do Ministério da Saúde os seguintes eixos discursivos: humanização como oposição à violência; como oferta de atendimento de qualidade, articulando dimensão tecnológica e relacional; como melhoria das condições de trabalho do cuidador; e por fim, como ampliação do processo de comunicação.

Ainda na perspectiva conceitual, Esperidião e Trad (2006) discutem, por outro lado, o que se denomina satisfação do usuário. As autoras analisando criticamente os aspectos teórico-conceituais apontam as dificuldades em definir e mensurar o que venha a ser satisfação do usuário e apresentam as quatro teorias utilizadas nos estudos na área da saúde com este propósito: teorias da atitude, da discrepância, da realização e da equidade.

Na dimensão empírica, uma avaliação de serviços de emergência de oito hospitais públicos brasileiros revelou que apenas três praticavam classificação de risco na porta de entrada e identificou que a avaliação da satisfação dos usuários e a PNH eram incipientes (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). No estudo de dez serviços de urgência e emergência hospitalar de referência micro e macrorregional em Pernambuco foi observado que a maioria era deficiente (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

No que diz respeito à avaliação das emergências e urgências dos hospitais da rede SUS da Bahia, não foram identificados artigos científicos que pudessem descrever os desafios na implementação da Política de Humanização nestes estabelecimentos ou investigações sobre acessibilidade e julgamentos dos serviços por parte dos usuários.

A Universidade Federal da Bahia (UFBA) foi contemplada com o edital nº 24 do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2011. Após a aprovação, foi demandado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), que um dos Grupos de Trabalho (GT) se dedicasse às atividades e projetos com foco na PNH na emergência do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) em Salvador. O desenvolvimento das atividades deste GT permitiu a realização do presente estudo.

O HGRS está situado no bairro Saboeiro, Distrito Sanitário Cabula/Beiru, no município de Salvador, Bahia. É um hospital de alta complexidade tecnológica e de caráter assistencial e uma referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neuro cirurgia e maternidade de alto risco (SESAB, 2013). Está entre os maiores hospitais de urgência e emergência da Bahia e do país de modo que compõe a relação de estabelecimentos da *Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)* e estava, no momento do estudo, incorporado ao programa ministerial *SOS Emergência*.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar o acesso e a utilização dos serviços prestados na sala de medicação da urgência do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador-BA, bem como analisar o grau de satisfação dos usuários com o referido serviço com vistas à implementação da Política Nacional de Humanização no SUS.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de corte transversal, de caráter exploratório, sobre a assistência prestada em um serviço de referência de urgência hospitalar na capital baiana no ano de 2014. Para o desenvolvimento da pesquisa foi estabelecida uma amostra inicial de 238 usuários de dois setores (sala de medicação e ACCR) da emergência do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). No entanto, por motivos organizacionais, o estudo foi desenvolvido apenas com usuários da sala de medicação. A população final de estudo consistiu em 90 pacientes em virtude das mudanças na emergência do hospital mencionadas, tratando-se assim de uma amostra de conveniência.

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário estruturado contendo informações sobre o perfil sócio-cultural, itinerário dos usuários, barreiras de acesso e percepção dos mesmos sobre assistência recebida na sala de medicação da emergência do HGRS. Os questionários foram aplicados em diferentes turnos, por alunos da graduação da UFBA, previamente treinados, que eram bolsistas do PET-Saúde, no período compreendido entre setembro e novembro de 2014. A seleção dos usuários participantes foi sistemática, contemplando todos aqueles que se encontravam na sala de medicação da emergência e mediante aceitação de participação.

Os questionários preenchidos foram revisados, os dados foram previamente lançados em planilhas eletrônicas e, em seguida, importados para o programa estatístico Minitab 14. Para a análise dos dados foram realizadas as estatísticas descritivas de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e dispersão.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFBA e aprovado sob o parecer nº 784.876. Os indivíduos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido conforme Resolução do CNS 466/2012 e, também, foi obtida a anuência institucional (HGRS) para realização do estudo.

## RESULTADOS

Do total de 90 usuários participantes do estudo, aproximadamente 51% eram do sexo feminino, sendo a média de idade de 53 anos (DP= 16,7), com o mínimo de 16 anos e máximo de 88 anos. Observou-se uma baixa escolaridade entre os usuários com 57,8% analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. No que respeito à ocupação a maior frequência foi de aposentado (22,2%), seguida de doméstica (8,9%), pedreiros e lavadores (4,4% cada).

A **tabela 1** apresenta a caracterização sócio-demográfica do grupo que era conformado em maior número por indivíduos de etnia parda, sem companheiro(a), de baixa renda, com mais de três filhos e procedentes de Salvador.

**Tabela 1** – Caracterização sócio-demográfica dos usuários atendidos na sala de medicação da emergência/urgência do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador-Ba, 2014.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	44	48,9
Feminino	46	51,1
<b>Etnia</b>		
Branco e outros	12	13,3
Pardo	43	47,8
Negro	35	38,9
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolarização	22	24,5
Fundamental incompleto	30	33,3
Fundamental completo e mais	38	42,2

Variáveis	n	%
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro/ viúvo/divorciado	53	58,9
Casado/ União estável	37	41,1
<b>Renda familiar</b>		
< 1 Salário Mínimo	40	44,4
≥1-<2 Salários Mínimos	33	36,7
≥2 Salários Mínimos	17	18,9
<b>Recebe benefício social</b>		
Não	71	78,9
Sim	19	21,1
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum	10	11,1
1-2	32	35,6
3 ou mais	48	53,3
<b>Município de Procedência</b>		
Salvador	62	68,9
Interior	28	31,1

A principal queixa apresentada entre os usuários da sala de medicação do HGRS foi a dor (73%), concomitante ou não com problemas agudos como abscessos (27%) e alterações cardiovasculares (16,7%). O agravo referido mais prevalente entre os pacientes foi a hipertensão arterial (51,1%) seguido da diabetes mellitus (18,9%).

Quando se observa as variáveis vinculadas ao serviço (tabela 2), destaca-se que o HGRS foi o primeiro local de atendimento para mais de 70% dos pacientes e 51% não possuía ficha de referência. Para acessar o serviço, a maioria utilizou carro, moto ou ônibus demorando menos de 60 minutos no deslocamento até a emergência. Do total de pacientes entrevistados, 61% já haviam procurado atendimento no HGRS em virtude de necessidades anteriores.

No momento da realização do estudo o HGRS realizava o acolhimento (mediante o Programa Permanecer SUS) dos pacientes atendidos na emergência. Do total de usuários participantes do estudo, 50% haviam passado pelo acolhimento e destes 62% estavam satisfeito ou muito satisfeito como o mesmo. Observou-se, ainda, que o tempo decorrido para o usuário ser medicado e o tempo de permanência na sala de medicação foram altos. Enquanto permaneceu na sala de medicação, a maior parte dos entrevistados não foi reavaliado e nem recebeu orientação (médica) sobre a medicação administrada (**Tabela 2**).

No que diz respeito ao atendimento recebido na sala de medicação da emergência do HGRS, a percepção da satisfação com o serviço foi baixa, sendo que 40% consideraram o atendimento como regular e 28,9% ruim ou muito ruim (**Tabela 2**). Além disso, 44,4% não recomendariam o serviço para outros usuários.

Um terço dos indivíduos atendidos na sala de medicação do HGRS não procurou outro serviço o que retrata uma demanda espontânea considerável. Destaca-se ainda que quase 40% dos entrevistados não tiveram êxito na procura de outros serviços públicos de saúde antes de procurarem o hospital.

**Tabela 2 – Variáveis relacionadas ao acesso, utilização e satisfação do serviço da sala de medicação da emergência/urgência do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador-Ba, 2014.**

Variáveis	n	%
<b>Buscou outros serviços</b>		
Não	29	32,6
Serviço público sem sucesso	35	39,3
Serviço público com sucesso	20	22,5
Outros	6	5,6
<b>Como se deslocou até o hospital*</b>		
A pé	2	2,5
Carro/moto	52	63,4
Ônibus	17	20,7
Ambulância	11	13,4
<b>Tempo deslocamento</b>		
< 60 minutos	57	63,3
≥60 – <120 minutos	22	24,5
≥120 minutos	11	12,2
<b>Acolhimento</b>		
Não	45	50,0
Sim	45	50,0
<b>Ficha Referência</b>		
Não	46	51,1
Sim	44	48,9
<b>Tempo para ser medicado</b>		
<30 minutos	38	45,8
≥30 – <60 minutos	5	6,0
≥60 minutos	47	48,2
<b>Tempo de permanência na SM</b>		
< 12 horas	20	23,0
12-<24 horas	5	5,7
≥24horas-7 dias	65	71,3
<b>Foi reavaliado</b>		
Não	38	42,2
Sim	42	46,7
Não soube informar	10	11,1
<b>Recebeu orientação médica</b>		
Não	28	31,1
Sim	62	68,9
<b>Percepção do atendimento da SM</b>		
Muito bom/ Bom	28	31,1
Regular	36	40,0
Ruim/ Muito ruim	26	28,9

\*Sem informação (n=9)

Legenda: ACCR= Acolhimento e Classificação de Risco / SM= Sala de Medicação

A análise das variáveis segundo o grau de satisfação com a assistência prestada na sala de medicação da emergência do HGRS aponta que indivíduos com menor renda e menor escolaridade descreveram maior satisfação com o serviço quando comparados com aqueles de maior renda e maior escolaridade. Além disso, a (re)avaliação e orientação dos usuários por um médico durante o período de permanência parece contribuir para a avaliação positiva do serviço (**Tabela 3**).

**Tabela 3 – Associação das variáveis sócio-demográficas e relacionadas ao serviço de saúde e a satisfação do usuário sobre assistência prestada na sala de medicação da emergência/urgência do Hospital Geral Roberto Santos, Salvador-Ba, 2014.**

Variáveis	Muito bom/ bom		Regular		Ruim/ Muito ruim	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	16	36,4	18	40,9	10	22,7
Feminino	12	26,1	18	39,1	16	34,8
<b>Etnia</b>						
Branco e outros	6	50,0	4	33,3	2	16,7
Pardo	13	30,2	16	37,2	14	32,6
Negro	9	25,7	16	45,7	10	28,6
<b>Escolaridade</b>						
Sem escolarização	10	45,5	8	36,3	4	18,2
Fundamental	11	36,7	11	36,7	8	26,6
incompleto	7	18,4	17	44,7	14	36,9
Fundamental completo e mais						
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro/ viúvo/ divorciado	19	35,8	21	39,6	13	24,6
Casado/ União estável	9	24,3	15	40,5	13	35,2
<b>Renda familiar</b>						
≤ 1 salário mínimo	18	45,0	16	40,0	6	15,0
>1-<2 salário mínimo	7	21,2	14	42,4	12	36,4
≥2 salário mínimo	3	17,6	6	35,3	8	47,1
<b>Município de Procedência</b>						
Salvador	17	27,4	25	40,3	20	32,3
Interior da Bahia	11	39,3	11	39,3	6	21,4
<b>Tempo deslocamento</b>						
< 60 minutos	16	28,1	26	45,6	15	26,3
≥60 – <120 minutos	7	31,8	7	31,8	8	36,4
≥120 minutos	5	45,4	3	27,3	3	27,3
<b>Acolhimento</b>						
Não	13	31,7	15	36,6	13	31,7
Sim	15	30,6	21	42,9	13	26,5
<b>Ficha referência</b>						
Não	15	32,6	15	32,6	16	34,8
Sim	13	29,6	21	47,7	10	22,7
<b>Tempo para ser medicado</b>						
<30 minutos	15	39,5	15	39,5	8	21,0
≥30 – <60 minutos	2	40,0	1	20,0	2	40,0
≥60 minutos	11	23,4	20	42,6	16	34,0
<b>Tempo permanência na SM</b>						
< 12 horas	5	25,0	10	50,0	5	25,0
< 12 horas	1	20,0	2	40,0	2	40,0
≥12 – <24 horas	22	33,8	24	36,9	19	29,3
≥1-7 dias						
<b>Recebeu orientação médica</b>						
Não	5	17,9	11	39,3	12	42,8
Sim	23	37,1	25	40,3	14	22,6

Legenda: ACCR= Acolhimento e Classificação de Risco / SM= Sala de Medicação

## DISCUSSÃO

O perfil dos usuários da sala de medicação do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) no que diz respeito ao grau de escolaridade e renda familiar assemelha-se aos dos estudos de Dubeux, Freese e Felisberto (2013) e Carret et al. (2011) que investigaram emergências de hospitais públicos brasileiros. Nestas investigações, contudo, o percentual de analfabetos foi menor (14,5% e 12%, respectivamente) em relação ao observado no HGRS (24,4%).

Em relação à procedência dos usuários, os achados corroboram com a literatura ao apontar uma maior utilização dos serviços por munícipes do local em que está situado o estabelecimento hospitalar (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; JACOBS; MATOS, 2005). Tais achados contribuem para o debate acerca da necessidade de descentralização da atenção secundária, alinhada aos devidos planos de regionalização da saúde, como mecanismo para redução das barreiras de acesso aos serviços especializados (ALMEIDA et al., 2010). Tal estratégia, quando articulada a outras ações de reorganização da rede, pode implicar na redução da demanda espontânea nas emergências hospitalares que se acredita ser, em maior proporção, conformada por usuários que geograficamente estejam mais próximos dos serviços.

A análise das facilidades e dificuldades de acesso à sala de medicação da emergência do HGRS revelou um maior uso de veículos e motos por meio da iniciativa dos próprios usuários, semelhante aos resultados de Dubeux, Freese e Felisberto (2013). Estes meios de deslocamentos utilizados podem ter contribuído para o menor tempo despendido para chegar ao hospital considerando as distâncias geográficas existentes em grandes metrópoles como Salvador.

Ainda em relação à acessibilidade, é preciso considerar o fato de cerca de 80% dos entrevistados possuírem renda familiar de até dois salários mínimos o que pode ter relação com possíveis barreiras econômicas (DONABEDIAN, 1988; UNGLERT, 1995) implicadas no custo do deslocamento destes usuários até os serviços que necessitam.

Em relação ao grau de satisfação dos usuários, o estudo realizado por Conner-Spady et al. (2011), no Canadá, revelou que tempos de espera mais longos do que o esperado pelos pacientes implicam menor satisfação com o serviço. Na análise dos dados sobre a sala de medicação do HGRS observou-se que um pouco mais de um terço dos usuários (31,1%) relatou um grau de satisfação muito bom ou bom. Entretanto, ao analisar a relação entre o tempo de espera para ser medicado com o grau de satisfação, observou-se que, semelhante à Conner-Spady et al. (2011), os melhores resultados de satisfação com o serviço foram entre usuários que aguardaram até 30 minutos e os piores resultados entre aqueles que aguardaram mais de uma hora.

Para Boltanski (2004), os indivíduos das classes populares não dispõem de critérios objetivos para avaliarem a competência dos médicos, de modo que a escolha deste profissional ocorre, na maioria das vezes,

“ao acaso” ou em função, principalmente, da distância geográfica. Para este autor, o julgamento profissional pelas classes populares ocorre a partir de “amabilidade”, “boa vontade” e “complacência” (BOLTANSKI, 2004, p. 34). Esta é uma explicação plausível para compreender a maior satisfação com o serviço entre os usuários de menor renda e que receberam alguma orientação durante o atendimento.

Apesar do estudo não ter analisado a rede assistencial do estado da Bahia nem a rede de serviços de saúde do município de Salvador, é necessário apontar possibilidades de discussão dos resultados da (in)satisfação com o atendimento para além da variável tempo de espera. Neste sentido, é interessante triangular elementos como grau de satisfação, expectativas e tempo de espera do usuário com a organização da rede de serviços e, conseqüente, demanda pelos serviços de urgência/emergência. Fragilidades na organização da rede de atenção à saúde podem implicar na superlotação de serviços hospitalares, como observou O’Dwyer, Oliveira e Seta (2009), que, por sua vez, resultará em maior tempo para realização dos atendimentos por parte dos profissionais e, conseqüentemente, maior insatisfação dos usuários.

No Brasil, o modelo hegemônico de atenção à saúde é o denominado de *modelo médico assistencial privatista* no qual as ações de saúde têm como locus privilegiado o hospital e o cuidado ao usuário é centrado na clínica médica, com abordagem individual e, preferencialmente, especializada (PAIM, 2008). A conformação do SUS e a descentralização da gestão da saúde permitiram a conformação de modelos assistenciais alternativos como, por exemplo, o modelo de *vigilância da saúde* (PAIM, 2008; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). As intervenções na perspectiva da vigilância da saúde articulam os problemas, as necessidades e os determinantes de saúde e, para tanto, requerem a delimitação de um território, a adscrição de clientela e o construção do Planejamento e Programação Local em Saúde – PLS (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

O Ministério da Saúde ao assumir a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorganização da atenção primária aponta para a importância do território e do PLS para a conformação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011b). Entretanto, apesar de todo o debate em torno da conformação da rede de atenção à saúde e fortalecimento da resolutividade da atenção primária, a procura pelos serviços de urgência e emergência ainda parece conformar a principal opção para muitos usuários do SUS. Neste sentido, a procura pelo hospital também reflete uma dimensão simbólica.

O elevado percentual de procura espontânea pelos serviços de urgência e emergência também foi observado por Carret et al. (2011). Essa procura pelos serviços de urgência e emergência como primeira escolha pode relacionar-se com fragilidades na adscrição de clientela e na organização da atenção primária e pouca resolutividade da rede de atenção. No caso do HGRS, observou-se que

40% procuraram serviços anteriores sem sucesso e o hospital persiste como porta de entrada do sistema de saúde para um número significativo de pessoas. Para Starfield (2002) a “carência de unidades básica resolutivas implica em demanda inadequada aos serviços especializados”. No estudo de Dubeux, Freese e Felisberto (2013) tal carência se traduziu na parcela considerável de indivíduos que recorreu à emergência para aquisição ou administração de medicamentos e realização de exames complementares.

A atenção primária deve ser a “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde que, na dependência de suas necessidades, deve ser referenciado para os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002). Entretanto, observou-se que o HGRS foi a primeira opção de procura ou de garantia de acesso para cerca de 70% dos entrevistados; percentual elevado e próximo ao observado por Dubeux, Freese e Felisberto (2013). Também é preciso considerar que praticamente metade dos usuários chegou à sala de medicação da emergência do HGRS sem ficha de referência.

Acrescenta-se ao debate a dimensão comunicativa no cuidado à saúde. A ampliação do diálogo, nos diferentes níveis de atenção, é uma diretriz para implementação da PNH (Brasil, 2004) e a comunicação usuário-profissional durante todo o processo de cuidado é um elemento que terá implicações na satisfação com o serviço. Para Conner-Spady et al. (2011) o paciente é capaz de ajustar suas expectativas em relação ao serviço no decorrer do tempo que aguarda seu atendimento, desde que seja estabelecida a comunicação entre os profissionais e o paciente. Este ajuste resulta em maior satisfação com o atendimento recebido. Portanto, é fundamental a reavaliação, com adequada comunicação, daqueles que ingressam nos serviços de emergência, especialmente após administração medicamentosa e primeira avaliação por meio do ACCR.

É preciso ponderar que o presente estudo foi realizado com usuários da sala de medicação, aspecto nem sempre investigado nos demais estudos sobre emergência hospitalar, sendo importante relativizar algumas interações dos resultados aqui obtidos com demais achados na literatura. Entretanto, os resultados apontam para a importância do ACCR e da PNH na melhoria dos serviços de urgência/emergência. Neste sentido, é preciso ressaltar que, durante a execução do estudo, a realização do ACCR na emergência do HGRS tinha sido interrompida.

Não foi o propósito desta investigação analisar a rede de atenção à saúde da capital baiana, contudo é importante a realização de outros estudos que possam explicar em profundidade o elevado percentual de usuários que buscam a emergência do HGRS espontaneamente e sem ficha de referência. Acredita-se que a baixa cobertura na ESF na capital baiana tenha implicações nestes achados.

O estudo tem limites que impedem a extrapolação dos seus resultados, especialmente porque não analisou a capacidade de resposta às demandas dos usuários em função da quantidade de profissionais da emergência do

hospital. Também não foi observado o tipo de vínculo dos profissionais – aspecto que pode explicar, em parte, a relação usuário-profissional e a satisfação com o serviço. Também vale destacar que as entrevistas foram realizadas durante turnos da semana, não sendo possível dimensionar as variações na demanda pelo serviço nos finais de semana. Os resultados deste estudo, ainda que suscitem perguntas para novas investigações, referem-se apenas a um dos serviços da emergência do hospital.

## CONCLUSÃO

A utilização do serviço de emergência configurou-se como o primeiro acesso aos serviços para a maior parte dos entrevistados destacando-se, conseqüentemente, a ausência de ficha de referência. O grau de satisfação dos usuários da sala de medicação do HGRS foi baixo com melhora do julgamento do serviço entre os usuários de menor renda e escolaridade e entre aqueles que foram orientados por médicos no decorrer do atendimento.

Reconhecem-se os avanços realizados no sentido de organizar a Rede de Atenção à Urgência Hospitalar, contudo ainda há necessidade de qualificá-la e aprimorá-la para garantir uma melhor assistência nos hospitais da rede SUS.

Por fim, recomenda-se que sejam empregados esforços para avançar na implementação da PNH e retomada do ACCR no HGRS, bem como fortalecer a re-avaliação dos pacientes atendidos de modo que a comunicação entre profissional-usuário possa ajustar as expectativas destes melhorando o grau de satisfação com o serviço.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a direção, profissionais e pacientes do Hospital Geral Roberto Santos que viabilizaram a realização desta investigação, ao PET-Saúde que permitiu a articulação do ensino-serviço e provocou reflexões sobre a temática de ACCR e PNH na emergência do referido hospital por meio de um dos grupos de trabalho; as alunas bolsistas do PET-Saúde, em particular Camile, Damares e Samantha, que participaram da coleta dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
2. ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. health soc. behav.*, Washington, v. 36, p. 1-10, Mar.1995.
3. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília, 2002.
5. BRASIL. 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, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] União**. Brasília: Política Nacional de Atenção Básica, 2011b.
9. CARRET, M. L.V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.1069-1079, 2011.
10. CONNER-SPADY, B. L. et al. The importance of patient expectations as a determinant of satisfaction with waiting times for hip and knee replacement surgery. **Health Policy**, Amsterdam, v. 101, n. 3, p. 245-252, 2011.
11. DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.
12. DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Biblioteca de la Salud, 1988. 772 p.
13. DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis ( Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.345-369, 2013.
14. DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A.C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p.1508-1518, 2010.
15. ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, 2006.
16. JACOBS, P. C.; MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 348-353, 2005.
17. O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.
18. PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.(Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap.15, 1100 p.
19. SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital Roberto Santos completa, hoje, 34 anos**. Salvador: Assessoria de Comunicação Social, 05 mar. 2013. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=24798>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
20. STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 177 p.
21. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, São Paulo, Santa Maria, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998.
22. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.(org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap.6.
23. UNGLERT, C. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

---

Submetido em: 10/02/2016

Aceito em: 22/03/2016