

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

MARCIA REGINA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA EM
OFTALMOLOGIA NA PERSPECTIVA DA RESPONSABILIDADE**

PORTO ALEGRE

2017

MARCIA REGINA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA EM
OFTALMOLOGIA NA PERSPECTIVA DA RESPONSABILIDADE**

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

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

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

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Marcia Regina de
Avaliação de um serviço hospitalar de emergência em
oftalmologia na perspectiva da responsividade /
Marcia Regina de Oliveira. -- 2017.
105 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Avaliação em saúde . 2. Serviço hospitalar de
emergência . 3. Satisfação do usuário . 4.
Responsividade. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva,
orient. II. Título.

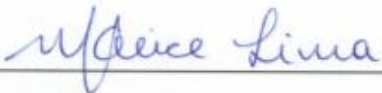
MARCIA REGINA DE OLIVEIRA

Avaliação de um Serviço Hospitalar de Emergência em Oftalmologia na Perspectiva da Responsividade.

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

Aprovada em Porto Alegre, 31 de maio de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente - PPGENF/UFRGS



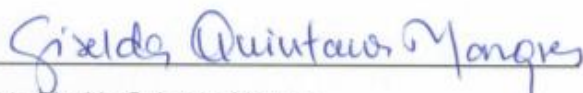
Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Alisia Helena Weis

Membro – UFCSPA



Dra. Giselda Quintana Marques

Membro – SMS/PMPA

Dedico esta conquista à minha amada mãe Teresa, que como tantas Teresas, percorre caminhos do SUS para cuidar da sua saúde, pela sua simplicidade e satisfação ao fazer um bolo e compartilhar com os profissionais da unidade de saúde perto de casa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço àquele que me faz e refaz e afirma da sua obra que “tudo é belo”, e me provoca a perceber contornos de graça mesmo nas contradições da vida, que é simplesmente “presença” nas estações da minha vida - Deus!

À Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima, por me orientar durante o curso de Mestrado, compartilhando seus conhecimentos, pela paciência e o tempo dedicado ao cuidado com o meu aprendizado. Obrigada de coração, te admiro pela tua sabedoria e dedicação.

Às professoras Regina Rigatto Witt, Giselda Quintana Marques e Alisia Helena Weis, integrantes da Banca do Exame de Qualificação, pelas reflexões e contribuições para a realização dessa pesquisa.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade em compartilhar suas experiências e pela colaboração generosa.

Aos profissionais do Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos (HBO), pela acolhida e auxílio em esclarecer dúvidas.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino público de qualidade e a excelência do conhecimento dos professores que fizeram parte da minha trajetória.

Aos meus pais, Benedito e Teresa, meus familiares, pelo amor que me dedicam, fazendo-me acreditar que os desafios são superados com muita fé e constância de propósito, que a vida é bela e plena de sentido.

Às Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus, que me deram a oportunidade de realizar este itinerário importante da minha vida pessoal e profissional.

A todos os amigos e amigas, ao grupo de pesquisa, pela presença e amizade, pelo apoio e contribuições, pelas boas lembranças que eternizam nossos encontros.

Ainda que eu falasse línguas,
as dos homens e dos anjos,
se eu não tivesse o amor,
seria como sino ruidoso
ou como címbalo estridente.
Ainda que eu tivesse o dom da profecia,
o conhecimento de todos os mistérios
e de toda a ciência;
ainda que eu tivesse toda a fé,
a ponto de transportar montanhas,
se não tivesse o amor,
eu não seria nada.

1Co 13,1-2

RESUMO

OLIVEIRA, M. R. **Avaliação de um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade.** 2017. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

O presente estudo teve por objetivo analisar a percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento descritivo-exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com 27 usuários do Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos (HBO) de Porto Alegre, no período de julho a agosto de 2016. Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro com questões sobre o atendimento, com base nos domínios da responsividade. A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo temática, com identificação das seguintes categorias: dignidade, autonomia, comunicação, confidencialidade, dimensões da qualidade de amenidades básicas (infraestrutura), escolha, suporte social (acesso a redes de apoio social) e atenção imediata (agilidade no atendimento). No domínio interpessoal, a dignidade foi entendida como ser respeitado em sua individualidade, bem orientado e encaminhado em sua necessidade; a autonomia foi ressaltada como participação e compreensão do diagnóstico e das indicações terapêuticas para saber lidar com o seu problema; a comunicação foi descrita como empatia, linguagem acessível e possibilidade de fazer perguntas de esclarecimento; a confidencialidade foi compreendida como privacidade, segurança e confiança em relação às informações pessoais durante o atendimento. No domínio estrutural, na infraestrutura, foi destacada a situação de limpeza dos ambientes e a qualidade da sala de espera; na escolha foi identificada a opção por um serviço especializado em oftalmologia; no suporte social foi indicada a possibilidade de um acompanhante na consulta e o acolhimento de diversidade de situações do usuário; na agilidade foi evidenciado o longo tempo de espera e a acessibilidade, qualidade e resolutividade do atendimento especializado, tendo presente que é um serviço SUS. Esse fato de ser um atendimento público qualificado foi várias vezes mencionado positivamente pelos entrevistados. Quanto à agilidade, o serviço de emergência caracteriza-se como porta de entrada para patologias da visão, causando, em certos momentos, excessiva demanda e conseqüentemente longo tempo de espera constatada pelos participantes da pesquisa. O que os entrevistados mais apreciam é o profissionalismo do atendimento, por ser um serviço especializado que vai direto ao problema, por ter um acolhimento com classificação de risco bem organizado, por orientar os cuidados terapêuticos que o usuário precisa ter e, se necessário, encaminhar para um outro serviço de atendimento. Essa caracterização de profissionalismo determina em grande parte a percepção dos usuários. Diante desses resultados conclui-se que a acessibilidade e a qualidade do serviço especializado do HBO foram os dois aspectos mais destacados no atendimento. Esses aspectos identificam-se com duas dimensões centrais da responsividade, a agilidade e a dignidade, que foram percebidas pelos entrevistados e corresponderam às suas expectativas.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Serviço hospitalar de emergência. Satisfação do usuário. Responsividade.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Márcia Regina. **Evaluation of an ophthalmology emergency service from the perspective of responsiveness.** 2017, 105 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

The present study aimed to analyze the perceptions of users about a hospital emergency service in ophthalmology from the perspective of responsiveness. It is a qualitative research with descriptive-exploratory design. The data were collected through semi-structured interviews with 27 users of emergency service at the Eye Hospital (HBO) in Porto Alegre-RS between July and August 2016. A script with questions about the service based on responsiveness dimensions was used to carry out the interviews. Data analysis was performed according to the technique of thematic content analysis, with identification of the following thematic categories: dignity, autonomy, communication, confidentiality, dimensions of basic amenities' quality (infrastructure), choice, social support (access to social support networks), and immediate attention (agility in service). In the interpersonal domain, 'dignity' was understood as being respected in one's own individuality, well guided and followed in one's own needs; 'autonomy' was highlighted as participation and understanding of the diagnosis and therapeutic indications to know how to deal with one's own problem; 'communication' was described as empathy, accessible language and the possibility of clarifying questions; 'confidentiality' was understood as privacy, security and trust in relation to personal information provided during the service. In the structural domain, in relation to 'infrastructure', it was highlighted the cleanliness of the rooms and the quality of the waiting room; in 'choice' the option for a specialized service in ophthalmology was mentioned; in 'social support' the possibility of a company in the doctor's appointment and the welcoming of diversity of situations was pointed out; in 'agility', long waiting time and accessibility were evidenced as well as quality and specialized care effectiveness, bearing in mind that it is a Unified Health Care System service. The fact of being a qualified public service was several times positively emphasized by the respondents. As for 'agility', the emergency service is characterized as a gateway to eye pathologies, causing, at certain moments, excessive demand and consequently long waiting time faced by the participants of the survey. What respondents most appreciated was the professionalism of the service, since it is a specialized service that goes straight to the problem, by having a well-organized risk rating system, by guiding the therapeutic care the user needs and, if necessary, forwarding him/her to another service. This characterization of professionalism largely determines users' perception. Based on these results, it is concluded that the accessibility and the quality of the HBO specialized service were the two most prominent aspects in service offered. These aspects are identified with two core dimensions of responsiveness, agility and dignity, which were perceived by the interviewed ones and matched to their expectations.

Keywords: Health Evaluation. Hospital Emergency Service. Consumer Behavior. Responsiveness.

RESUMEN

OLIVEIRA, Marcia Regina. **Evaluación de un servicio hospitalario de emergencia en Oftalmología en la perspectiva de responsividad.** 2017, 105 h., Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los usuarios sobre un servicio hospitalario de emergencia en oftalmología, en la perspectiva de la responsividad. Se trata de una investigación cualitativa de tipo descriptivo-exploratorio. Los datos han sido obtenidos a través de entrevista semiestructurada, con 27 usuarios del Servicio de Emergencia SUS del Hospital para Ojos (HBO) de Porto Alegre, de julio a agosto de 2016. Para hacer las entrevistas ha sido utilizada una pauta de preguntas sobre el atendimento, teniendo como base en la esfera de la responsividad. Los datos han sido trabajados según la técnica del análisis de contenido temático, identificando las siguientes categorías: dignidad, autonomía, comunicación, confidencialidad, calidad de la infraestructura, elección, soporte social (acceso a redes de apoyo social) y atención inmediata (agilidad en la atención). En el campo interpersonal, la dignidad ha sido entendida como ser respetado en su individualidad, bien orientado y encaminado en su necesidad; la autonomía, ha sido resaltada como participación y comprensión del diagnóstico y de las indicaciones terapéuticas para saber lidiar con su problema; la comunicación, ha sido descrita como empatía, lenguaje accesible y la posibilidad de hacer preguntas de esclarecimiento; la confidencialidad, ha sido comprendida como privacidad, seguridad y confianza en relación a las informaciones personales durante la atención. En cuanto a la esfera estructural, en la infraestructura ha sido destacada la limpieza de los ambientes y la calidad de la sala de espera; en la elección ha sido identificada la opción por un servicio especializado en oftalmología; en el soporte social ha sido indicada la posibilidad de acompañamiento durante la consulta y la acogida a la diversidad de situaciones del usuario; en la agilidad ha sido evidenciado el largo tiempo de espera y la accesibilidad, calidad y resolución de la atención especializada, teniendo presente que es un servicio público. Este hecho de ser un servicio público de calidad ha sido mencionado positivamente por varios entrevistados. En cuanto a la agilidad, el servicio de emergencia del HBO se caracteriza como puerta de entrada para todas las patologías de la visión, ocasionando, en ciertos momentos, excesiva demanda, consecuentemente largo tiempo de espera, constatada por los participantes de la investigación. Lo que los usuarios más apreciaron en el HBO es el profesionalismo de la atención, por ser un servicio especializado que va directo al problema, por tener una recepción con clasificación de riesgo bien organizado, por orientar los cuidados terapéuticos que el usuario precisa tener y, si es necesario, derivar para otro servicio de atención. Esta característica de profesionalismo determina en gran parte la percepción de los usuarios. Delante de estos resultados, se concluye que la accesibilidad y la calidad del servicio especializado HBO han sido los dos aspectos más destacados en la atención. Estos aspectos se identifican con dos dimensiones centrales de la responsividad, la agilidad y la dignidad, que han sido percibidas por los entrevistados y correspondieron a sus expectativas.

Palabras-Clave: Evaluación en salud. Servicio de Urgencia en Hospital. Comportamiento del consumidor. Responsividad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Procedência dos usuários, Porto Alegre, 2016.....	38
Quadro 2 -	Descrição dos motivos da procura pelo Serviço de Emergência do HBO, Porto Alegre, 2016.....	39
Quadro 3 -	Descrição e sistematização da análise por temas, categorização e unidades de registro, Porto Alegre, 2016.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Serviços de Emergência.....	19
3.2 Avaliação dos Serviços de Saúde.....	22
3.3 Responsividade.....	25
4 MÉTODO.....	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Cenário de investigação.....	32
4.3 Participantes do estudo.....	34
4.4 Coleta de dados.....	34
4.5 Análise dos dados.....	35
4.6 Aspectos éticos.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 Caracterização dos participantes.....	38
5.2 Domínio interpessoal da responsividade.....	42
5.3 Domínio estrutural da responsividade.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	98
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	101
ANEXO B - APROVAÇÃO DO CEP DA UFRGS.....	102

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde como um todo e qualquer serviço de saúde, em particular, precisa responder às expectativas dos usuários que buscam solução para suas necessidades de saúde. A satisfação das expectativas não depende apenas de procedimentos clínicos, mas, também, de aspectos não médicos ligados ao contexto de atendimento (MISHIMA, et al., 2016). Esses aspectos não médicos podem ser, por exemplo, o acesso ágil à emergência, o atendimento respeitoso dos profissionais, a compreensão adequada das informações dadas pelos profissionais, a adesão melhor às instruções terapêuticas, a limpeza dos espaços exteriores e interiores do hospital (SILVA, 1999).

A satisfação é definida como expectativa do usuário e essa depende da sua reação diante do atendimento, quando utiliza os serviços de saúde. A satisfação está relacionada com as experiências do usuário com outros serviços de saúde e, por consequência, com padrões de qualidade que foram sendo captados a partir dessas experiências que o leva a fazer comparações avaliativas (DALLA LANA et al., 2013).

Avaliações que abordam a satisfação dos usuários, realizadas por meio de *surveys*, se popularizaram a partir dos anos 80 nos Estados Unidos e na Europa. A satisfação tornou-se um atributo da qualidade do serviço e um objetivo a ser alcançado na sua organização (HOLANDA et al., 2012). A disseminação de estudos sobre satisfação deu visibilidade aos usuários, tornando-se um elemento central da avaliação dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2010; MOIMAZ et al., 2010).

Portanto, conhecer a satisfação dos usuários é um aspecto essencial da gestão em saúde, porque pode subsidiar decisões para a melhoria da qualidade dos serviços. Existem certos atributos efetivos do cuidado que podem ser avaliados, porque respondem às reais necessidades do usuário e conferem dignidade a todos os envolvidos no processo de atendimento (DIAS et al., 2011; DIAS; RAMOS; COSTA, 2010).

Porém, foram levantadas algumas críticas às pesquisas de satisfação, devido ao aspecto subjetivo, que possui determinantes como características individuais do paciente e diferentes expectativas e exigências em relação ao atendimento (RODRIGUES et al., 2012). A existência do viés de gratidão (*gratitude bias*), sentimento que certos pacientes podem apresentar quando conseguem atendimento, pode fazer com que possíveis problemas ligados ao atendimento fiquem em segundo plano (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010). Nesse sentido, as pesquisas de satisfação provocam muita discussão, pois usuários dos serviços públicos de saúde

podem ter um sentimento de gratidão para com o serviço e inclusive o medo de perder o atendimento, o que dificulta uma visão mais crítica (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Uma alternativa para aperfeiçoamento dos estudos sobre satisfação, proposta pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a *performance* dos sistemas de saúde, é a utilização do enfoque da responsividade, que examina a relação entre o funcionamento do sistema ou de um serviço de saúde e a satisfação do usuário, tendo como foco os elementos contextuais dessa relação (WHO, 1999; WHO, 2000).

Estudos com foco na responsividade têm a finalidade de verificar se o desempenho do sistema responde às necessidades e expectativas dos usuários (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). São avaliadas as dimensões ligadas às relações interpessoais e aos componentes organizacionais e estruturais do contexto de atendimento (WHO, 1999; WHO, 2000; SILVA, 1999; DARBY et al., 2000).

Essas dimensões incluem os seguintes aspectos de avaliação: respeito pela dignidade e pela autonomia do usuário, pela confidencialidade das informações pessoais; acesso a um atendimento rápido e à rede de apoio social, infraestrutura material do serviço de atenção e a possibilidade da escolha do profissional. Tratam-se de dimensões que incidem no ambiente em que acontecem os cuidados, portanto tem como foco os aspectos contextuais do sistema de saúde que determinam a qualidade do serviço e influenciam na saúde das pessoas (HOLLANDA et al., 2012).

A capacidade de resposta é um parâmetro para avaliar os aspectos estruturais, organizacionais e ambientais de um serviço, sendo central para a qualidade e o desempenho do atendimento, como um fator importante para que os cuidados de saúde dos usuários e o sistema sejam resolutivos (BAZZAZ et al., 2015). Viacava et al. (2004) defendem que não se pode avaliar um sistema de saúde apenas com critérios individuais sem levar em consideração os impactos das condições sociais, econômicas e ambientais sobre a saúde da população e como o sistema responde a eles.

Alguns serviços do sistema de saúde que têm características específicas são as unidades de emergência. No Brasil, esses serviços têm uma complexidade própria, pois seus atendimentos dependem, em geral, de ocorrências produzidas pela crise social como violência, pobreza etc. e pela crise do próprio sistema de saúde em solucionar problemas não resolvidos em outros níveis da atenção (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; SOARES, 2013; GOMIDE et al., 2012; PELEGRINI et al., 2010).

Um setor específico de urgência com suas peculiaridades e características próprias é o serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, pela atenção e assistência especializada que necessitam os eventos ligados à saúde ocular, por tratar de distúrbios de um órgão complexo como o olho e de uma cuidadosa e aprimorada recuperação da vista, que exige sofisticação profissional e tecnológica (PEREIRA et al., 2011).

Os serviços de emergência têm uma sobrecarga de atendimento que está para além de sua capacidade instalada, representando um grave obstáculo no funcionamento do sistema e exigindo uma discussão sobre os fatores que ocasionam uma situação caótica (MORAIS; MELLEIRO, 2013). Como para muitos usuários os serviços de emergência são a porta de entrada do sistema e, a partir dela, devem poder transitar em pontos da rede, o Ministério da Saúde instituiu a rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Os serviços de emergência oftalmológica têm capacidade para fazer um bom prognóstico, mas a prática da prevenção em oftalmologia é dificultada pela busca tardia e a falta de acompanhamento continuado, condições necessárias para a resolutividade (BRASIL, 2008). Sendo assim, em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, que organiza linhas de cuidado integrais em relação à visão. Um dos componentes essenciais dessa política foi a criação de serviços de emergência especializados em oftalmologia (BRASIL, 2008).

Neste estudo, interessam os Hospitais classificados como de Referência que são aquelas unidades aptas a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao nível 3 de alta complexidade, certificada por sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Essas unidades devem contar com estrutura física e recursos tecnológicos e humanos apropriados para integrarem o Sistema Estadual de Referência, tornando-se referência em assistência hospitalar de emergência e urgência em oftalmologia.

Existem várias causas para o atendimento de urgência ocular: traumas ou infecções oculares, tumores, descolamento de retina e uveíte (PIERRE FILHO et al., 2010). Os traumas apresentam uma grande prevalência nas urgências, principalmente aqueles devido a causas ocupacionais (CECCHETTI et al., 2008).

Pesquisas realizadas no sul do Brasil apresentam como prevalência, além dos traumas, as inflamações palpebrais e conjuntivites (ADAN NETTO; ROLIM; MÜLLER, 2006; ADAN NETTO et al., 2006). Estudos demonstram que conjuntivites e traumas oculares são tratados nos serviços de emergência para o atendimento da ocorrência (SOARES; ADAM NETTO; SOARES, 2010; CABRAL et al., 2013).

Nas morbidades em relação à visão em geral, o prognóstico é tardio, pois o oftalmologista não foi o primeiro profissional consultado. Portanto, quando esses casos aparecem nas emergências oftalmológicas, os profissionais têm que ter competência para detectar o problema e indicar o tratamento adequado, pois pode existir uma agudização do evento comprometendo a capacidade visual (LEONOR et al., 2009).

Indivíduos com distúrbios oculares, que ocorrem às unidades básicas de saúde, ainda não em fase clínica, isto é, quando ainda não está definida a gravidade do caso, são sub-identificados por falta de um bom diagnóstico. Se fossem identificados, muitos casos de redução da capacidade visual, poderiam ser evitados. Para prever um prognóstico sobre a possibilidade de cegueira é importante fazer um bom diagnóstico e propor uma terapêutica adequada das afecções oculares e isso pode ocorrer nos serviços de emergência (PIERRE FILHO et al., 2010; VARGAS; RODRIGUES, 2010). Nesse sentido, o serviço de emergência em oftalmologia é uma das portas de entrada do sistema e, praticamente o único contato com os pacientes acometidos por distúrbios oculares. Tornando-se, por isso, o lugar para o planejamento de ações de prevenção (ROCHA, 2012).

Ainda não existem estudos que avaliam a responsividade de serviços de emergência em oftalmologia. Os que existem são estudos que avaliam a qualidade desses serviços, mas não consideram as dimensões que compõem a responsividade.

O interesse da autora pelo tema da responsividade em serviço de emergência em oftalmologia surgiu da sua atuação como coordenadora do programa de humanização de um hospital especializado em oftalmologia e das suas preocupações com a qualidade do atendimento e a satisfação do usuário, percebendo assim a necessidade de dados que pudessem auxiliar no processo de gestão, do cuidado em saúde e de implantação de melhorias nos serviços.

A análise das percepções dos usuários, pautada em aspectos que compõem as dimensões da responsividade, deve levar em consideração: respeito pela dignidade, pela autonomia do usuário e pela confidencialidade das informações pessoais; acesso a um atendimento ágil, a possibilidade da escolha do profissional e a rede de apoio social; infraestrutura material do serviço de atenção.

Com base no exposto, definiu-se como objeto de estudo a análise da percepção do usuário sobre a sua expectativa de resposta do serviço de emergência na perspectiva da responsividade e a compreensão dos elementos que configuram a resposta a essa expectativa, com foco no que acontece no momento do atendimento. Assim, a questão norteadora do estudo

é: Como os usuários avaliam um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o domínio interpessoal da responsividade: dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade;
- Analisar o domínio estrutural da responsividade: qualidade de amenidades básicas (infraestrutura), escolha, suporte social (acesso a redes de apoio social) e atenção imediata (agilidade no atendimento).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Serviços de Emergência

A Rede de Atenção às Urgências tem o objetivo de articular e integrar os diferentes equipamentos e tecnologias da saúde, oportunizando uma assistência ágil, integral e resolutiva aos usuários que procuram os serviços de urgência. Para alcançar esse objetivo seus fluxos assistenciais devem estar baseados no acolhimento com classificação de risco e seus processos de trabalhos pautados por indicadores de qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

A grave crise dos serviços de urgência e emergência nos anos 90 levou a uma tomada de posição do Ministério da Saúde a partir de 1999 no sentido de melhorar e normatizar esse tipo de atendimento por meio de sucessivas Portarias Ministeriais que foram reunidas, em 2006, na Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006), que, por sua vez, foi reformulada pela Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011, objetivando organizar a urgência em rede (BRASIL, 2011). As diferentes portarias significaram intentos e correções para melhorar o atendimento e os processos de trabalho, chegando à organização que se conhece hoje, caracterizada principalmente por uma política de padronização e regionalização da atenção e numa tentativa de rede (BRASIL, 2013; SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

Três aspectos normativos são centrais nestas portarias: 1) a regulação médica dos procedimentos de urgência que operacionalizam e organizam esse tipo de atendimento pelas Centrais de Regulação Médica da Urgência; 2) a organização de sistemas estaduais regionalizados de urgências e emergência com normas e critérios de funcionamento tanto em nível pré-hospitalar quanto hospitalar; 3) ordenamento dos fluxos de referência e contra referência de pacientes da urgência com os outros níveis da atenção no sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Por ser um serviço de extrema complexidade, essa rede de atenção está sendo implementada gradativamente seguindo critérios epidemiológicos, populacionais e territoriais. Existem várias fases para sua implementação e operacionalização: 1) Adesão e diagnóstico da situação dos serviços locais de urgência; 2) Desenho Regional da Rede; 3) Contratualização dos Pontos de Atenção; 4) Qualificação dos Componentes; 5) Certificação (BRASIL, 2011).

Essa rede complexa é formada por diversos componentes: “I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de

Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar” (BRASIL, 2011).

Diferentes tipos de Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências estão contempladas na Portaria GM n.o 2.048: a) Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I e II; b) Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I e II; c) Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III. Assim, as Unidades de Referência correspondem, respectivamente, aos Hospitais de Tipo I, II e III definidos segundo os critérios de classificação estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 479, de 15 de abril de 1999 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Para que o setor de emergência oftalmológica funcionasse segundo a lógica do SUS, foi necessária uma política pública para o setor, considerando os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade como direitos do usuário. A especificidade desse tipo de serviço exige diretrizes apropriadas que possam garantir a efetivação do direito ao acesso universal, ao cuidado integral e aos recursos necessários para a saúde ocular. A particularidade do atendimento e a necessária criação de centros regionais de atenção especializada requereram a formulação de uma política específica.

Por isso, em 2008, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a Portaria 957 que instituiu a Política Nacional de Atenção à Oftalmologia, que organiza linhas de cuidado integrais em relação à visão; identifica determinantes e condicionantes das principais patologias da visão; amplia a cobertura universal para o atendimento dessas patologias; define critérios para o funcionamento de unidades de Atenção Especializada; propõe processos e métodos de coleta e análise de resultados das ações implementadas pela política; sugere qualificações para a assistência por meio da educação permanente. Além disso, instaura a Atenção Especializada e Emergência em Oftalmologia; a organização das Redes de Atenção à oftalmologia; sistema de informação; protocolos de conduta para o aprimoramento do atendimento; e capacitação e educação permanente para as equipes de saúde (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Oftalmologia propõe diferentes componentes funcionando em rede: 1) Atenção Básica que realiza trabalho de promoção da saúde ocular e de prevenção dos danos, da recuperação da vista e do acompanhamento dessa recuperação; 2) Atenção Especializada em Oftalmologia, que oferece o diagnóstico e a terapêutica especializada ao usuário acometido por distúrbios oculares pelos procedimentos de média e alta complexidade;

3) Organização das Redes Regionais de Atenção em Oftalmologia, cujas ações deverão ser realizadas em Hospitais Gerais ou de Referência, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica; 4) Sistema de informação e regulamentação dos serviços de oftalmologia; 5) Acesso à assistência farmacêutica e aos recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas necessárias a serem disponibilizadas pelo SUS; 6) Capacitação e Educação permanente dos profissionais dos serviços de oftalmologia (BRASIL, 2008).

Essas diretrizes para o atendimento em Oftalmologia pretendem criar as condições e propor dispositivos e serviços para a concretização dos princípios do SUS no âmbito da saúde da visão. Para a compreensão desses princípios, as reflexões de Paim e Silva (2010) sobre a universalidade, equidade e integralidade no SUS podem servir de base. O princípio da universalidade propõe a construção de vias possíveis para que todos tenham, em igualdade de condições, acesso aos serviços necessários para responder às suas afecções oculares desde o nível primário que deve servir de porta de entrada ao sistema até níveis mais complexos como especialidade oftalmológica acessível e hospitais de referência para patologias oculares (SATTO, 2015).

O princípio da equidade completa a universalidade, ao defender um tratamento desigual para os desiguais, porque as classes socialmente desfavorecidas têm mais dificuldades de aceder a esses serviços de oftalmologia e por isso são necessárias políticas afirmativas que tentam minimizar as desigualdades no acesso por meio de um fortalecimento da prevenção de doenças oculares e promoção da saúde da visão ao nível da atenção primária que é a porta de entrada do sistema (PAIM; SILVA, 2010; SATTO, 2015).

A integralidade completa os outros dois princípios, porque qualifica as práticas, os processos de trabalho e o próprio sistema nessa área. A prática integral significa um cuidado que está atento aos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais da assistência oftalmológica. Processos de trabalho integrais compreendem o uso de diferentes tecnologias para acolher e responder às necessidades oculares do usuário. A integralidade do sistema exprime a articulação e o entrosamento da rede de serviços, permitindo o acesso a níveis mais complexos de assistência oftalmológica. O caráter sistêmico e integral das diferentes intervenções em saúde da visão poderia assegurar maior efetividade nas respostas às afecções oculares (PAIM; SILVA, 2010; SATTO, 2015).

A Política Nacional da Rede de Atenção às Urgências, nas suas diretrizes, relaciona a necessidade do monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que garantam a efetividade e a resolutividade da atenção. Para alcançar este

objetivo, foi determinada a criação de Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências, encarregados de discutir e implementar correções necessárias, por meio de avaliações e pactuações com os atores envolvidos, para que a atenção integral aconteça nas urgências. Estes comitês devem apresentar indicadores regionalizados por Estado e comunicar êxitos e dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentados na implementação da rede de atenção às urgências (BRASIL, 2011; CHAVES; TANAKA; TAMAKI, 2012).

O monitoramento da qualidade dos serviços de urgência pelos indicadores de desempenho avaliados e pactuados pelos atores do serviço são também uma necessidade nos serviços hospitalares de emergência em oftalmologia. Os serviços de emergência caracterizam-se por tecnologias e processos de trabalho complexos, necessários para um bom prognóstico de distúrbios oculares, e por refletir as condições sociais de riscos para os usuários atendidos que necessitam ações educativas de prevenção para o direito a uma boa visão (BRASIL, 2008).

3.2 Avaliação dos Serviços de Saúde

Nos estudos de avaliação, uma referência obrigatória é Donabedian. Em 1980, o autor definiu que uma intervenção de saúde tem qualidade quando está baseada em conhecimento científico e tecnológico, incorpora saberes práticos, promove relações interpessoais e faz um balanceamento favorável entre benefícios, riscos e custos (DONABEDIAN, 1980). Portanto, o autor conjuga ciência e tecnologia com saber prático no cuidado em saúde, conjugação que necessita das relações interpessoais para que se torne “arte do cuidado”. Mas o foco central para a qualidade do cuidado é relação entre benefícios, riscos e custos. Em 1988, Donabedian propôs dois tipos de avaliação: 1. avaliação qualitativa dos serviços, tendo como parâmetros o relacionamento com o paciente, as instalações e o desempenho técnico; 2. avaliação qualitativa do cuidado à saúde, que tem como foco a estrutura, que inclui os recursos utilizados, o processo referido aos procedimentos empregados para resolver os problemas dos pacientes e os resultados, que compreende o estado de saúde do paciente ou de um grupo e a sua satisfação, frutos das ações do serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Pouco depois, Donabedian (1990) explicitou os sete pilares da qualidade do cuidado que permitem avaliar as práticas de saúde:

- eficácia: refere-se à competência para o cuidado;
- efetividade: compreende o alcance do resultado de melhoria da saúde;
- eficiência: explicita a relação entre o maior resultado e o menor custo financeiro;

- otimização: abrange o melhor cuidado obtido da relação custo/benefício;
- aceitabilidade: abarca a adaptação do cuidado às expectativas e valores do paciente e familiares;
- legitimidade: significa a conformidade das preferências com a aceitabilidade;
- equidade: indica a distribuição dos cuidados para alcançar os resultados na saúde.

Donabedian propôs, inspirado na teoria sistêmica, a célebre tríade “Estrutura, Processo, Resultado” como uma forma simples e acessível de avaliar a qualidade do cuidado na saúde. Mas ele alertou que a tríade só seria factível para avaliar se o ponto de partida fosse uma relação de causalidade entre os três numa determinada realidade, tendo presente que estrutura, processo e resultado têm significados diferentes dependendo dos contextos. Por outro lado, Donabedian afirmou que, dentre os três, o processo é a forma mais direta para avaliar a qualidade do cuidado e para melhorar o serviço de saúde. Os resultados são muito importantes, mas não servem para medir, porque podem não ser consequência da intervenção empreendida para essa melhoria, já que interferem também outros fatores (DONABEDIAN, 2003).

Avaliações necessitam de tempo e recursos, mas em geral existem premência quanto ao tempo, para tomadas de decisão que pedem soluções imediatas. A capacidade avaliativa pretende subsidiar processos decisórios em contextos complexos onde interferem múltiplos fatores, condicionadores da saúde. Nesse sentido, avaliar é oferecer conhecimentos que subsidiem tomadas de decisão em processos de gestão que sejam eficientes, eficazes e efetivos. Por outro lado, a avaliação deve ser objetiva, porque suas propostas têm que ser factíveis dentro do prazo e dos recursos disponíveis, obrigando, muitas vezes, a simplificar e limitar o processo de avaliação e a relativizar sua precisão e abrangência, mas preservando o que é essencial: contribuir para uma tomada de decisão e sua implementação (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Ao mesmo tempo, a avaliação tem que estar sintonizada com o contexto da realidade a ser avaliada, com as necessidades de saúde da população afetada por essa realidade, com as escolhas dos problemas a serem resolvidos, com os atores envolvidos na decisão e com a capacidade técnica para implementar o que for decidido. O avaliador precisa escolher critérios, indicadores e parâmetros que dêem conta dessa diversidade. Essa escolha é importante porque permite direcionar o processo avaliativo para decisões que produzam resultados em relação às necessidades de saúde da população (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Os indicadores demonstram a melhor imagem possível da realidade a ser avaliada, considerando as suas múltiplas facetas e diversas possibilidades. A escolha desses indicadores constitui-se numas das tarefas mais críticas para o avaliador. Tanaka e Tamaki (2012)

apresentam alguns requisitos particulares que esses indicadores devem conter: capacidade de responder ao problema que desencadeou a avaliação; poder de síntese para descrever o fenômeno a ser avaliado; ser factível de obter os resultados de acordo com o tempo e os recursos disponíveis; capacidade de mobilizar recursos por parte de quem tem o poder de decidir e implementar o que for decidido; ser um conjunto limitado de indicadores que viabilizem a aceitação e implementação do resultado pelos envolvidos na decisão; aceitabilidade pelos implicados na implementação; possuir um parâmetro correspondente com o qual o resultado da avaliação possa ser comparado.

Seis princípios devem caracterizar o processo avaliativo para que alcance os seus objetivos: utilidade para a tomada de decisão sobre o funcionamento do serviço; oportunidade quanto ao momento e ao prazo da avaliação para chegar ao seu resultado; factibilidade quanto a capacidade de produzir os efeitos esperados das decisões tomadas; confiabilidade quanto à racionalidade, coerência e consistência do processo para que a avaliação seja considerada válida e aceitável pelos envolvidos; objetividade quanto à existência possível de limites para a efetivação da avaliação e portanto um realismo quanto a maior contribuição possível para a tomada de decisão; direcionalidade quanto à resolução dos problemas que deram origem à avaliação (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No processo avaliativo os indicadores possibilitam uma gestão orientada por resultados, tornando-se uma atividade que faz parte da própria gestão, essencial para o bom funcionamento das instituições. O caráter institucional da avaliação exige a definição das responsabilidades dos atores desse processo e sua integração no próprio sistema organizacional para que possa influenciar o permanente comportamento avaliativo. Essa institucionalização exige três requisitos operacionais: inserção organizacional da avaliação na própria estrutura; introdução de práticas avaliativas nos processos pelas abordagens contratuais e metodológicas; utilidade da avaliação pela sua relação entre gestão e tomada de decisão. Isso significa criar uma cultura avaliativa na organização que fortaleça a capacidade analítica dos atores envolvidos pela introdução de processos continuados de monitoramento e avaliação dos resultados obtidos, como suporte para o planejamento e a gestão (HARTZ, 2012; CARVALHO et al., 2012; FELISBERTO; ALVES; BEZERRA, 2010).

A inserção de práticas avaliativas na organização subsidia a tomada de decisões que permitem mudanças na construção e implementação de projetos, programas e políticas de saúde, exigindo mecanismos pactuados que definam responsabilidades e ações rumo a objetivos de melhoria da qualidade dos serviços (FIGUERÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010;

CHAMPAGNE, et al., 2011; CARVALHO et al., 2012). O ato avaliativo compreende um conjunto de práticas ético-políticas que englobam tanto intenções quanto ações de analisar intervenções humanas sobre determinada realidade, permitindo novas aprendizagens e conhecimentos para a gestão (BARROS et al., 2011).

3.3 Responsividade

Os estudos de satisfação estão centrados nas dimensões clínicas do cuidado à saúde, na respectiva relação médico-paciente, os da responsividade (*responsiveness*), estão focados nas percepções individuais e sobre as expectativas legitimadas universalmente e em aspectos não diretamente ligados ao estado de saúde, perguntando sobre o que acontece, quando o usuário interage com o sistema. Nessas pesquisas, os direitos individuais e de cidadania do usuário tornam-se critérios de avaliação do acesso e utilização dos serviços e sistema de saúde (WHO, 1999; WHO, 2000; SILVA, 1999; DARBY et al., 2000; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). As pesquisas de responsividade buscaram dar objetividade às perguntas direcionadas aos usuários em sua avaliação dos serviços (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Segundo Valentine et al. (2008) a responsividade inclui os seguintes aspectos de avaliação: a) domínio interpessoal (respeito às pessoas), que compreende as seguintes dimensões: dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade; b) domínio estrutural (orientação para o cliente) que inclui as dimensões da qualidade de amenidades básicas (infraestrutura), escolha, suporte social (acesso a redes de apoio social) e atenção imediata (agilidade no atendimento).

Os documentos da Organização Mundial da Saúde definem os sete aspectos que integram a avaliação da responsividade: a) *dignidade* significa o usuário ser tratado como pessoa, com seus direitos sobre si mesmo, e não meramente como um paciente, reduzido à passividade devido às suas incapacidades e assimetrias diante dos profissionais; b) *autonomia* compreende a autodeterminação a respeito das informações sobre a sua doença e o consentimento informado sobre o tipo de tratamento a ser empregado; c) *confidencialidade* diz respeito a não divulgação das informações sobre a doença e seu itinerário de tratamento, exceto em situações determinadas e com prévio consentimento do próprio usuário; d) *agilidade no atendimento* define-se pelo direito a um rápido atendimento nas emergências, em situações de eventos agudos receber o cuidado num período de tempo razoável e não esperar muito tempo nas filas para consultas e tratamentos; e) *qualidade da infraestrutura material* compreende,

entre outras coisas, limpeza do espaço de recepção, manutenção do prédio, banheiros limpos, ar condicionado, água potável, uso no atendimento de roupas limpas e apropriadas; f) *apoio social* significa facilidade de comunicação com os que atendem, acesso aos recursos e informações necessárias para o atendimento, a possibilidade do acompanhamento de familiares e amigos e respeito pela sensibilidade religiosa do usuário; g) *possibilidade da escolha do profissional cuidador* abre as condições para criação de confiança, promovendo a dignidade e a autonomia do usuário (SILVA,1999; SILVA; VALENTINE, 2000; COULTER; JENKINSON, 2005).

Em documento que discute conceitos, domínios e operacionalização da responsividade dos sistemas de saúde (VALENTINE et al., 2003) e nas diretrizes do estudo Multi-Country Survey Study (WHO, 2005) aparece um oitavo aspecto, que é a comunicação, definida como ser escutado com atenção, receber explicação do profissional que seja compreensível e ter a oportunidade de perguntar se ainda existirem dúvidas.

Um instrumento contemplando essas dimensões foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999) e aplicado em 191 países, denominado de Pesquisa Mundial da Saúde. A partir desses dados foi realizado um estudo comparativo entre diversos países (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000; SILVA; VALENTINE, 2000). Nesses estudos os elementos da responsividade receberam escores numa escala de 0 a 10.

Conforme descrito por Silva e Valentine (2000), em relação aos diferentes elementos da responsividade, numa escala de 0 a 10, o sistema de saúde brasileiro recebeu os seguintes escores: Dignidade 4.76, Autonomia 4.39, Confidencialidade 6.42, Atendimento ágil 4.94, Apoio social 6.22, Instalações 4.72, Escolha do profissional 4.67.

Numa classificação de 35 países, o Brasil apareceu em 24º. lugar com score de 5.15, levando em consideração todos os elementos, antes do ajustamento para sistemáticas variações não substanciais, e score 4.81 em 23º. lugar depois do ajustamento (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000)

Ao lado de outros países (Bangladesh, Bolívia, Sri Lanka, Trinidad Tobago, Chile, Burkina Faso, Nepal, Peru e Uganda) o Brasil ficou abaixo de 4.50 no quesito autonomia. Tomando em consideração esse componente, a consulta ao paciente sobre as preferências e opções em relação ao tratamento ficou abaixo de 2. No elemento dignidade, a possibilidade do usuário poder discutir com o profissional suas preocupações teve baixo escore, assim como o respeito em relação a grupos discriminados como os homossexuais (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000; SILVA; VALENTINE, 2000).

Embora se reconheça que a Pesquisa Mundial da Saúde teve objetivos válidos, o relatório foi muito criticado pelos conceitos em que se baseou e pelo tipo de metodologia utilizada, misturando indicadores diferentes numa única medida e pela falta de praticidade para melhorar as políticas públicas (WILLIAMS, 2001; NAVARRO, 2000; BRAVEMAN; STARFIELD; GEIGER 2001; ALMEIDA et al., 2001).

Diante dessas críticas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aceitou e sugeriu reformulações no instrumento, acrescentando quesitos em relação ao acesso, à cobertura e à utilização dos serviços. Nesse contexto, o governo brasileiro fez em 2002 um acordo com a OMS para uma pesquisa no Brasil, desenvolvida e executada pela Fiocruz. O questionário foi reformulado e adaptado às peculiaridades do contexto brasileiro e aplicado em 2003 a 5.000 domicílios (SZWARCOWALD; VIACAVA, 2005; SZWARCOWALD; VIACAVA, 2008). Por exemplo, em pesquisa realizada no Brasil, para os usuários de serviços ambulatoriais, o tempo de espera mostrou a mais baixa satisfação e para pacientes internados em hospital foi a escolha do profissional que teve a pior avaliação (GOUVEIA et al., 2005), mostrando que o desejo de optar pelo profissional depende do nível de atenção.

A escolha do profissional, proposta pela Organização Mundial da Saúde, é difícil de aplicar no contexto do SUS pelo modo como o sistema é organizado (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010). Portanto, não se pode avaliar essas dimensões da responsividade sem ter presente o tipo de sistema de saúde ao qual são aplicados esses indicadores.

Viacava et al. (2004) propuseram uma reflexão e uma proposta de metodologia de avaliação na perspectiva da responsividade que levasse em consideração as peculiaridades de um sistema público universal como o SUS, no qual a equidade é um dos seus princípios fundamentais. As reflexões tinham a intenção de compreender quais fatores determinam um desempenho mais eficaz e eficiente do SUS, com equidade, e como consequência qualificar as políticas públicas e monitorar as desigualdades de grupos sociais no acesso e qualidade dos serviços (VIACAVA et al., 2004).

Fundados nessa perspectiva, Andrade, Vaitsman e Farias (2010) elaboraram um instrumento, denominado “Índice de Responsividade do Serviço” (IRS), para avaliar satisfação dos usuários. O instrumento agrupou os componentes propostos pela Organização Mundial da Saúde em duas grandes dimensões: respeito às pessoas (dignidade, confidencialidade e atendimento) e orientação para o cliente (agilidade, instalações, informação e comunicação). O IRS expressa as percepções positivas e/ou negativas dos usuários a respeito da organização

mediante essas duas dimensões. O objetivo da utilização do IRS é possibilitar intervenções que melhorem a qualidade do atendimento e acompanhar essas mudanças em prol da responsividade do serviço.

O IRS foi aplicado em uma instituição de atendimento à saúde da Fundação Osvaldo Cruz, sendo identificado que a dimensão do respeito às pessoas teve escores mais altos na instituição pesquisada (dignidade: excelente; comunicação profissional/paciente: excelente; confidencialidade: muito boa) do que a orientação para o cliente (comunicação/informação do hospital: regular; instalações: regular; agilidade: ruim). Tomando esse último aspecto, o valor do índice da variável agilidade diminuiu conforme aumentava a escolaridade, confirmando o que diz a literatura de que a escolaridade influi na avaliação dos serviços (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Em estudo feito por Hollanda et al., (2012) foram avaliadas as dimensões agilidade, dignidade, instalações e informações, por meio de um questionário estruturado com 86 perguntas, aplicado a três serviços de saúde ligados à Fundação Osvaldo Cruz: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) especializado em doenças infecciosas, Instituto Fernandes Figueira (IFF) especializado em saúde da mulher e da criança, Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Escola Nacional de Saúde Pública (CSEGSF/ENSP) que presta atendimento geral da população de um bairro.

O primeiro aspecto que o estudo ressaltou é a relação entre expectativa e satisfação. A população tem uma expectativa de maior qualidade nos serviços ligados à Fiocruz e isso poderia influir na satisfação. Por isso o questionário perguntou primeiro se os serviços da Fiocruz eram “muito melhor”, “melhor”, “igual”, “pior” ou “muito pior” do que outras unidades públicas de saúde. A maioria (76%) considerou os serviços da Fiocruz melhores do que outras unidades. Mas não foi encontrada uma correlação inversa entre satisfação e expectativa. A média de satisfação foi alta (9,1) superando a da expectativa (8,4) para as três instituições pesquisadas, mas foi menor a satisfação na CSEGSF/ENSP e a explicação pode ser porque esse último serviço não é especializado, pois em geral unidades mais especializadas tendem a ser mais bem avaliadas do que outros serviços não especializados (HOLLANDA et al., 2012).

Quanto às quatro dimensões da responsividade: na agilidade do atendimento 40% esperaram acima do tempo e o menor tempo foi no IPEC (28,5%); no atendimento prestado pelos profissionais (dignidade), a Fiocruz foi muito bem avaliada, mas as variações dependiam da categoria dos profissionais e dos setores, indo o índice mais alto para os mais especializados; no aspecto instalações, a limpeza foi considerada boa ou muito boa, mas com respeito aos

banheiros foi muito baixa; no componente sigilo das informações o percentual foi muito baixo, aspecto ligado à maior falha nos serviços, a falta de privacidade nas consultas (HOLLANDA et al., 2012).

Aqui também se repete uma constante, presente no estudo anterior do IRS de Andrade, Vaitsman e Farias, (2010): o atendimento dos profissionais (respeito às pessoas) é melhor avaliado do que a estrutura física dos serviços (orientação para o cliente). Os aspectos relacionados com o respeito à pessoa dependem do clima de atendimento, enquanto que o acesso e a infraestrutura estão relacionados com o aspecto organizacional e estrutural do atendimento. Portanto, a responsividade irá avaliar, por um lado, a dimensão relacional e, por outro lado, a dimensão organizacional e estrutural do serviço, que são aspectos contextuais que determinam a qualidade do serviço (GAKIDOU; MURRAY; FRENK, 2000).

Coulter e Jenkinson (2005) publicaram resultados sobre a visão dos pacientes europeus sobre a responsividade do sistema de saúde e dos cuidadores. Participantes da Suíça e do Reino Unido reportaram altos índices de satisfação quanto às habilidades de comunicação dos médicos, enquanto que os da Polônia estavam muito insatisfeitos. Os jovens eram mais críticos que os idosos e os jovens (74%) também tinham expectativas de participar nas decisões sobre o seu tratamento (autonomia). A maioria dos entrevistados reportou que deveriam ter a chance de escolher o profissional cuidador de atenção primária, o profissional especialista e o hospital, mas menos que a metade falou que teriam a informação suficiente para uma decisão informada. Houve significativas variações entre os países quanto ao nível de envolvimento e satisfação com respeito às oportunidades de escolha (COULTER; JENKINSON, 2005).

A aplicação de um *survey* da OMS sobre responsividade dos sistemas de saúde em 41 países mostrou quais aspectos não clínicos do cuidado são mais importantes. Os domínios da responsividade foram divididos em aspectos interpessoais (dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade) e estruturais (instalações, escolha do profissional, apoio social e agilidade no atendimento). As variações referiram-se às diferenças entre os países e entre subpopulações no mesmo país. A agilidade do atendimento adquiriu o escore mais alto entre os países. A dignidade apareceu em segundo lugar, seguida da comunicação. Acesso ao apoio social teve o menor escore. A convergência foi maior nas subpopulações dentro dos países do que entre os países. Contudo, entre os diversos países houve maior convergência do que divergência. Esses resultados podem ajudar a encontrar critérios para a melhoria da qualidade durante o processo de reforma da saúde (VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008).

Num estudo feito em Taiwan cinco fatores (respeito, acesso, confidencialidade, instalações e apoio social) mostraram consistência em relação à totalidade das variantes e quatro (respeito, acesso, confidencialidade, instalações), menos apoio social, mostraram correlação significativa com o escore total da responsividade (HSU et al., 2006). Pesquisa feita na Romênia sobre a responsividade do sistema de saúde evidenciou várias dimensões importantes para a avaliação da performance do sistema: *aceitabilidade* conferida pela resposta às expectativas; *acessibilidade* quanto ao como, onde e quando receber atendimento; *adequação* se responde às necessidades e está baseada nas normas; *competência* para escolher conhecimentos e habilidades necessárias; *continuidade* pela coordenação e integração dos serviços; *efetividade* na operacionalidade do sistema; *eficiência* para alcançar melhores resultados; *segurança* para minimizar riscos (RISTEA et al., 2009).

Em pesquisa sobre vários setores do sistema de saúde da China, a responsividade das instituições de internamento hospitalar era melhor do que os setores extra hospitalares. Mulheres e jovens consideravam o regime de internamento hospitalar mais responsivo, enquanto que homens e pessoas com maior escolaridade, consideravam os serviços extra hospitalares. A agilidade e o atendimento respeitoso foram os domínios com melhor desempenho (KOWAL et al., 2011).

Estudo sobre a experiência de idosos da África do Sul com respeito à responsividade do sistema de saúde em que, 71% recebiam cuidados como internados hospitalares e 69% cuidados em regime extra hospitalar mostrou que, para os internados, a autonomia e o atendimento rápido obtiveram os índices mais baixos, enquanto que a qualidade, a confidencialidade e a dignidade foram os mais altos escores de responsividade. Para os que receberam atendimento extra hospitalar, o atendimento ágil foi o mais baixo, enquanto que qualidade, confidencialidade e dignidade foram os mais altos índices. A responsividade percebida pelos idosos, tanto internados ou não, era mais alta em relação às instituições privadas do que públicas (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012).

Outro estudo feito na Nigéria avaliou a responsividade de hospitais públicos e privados da cidade de Lagos e apontou significativas diferenças entre os dois, com melhores performances em relação aos hospitais privados, principalmente nas dimensões da dignidade, tempo de espera e acessibilidade geográfica para chegar ao hospital (ADESANYA et al., 2012).

Um estudo para avaliar a responsividade em relação a adultos com alguma deficiência física, realizado na cidade de Islamabad, no Paquistão, identificou várias barreiras devido à vulnerabilidade das pessoas com deficiência, falta de profissionais preparados para atender

essas pessoas, falta de prioridade e falta de um sistema de referência. Quanto ao aspecto cultural existiram barreiras especiais em relação às mulheres (HABIBULLAH, 2012).

Pesquisa realizada no sul da Tailândia sobre a percepção de mulheres sobre a satisfação e a responsividade em relação ao parto realizado em hospital apontou como motivação para a decisão da mulher, em ordem de importância: agilidade no atendimento, dignidade, comunicação fácil, autonomia, instalações, confidencialidade, escolha do profissional cuidador e apoio social. A maioria das mulheres atribuiu altos escores (80%) para dignidade, fácil comunicação, agilidade no atendimento e autonomia. Comparando mulheres com assistência de cobertura universal em relação aquelas de convênios, essas últimas atribuíram maiores escores para a dignidade, confidencialidade e escolha do profissional cuidador. A satisfação das mulheres em relação ao cuidado dispensado mostrou-se significativamente associada a todas as dimensões da responsividade, menos quanto à escolha do profissional (LIABSUETRAKUL et al., 2012).

Estudo desenvolvido no Irã avaliando a responsividade dos hospitais gerais apontou que tanto o apoio social durante a hospitalização quanto a confidencialidade em relação às informações sobre o paciente tiveram os mais altos escores, enquanto que a participação do paciente no processo de decisão sobre o seu tratamento recebeu o menor escore. Não houve diferenças significativas nos escores em relação aos hospitais públicos e privados (EBRAHIMIPOUR et al., 2013).

Um terceiro estudo realizado no Irã pesquisou a responsividade do sistema de saúde com respeito às internações em 10 hospitais: acadêmicos (seis) e não acadêmicos (quatro). O escore total da responsividade foi de 7.12 ± 1.31 nos hospitais acadêmicos e 6.99 ± 1.38 nos hospitais não-acadêmicos. Não houve diferença significativa entre o total dos escores dos dois grupos ($p=0.38$). A responsividade do cuidado foi maior em hospitais privados (8.35 ± 0.95) do que em outros tipos de hospitais e os hospitais de caridade tiveram o escore mais baixo (5.98 ± 0.51) (BAZZAZ et al., 2015).

Tendo presente os diferentes estudos apresentados acima, constata-se que na perspectiva da responsividade, um indicador de qualidade são as expectativas de satisfação dos indivíduos, quanto aos aspectos relacionais que definem a qualidade do atendimento e quanto aos fatores estruturais que demonstram o funcionamento do serviço.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com delineamento descritivo-exploratório, pois pretende descrever as características de determinada população ou fenômeno e adquirir familiaridade com o problema de investigação tal como se apresenta, seu significado e contexto onde se insere, para compreendê-lo mais em profundidade, chegando a intuições e hipóteses sobre o grupo estudado ou o fenômeno pesquisado (PRADO et al., 2013; GIL, 2002).

A abordagem qualitativa tem a intenção de captar as percepções e os significados dados pelos usuários ao ambiente de atendimento (MINAYO, 2010), respondendo a questões muito particulares, que procuram compreender o significado da experiência ou explorar um fenômeno do ponto de vista do outro, entendido como parte da realidade social (PRADO et al., 2013).

4.2 Cenário de investigação

A pesquisa foi realizada no Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos (HBO) de Porto Alegre. O HBO -uma das Instituições da Rede Verzeri, é filantrópica e sem fins lucrativos. Fundada há 60 anos pelas Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus, é referência em média e alta complexidade, atendendo todas as subespecialidades de oftalmologia no estado do Rio Grande do Sul. Tem sob sua responsabilidade um Programa de Residência Médica em Oftalmologia como uma modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu, destinado a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ensino e treinamento em serviço.

Os atendimentos são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por convênios médicos ou pelo sistema particular, realizando consultas médicas, exames e cirurgias oftalmológicas. Oferece os seguintes serviços: centro de consultas, centro cirúrgico, centro de exames e diagnóstico, centro de reabilitação visual, pronto atendimento, consultas eletivas pelo SUS, serviço de emergência SUS e o ambulatório de oftalmologia localizado no Centro de Saúde IAPI. O quadro de funcionários é formado por 228 médicos e 208 colaboradores.

O Serviço de Emergência SUS está localizado no andar térreo, sendo composto por uma sala de observação com um leito para aplicação de medicações e/ou intercorrências clínicas, dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem para a avaliação com classificação de risco

e uma recepção com sala de espera. A equipe é formada por duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, dezenove médicos e uma recepcionista. O horário de atendimento é das 8:00h às 18:00h, de segunda a sexta-feira, em dias úteis. O número de consultas realizadas de janeiro a dezembro de 2016 foi de 39.127, sendo que a média de consultas mensais neste período foi de 3.260,58.

O acesso ao Serviço é feito por demanda espontânea, seguindo o Sistema de Acolhimento por Avaliação e Classificação de Risco, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Foram elaborados protocolos de atendimentos em oftalmologia para avaliar os pacientes de acordo com sinais e sintomas e classificar o grau de prioridade clínica no atendimento, atribuindo uma cor correspondente e um tempo de espera recomendado:

- Vermelho: prioridade imediata; problema(s) que acarrete(m) em perda ocular, caso não sejam atendidos imediatamente pela equipe da Emergência. Exemplo: ferimento aberto no olho, trauma ocular perfurante, queimadura química.

- Amarelo: prioridade urgente; problema(s) que necessitem cuidados rápidos, porém não acarretam em déficit permanente, caso não sejam tratados de imediato. Exemplo: corpo estranho intraocular, perda súbita da visão. Tempo de espera recomendado até 45 minutos.

- Verde: prioridade de menor urgência: problemas que necessitem avaliação ou tratamento, mas o tempo não constitui um fator crítico, pois costumam evoluir lentamente. Exemplo: olho vermelho sem dor e/ou dor leve, prurido, secreção, ardência, lacrimejamento. Tempo de espera recomendado até 2 horas.

- Azul: prioridade sem agravo; atendimento de acordo com o horário de chegada ou referenciado para atendimento nas Redes de Atenção à Saúde. Exemplo: catarata diagnosticada, calázio/terçol, exame de refração. Tempo de espera até 6 horas (BRATZ; BIER, 2013; BRASIL, 2009).

A contra referência é feita pelo enfermeiro ou médico sempre que o usuário necessitar de continuidade no tratamento. O paciente recebe o encaminhamento de referência e contra referência e o apresenta na unidade de saúde do município de origem para agendamento da nova consulta por meio da central de agendamento da Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A responsabilidade social é realizada com o Projeto Social Saúde do Olhar que acontece pelas ações de educação para a saúde da visão, prevenção e detecção de problemas oculares, principalmente de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo). A primeira etapa do projeto é realizada pelo teste de acuidade visual, em instituições para atendimento a crianças e

adolescentes provenientes de famílias de baixa renda ou em situação de vulnerabilidade social. Seu objetivo é prestar atendimento oftalmológico a crianças e adolescentes, visando a educação para a saúde da visão, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento relacionado à patologia detectada, incluindo a entrega de óculos, quando necessário.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram usuários do Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre.

A seleção da amostra foi realizada de forma intencional. Na amostragem intencional são escolhidos participantes que ajudam a compreender o fenômeno que se quer estudar e melhor respondem ao problema de pesquisa que se pretende investigar (CRESWELL, 2007).

Os participantes foram selecionados pela pesquisadora, após a avaliação com classificação de risco realizada pelas enfermeiras, quando o paciente ingressou no serviço de emergência. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos, com idade maior que 18 anos, que utilizaram o serviço de emergência SUS do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre. Foram excluídos do estudo indivíduos não alfabetizados, com dificuldades de comunicação, que não tinham disponibilidade para participar da entrevista e usuários que tinham sido considerados de prioridade imediata na classificação de risco.

O número de participantes foi determinado no decorrer da coleta de dados, considerando-se o critério de saturação dos dados. Segundo Minayo (2010), a saturação é alcançada quando os dados se repetem, porque a compreensão do objeto de investigação se explicita e é possível responder aos objetivos do estudo. Conforme Ghiglione e Matalon (2001), para alcançar a saturação dos dados, são suficientes entre vinte e trinta entrevistas, porque depois as informações começam a se repetir.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, por ser adequada para captar a percepção individual dos usuários sobre o serviço de emergência. A entrevista semiestruturada utiliza um roteiro aberto de tópicos que permite coletar as informações necessárias sobre a realidade estudada e possibilita flexibilidade na conversa para incluir novas

questões, assegurando que a experiência do entrevistado apareça por meio de várias narrativas. Os diferentes tópicos devem explicitar e dar conteúdo ao objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro contendo uma parte introdutória com itens sobre o perfil do entrevistado, seguida de questões sobre o atendimento que recebeu no serviço (Apêndice A).

As questões foram formuladas para avaliar o serviço de emergência oftalmológica com base nos domínios da responsividade: 1) interpessoais: dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade; 2) estruturais: qualidade de amenidades básicas (infraestrutura), escolha, suporte social (acesso a redes de apoio social) e atenção imediata (agilidade no atendimento).

Para avaliar se as questões norteadoras do roteiro foram adequadas para os usuários do serviço e se corresponderam aos objetivos da pesquisa foram realizadas duas entrevistas-piloto para verificar a necessidade de novos ajustes e de adaptações no roteiro de questões, mas não foram necessários.

Os usuários foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados para participar da entrevista, ao final do atendimento. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, confortável e adequada para criar um clima de acolhida e confiança para conversar com naturalidade. Os dados referentes ao perfil do entrevistado foram obtidos durante as entrevistas e no sistema informatizado de cadastro do paciente. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com cada usuário escolhido, nos dois turnos de atendimento (manhã e tarde), com duração aproximada de quarenta minutos. As entrevistas foram gravadas digitalmente e, posteriormente, seu conteúdo foi transcrito.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados nas entrevistas foram interpretados por meio da análise de conteúdo, que consiste em analisar sistemática e objetivamente os dados para identificar o conteúdo que expressam. O objetivo desses procedimentos de análise é permitir inferências de conhecimento a partir da codificação e interpretação dos dados, tendo presente o contexto de produção e recepção e a descoberta de suas convergências e divergências (MINAYO, 2010).

Essas inferências dependem de indicadores qualitativos (unidades de significado), que apontam para temas que são unidades de significação. Por isso o tipo de análise de conteúdo foi a análise temática, porque explicita os núcleos de sentido que os dados codificados expressam para a compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2010). No caso específico desta

pesquisa, os núcleos de sentido foram em relação aos domínios e dimensões da responsividade, enquanto elementos de avaliação de um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, que é o objeto analítico visado pela pesquisa.

Para Minayo (2010) análise temática passa operacionalmente por diferentes etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação.

Pré-Análise: é a primeira exploração das entrevistas transcritas, tendo presente o problema e os objetivos da pesquisa. Inicia com leitura flutuante para adquirir um conhecimento do material e repetida para se impregnar do seu conteúdo. As hipóteses que vão emergindo em confronto com o referencial teórico possibilitarão leituras mais aprofundadas que superem a visão inicial fragmentada. A exploração inicial permite a constituição do corpus da pesquisa que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade, pois o que era um material disperso vai adquirindo unidade pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência do material coletado. Essa etapa permite um aprofundamento e reformulação do problema, das hipóteses e dos próprios objetivos da pesquisa devido ao adensamento do material de campo pela sua exaustiva releitura e compreensão. Nessa fase pré-analítica criam-se unidades de registro (formadas por palavras-chave ou frases) e unidades de contexto (delimitação do contexto de compreensão de uma unidade de registro) (MINAYO, 2010).

Exploração do material: consiste na codificação das unidades de registro e sua categorização, entendida como processo de redução do texto a unidades de significado, permitindo uma operação classificatória a partir das categorias para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Essa classificação permite agregar as unidades de significado em categorias teóricas mais amplas que especificam os temas (MINAYO, 2010). No caso específico desta pesquisa, a codificação em categorias teve como referência teórica os componentes da responsividade.

Interpretação: propõe inferências e inter-relaciona as categorias com o quadro teórico referencial, abrindo pistas para novas compreensões e interpretações sobre o tema pesquisado (MINAYO, 2010).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EE) e, posteriormente, para atender

os aspectos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (Anexo B).

Foi obtida autorização da Diretora Geral e do Diretor Executivo do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre para realização do estudo no Serviço de Emergência SUS (Anexo A).

Os participantes foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa e, posteriormente, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), concordando em participar da pesquisa, sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações.

Foi garantida a privacidade e anonimato dos participantes, os quais foram esclarecidos que poderiam se recusar a participar e/ou desistir em qualquer momento do estudo. Ainda, a pesquisa ofereceu o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Não houve benefícios pessoais previstos para os participantes da pesquisa, sendo que os possíveis benefícios foram para a população em geral a médio e longo prazo, pois os resultados podem contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

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

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 27 usuários, sendo 14 do sexo feminino, com idade entre 25 a 70 anos e 13 do sexo masculino, com idade entre 19 a 72 anos. Quanto ao estado civil, sete eram casados, 13 solteiros, seis divorciados e uma união estável. Foram realizadas 14 entrevistas no turno da tarde e 13 no turno da manhã. Na classificação de risco, 24 usuários receberam prioridade verde e três receberam prioridade amarela, devido à idade acima de 60 anos, conforme Brasil (2000).

Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, oito tinham ensino médio completo, sete com ensino médio incompleto, seis tinham ensino superior completo, três com ensino superior incompleto, três com ensino fundamental incompleto.

Os usuários entrevistados são principalmente oriundos de Porto Alegre (dez), quatro de Viamão, três de Alvorada, dois de Arroio dos Ratos e oito de outros lugares, incluindo alguns municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Quadro 1 – Procedência dos usuários, Porto Alegre, 2016.

Procedência	Usuários
Porto Alegre	10
Viamão	4
Alvorada	3
Arroio dos Ratos	2
Salvador do Sul	1
Teutônia	1
Sapucaia do Sul	1
Dom Pedro de Alcântara	1
Sapiranga	1
Canoas	1
Cachoeirinha	1
Parobé	1
Total	27

Os motivos para a procura da emergência do HBO foram em primeiro lugar a conjuntivite, sete no total, a maioria homens. Depois, dois casos de cada uma das seguintes patologias: tersol ou abscesso, hemorragia subconjuntival e problema de visão, dor no olho e dificuldade para enxergar. Três traumas ocasionados por objeto agudo ou corpo estranho. Os outros 11 entrevistados apresentaram um tipo diferente de patologia.

Quadro 2 – Descrição dos motivos da procura pelo Serviço de Emergência do HBO, Porto Alegre, 2016.

Motivo da procura	Masculino	Feminino	Total
Sensação de desconforto e necessidade de óculos	E-1		1
Tersol ou abscesso		E-2 E-25	2
Vermelhidão e perda parcial da visão	E-3		1
Trauma por acidente com objeto ponte agudo ou corpo estranho		E-4 E-27 E-22	3
Hemorragia subconjuntival	E-5	E-9	2
Conjuntivite	E-6 E-11 E-14 E-15 E-2 E-26	E-18	7
Inflamação de pálpebra		E-7	1
Perda parcial da visão	E-8		1
Problema no olho esquerdo	E-10		1
Ardência		E-12	1
Problema de córnea, paciente transplantado	E-13		1
Sensação de pressão ocular aumentada	E-16		1
Problema de visão, dor no olho e dificuldade para enxergar		E-17, E-20	2
Deslocamento de vítreo, necessidade de cirurgia de pálpebra		E-19	1
Cisto ou calázio	E-23		1
Infecção (secreção purulenta)	E-24		1
Total	15	12	27

Os resultados serão apresentados a partir do material coletado nas entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários do Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, considerando-se os objetivos desta investigação. Buscou-se analisar a percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade.

O material produzido foi organizado em categorias temáticas, que foram agrupadas em temas com base nos domínios da responsividade:

- **domínio interpessoal**, compreendendo as categorias temáticas dignidade, autonomia, comunicação e confidencialidade;

- **domínio estrutural**, que inclui as dimensões da qualidade de amenidades básicas (infraestrutura), escolha, suporte social (acesso a redes de apoio social) e atenção imediata (agilidade no atendimento).

Quadro 3 – Descrição e sistematização da análise por temas, categorização e unidades de registro, Porto Alegre, 2016.

TEMA: DOMÍNIO INTERPESSOAL	
Categorias temáticas	Unidades de registro
Dignidade	<ul style="list-style-type: none"> – Oportunidade de falar sobre o problema de saúde, preocupações e necessidades – Ser tratado com respeito e consideração pelos profissionais durante todo o atendimento – Ser examinado e tratado com privacidade nos exames e tratamentos – Direito de sigilo das informações sobre sua doença
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> – Informação sobre as opções e alternativas de tratamento – Ter consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes – Participação na tomada de decisão sobre o tipo de tratamento – Poder recusar o tratamento
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicação dos profissionais – Explicações claras e adequadas e tempo para esclarecer dúvidas
Confidencialidade	<ul style="list-style-type: none"> – Privacidade protegida durante a consulta – Sigilo das informações fornecidas pelo paciente mantendo-as em arquivos médicos confidenciais
TEMA: DOMÍNIO ESTRUTURAL	
Categorias temáticas	Unidades de registro
Amenidades básicas (infraestrutura).	<ul style="list-style-type: none"> – Acesso para deficientes – Procedimentos regulares de limpeza – Manutenção dos espaços físicos – Ventilação suficiente – Água potável – Fornecimento de alimento adequado
Escolha	<ul style="list-style-type: none"> – Possibilidade de escolher profissionais e serviços – Acesso a uma segunda opinião
Suporte social (acesso a redes de apoio social)	<ul style="list-style-type: none"> – Possibilidade de acompanhante no atendimento – Provisão de comida e outros artigos não providos pelo hospital – Respeito pela diversidade cultural
Atenção imediata (agilidade no atendimento)	<ul style="list-style-type: none"> – Tempo de espera desde a triagem até o momento do atendimento – Acessibilidade horário de atendimento – Acesso a medicamentos e exames – Acessibilidade a serviços e continuidade do tratamento

5.2 Domínio interpessoal

5.2.1 Dignidade

Significa ser bem recebido e tratado como pessoa e não simplesmente como paciente ou como alguém incapacitado e passivo, compreendendo a) a salvaguarda dos direitos humanos da pessoa em qualquer situação; b) ser tratado com respeito e consideração pelos profissionais durante o atendimento; c) ter o direito de perguntar e receber as informações necessárias; d) ter a privacidade respeitada durante a consulta e sigilo das informações sobre sua doença (SILVA, 1999).

A seguir serão apresentados os resultados das entrevistas com os usuários apontando elementos da categoria temática da dignidade, que compreendeu ser tratado com respeito e igualdade, não sofrendo discriminação nem descaso. Isso depende do modo como é realizado o atendimento, como o usuário é acolhido na recepção, recebe as informações necessárias, sendo bem encaminhado para a consulta. Nela importa ser examinado com privacidade de um modo profissional e objetivo para que o atendimento seja efetivo. Quando esses elementos estão presentes o serviço demonstra responsividade, quanto à dimensão da dignidade.

A dignidade engloba duas atitudes básicas do profissional que são o respeito e a atenção pelos pacientes. Além disso, poder perguntar de novo, esclarecer dúvidas, receber resposta e confirmação do resultado, o que é confirmado pelos entrevistados.

“Eu observei que todas as pessoas foram tratadas da mesma maneira, com a devida educação e o devido respeito.” E11.

“Senti que eu estava sendo aceita no ambiente, que eu estava sendo respeitada. (...) Ser respeitada é ser olhada no rosto”. E19.

“Mas mesmo assim eu ainda tive aquela dúvida e respeitosamente ele confirmou de novo.” E18.

Para que seja possível esse esclarecimento é necessário que o profissional tenha uma atitude de abertura para escutar atentamente as dúvidas e para explicar o diagnóstico e o tratamento numa linguagem acessível. Por isso a consulta não pode ser apressada, para que o usuário possa ficar satisfeito com o atendimento (MISHIMA et al., 2016). Para que a consulta não se torne uma formalidade, deve dar o tempo necessário para que a pessoa se sinta acolhida.

Em pesquisa sobre atendimento oftalmológico, 22,8% dos entrevistados ficaram insatisfeitos com o atendimento médico devido à consulta apressada com falta de atenção e diálogo (BENZAZZI; FIGUEIREDO; BASSANI, 2010). No HBO alguns entrevistados comentaram sobre a consulta ser rápida, mas isso não influenciou na satisfação, porque o atendimento médico e as orientações recebidas foram resolutivos.

Outros aspectos da dignidade que são reforçados pelos entrevistados são não sofrer discriminação, ser tratado com igualdade, atitudes que demonstram o interesse pelo bem-estar da pessoa.

“Ele não distinguiu se eu era SUS ou particular, para mim eu fui um ser humano normal como todo mundo.” E18.

“Se importa contigo, com o teu problema, o que tu estás sentido, o que tu estás passando, se a pessoa se interessa pelo teu problema, daí ela te pergunta e te ajuda a resolver.” E22.

Não sofrer discriminação e ser tratado com igualdade estão relacionados com um atendimento respeitoso e acolhedor que acontece sem ofensas e discriminações de nenhum tipo. Isso se demonstra se nele existe o compromisso de assegurar e não lesar os direitos de cidadania e de saúde no momento em que o usuário é atendido, manifestado pelo modo como ele é tratado (ATUN et al., 2015; MISHIMA et al., 2016).

Hollanda et al. (2012) destacam que a satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento é proporcional à satisfação com o modo como foram tratados pelos profissionais, uma relação que aparece também nos resultados desta pesquisa.

Os entrevistados percebem quando existe indiferença e falta de respeito e chegam a comentar e criticar. Para eles, sentir-se respeitado é demonstrado no modo como o paciente é tratado e se expressa como não sofrer descaso e ser levado em consideração. Quando os entrevistados definem o que consideram desrespeito, eles o identificam como descaso com o problema da pessoa, como aparece nas falas a seguir:

“A gente se sentir inferior ou que está sobrando no ambiente, ou que está incomodando (...) tu não estás merecendo aquilo.” E19.

“É o serviço dela te atender e ela tem a informação pra te dar, coisa que tu não tem, tu veio buscar a informação e o atendimento, se ela não der nenhuma e nem outra, ela está te faltando com respeito.” E15.

“Dentro do consultório, a doutora de hoje foi um pouquinho indiferente, tu espera que a doutora te olhe, te perceba, que tu não seja um número assim,

então, só hoje que eu achei essa médica um pouquinho indiferente sim, mas fui muito bem atendida, não estão aqui para paparicar.” E12.

“A única coisa que incomodou, que eu achei que foi uma falta de respeito foi isso a pessoa estar a horas esperando, essa senhora já estava há muito tempo antes de mim, estava com a filha desde antes do meio dia, não tinha passado nem pela triagem ainda, essa senhora com menininho estava desde dez para o meio dia e não tinha passado pela triagem.” E2.

O respeito exige não ser violado em seus direitos básicos e ser tratado com sensibilidade para não sofrer potenciais situações humilhantes (GAKIDOU; MURRAY; FRENK, 2000).

As críticas dos usuários indicam um aspecto central do acolhimento que é ser tratado com atenção, significando que não basta um bom atendimento clínico, pois o usuário espera uma atitude atenciosa do profissional para que haja acolhimento. A crítica do outro entrevistado foi quanto à demasiada espera de uma senhora com criança para passar pela triagem e ser encaminhada, o que ele interpretou como falta de respeito pelo descaso com a sua situação.

Em horários de grande demanda na emergência, para não acontecer esse descaso com situações de necessidades especiais, os profissionais precisam ter maior atenção durante o acolhimento.

O acolhimento cria uma relação favorável para o atendimento, sendo a base para a constituição de vínculo e o desenvolvimento do cuidado, criando as condições para uma escuta sensível das necessidades do usuário e para um encaminhamento efetivo que respeite a dignidade.

O acolhimento depende do que se convencionou chamar de tecnologias leves, isto é, tecnologias de relação, que compreendem as práticas de produção de saúde como relações intersubjetivas e processos interativos entre usuário e equipe profissional para que sejam possíveis o vínculo e a escuta, indispensáveis para o cuidado (GARCIA et al., 2015; MISHIMA et al., 2016).

Essa relação e interação usuário/equipe dependem do tempo de espera, da cordialidade no atendimento e da resolutividade do problema, aspectos que podem ser melhorados se fizerem parte das reuniões de educação continuada da equipe. Existe uma correlação entre satisfação do usuário e a prática da educação continuada das equipes (MARTINS et al., 2014).

Em outras palavras, o usuário fica satisfeito quando é bem atendido e reconhecido, que se identifica com a abertura e oportunidade dada pelo profissional de poder falar e perguntar sobre o seu problema, expor suas necessidades e preocupações e receber informação adequada sobre como resolver o problema.

“Todos eles me deram a oportunidade, queriam deixar claro, para não deixar dúvidas.” E3.

“Dialoguei com o doutor, conversamos, ele me explicou qual era o problema, me perguntou, me fez algumas perguntas para tentar identificar a origem do problema, foi um diálogo bem transparente, bem tranquilo.” E10.

Receber informação adequada significa também insistir na definição do problema, se não está satisfeito com a resposta e poder buscar outra solução. Para alguns usuários, ser bem atendido é poder participar na definição do diagnóstico, ser perguntado e explicar o que sente para que o médico se aproprie da situação.

“Eu vi que ela já iria me dispensar aí eu falei, acho que não é bem no olho, é um pouco para trás do olho, o que pode ser, ela falou que eu tenho que procurar um clínico geral para ver o que está ocorrendo.” E16.

“A minha participação foi no momento de ser inquerido, é o que houve, houve isso, ela dá tempo para ti explicar, deu tempo para que eu explicasse o que estava acontecendo e a partir do momento que eu dei explicação aí ela tomou posse da coisa, aí ela que assumiu.” E23.

A participação do usuário no diálogo com o profissional de saúde começa no momento da triagem, no diagnóstico e na busca de soluções para o seu problema. Essa última, depende do “clima” durante o atendimento.

“Na triagem enfim ela fez as perguntas, respondi e ela me passou para o atendimento que eu precisava e durante o atendimento a médica me perguntou algumas coisas e eu fiz algumas perguntas.” E6.

“Eles falaram comigo com dignidade, com respeito, com ética, não teve nada fora dos padrões de quando tu vens para ser atendida num estabelecimento de saúde. (...) Não sendo rude, não sendo grosso comigo, falando com calma, para esses procedimentos serem feitos com calma também, com paciência.” E25.

Aqui volta a questão do modo ou do jeito como é realizado o atendimento, apontando para a centralidade da estratégia do acolhimento que é a base para a resolutividade do problema. Por isso, quando a pessoa chega com dor, ela espera duas coisas do atendimento: solução e acolhimento do seu problema, sem se importar tanto com a demora.

“Tudo o que tu queres é resolver (...) e tu não queres ser destrutado. (...) A demora eu sei que é consequência do volume de pessoas, mas mesmo com a demora o pessoal ainda consegue atender de uma maneira digna.” E23.

Frente ao exposto, as expectativas que definem a responsividade quanto à qualidade do serviço são o foco no paciente, o cuidado do paciente e o respeito pelo paciente (RISTEA et al., 2009), que são os três elementos centrais que definem o acolhimento. O acolhimento está centrado na relação entre o paciente e o profissional, para garantir a resolutividade e a corresponsabilidade no processo do cuidado (CAVALCANTE et al., 2012).

Para que o foco, o cuidado e o respeito estejam voltados para o paciente, vários aspectos são importantes como indicam os entrevistados: a qualidade da recepção; ser bem informado e encaminhado; e ser examinado com privacidade.

Para um bom atendimento, várias entrevistas apontaram para a qualidade e a importância da recepção para o acolhimento.

“Começando pela recepção, continuem com aquele sorriso e o bom humor, é isso que o ser humano precisa hoje em dia.” E18.

“Eu não ando esperando muito, um atendimento muito bom nos lugares onde eu vou, ultimamente eu não ando com muita sorte e aqui me surpreendeu mesmo, eu não esperava ser tão bem atendida, eu gostei muito do atendimento, eu me senti super acolhida aqui.” E4.

“Senti bem acolhida, quando tu sentes o lugar bem acolhido, como se não fosse ali só mais uma, fui bem recepcionada, sai confortável daquele lugar, um ambiente bom, te trata ali como paciente, não como se fosse só mais um, então essa é a visão que a gente tem do acolhimento dentro do Hospital Banco de Olhos. Bom, desde o início, bem acolhida, desde a recepção até o médico.” E27.

Quando foi perguntado o que seria acolhimento, um entrevistado definiu como sentir-se valorizado e recepcionado, demonstrado pela atenção e preocupação com sua necessidade. Isso significa receber a informação necessária e ser encaminhado para o processo seguinte de atendimento.

“É valorizar, é se preocupar com aquela pessoa que chegou, a dor que ela sente, a necessidade de chegar para a melhora, para ser bem atendida, para ver o que precisa mais.” E27.

“O bom atendimento para mim é tu chegar numa recepção ser bem atendida pela moça e ela te encaminhar onde tu deves ficar, onde tu deves esperar, quanto tempo tu vais esperar.(...) Tudo o que perguntei ela me respondeu.” E17.

Conseqüentemente, os serviços públicos são bem avaliados na qualidade da atenção quando os profissionais são atentos e sensíveis às necessidades dos usuários (MARTINS et al., 2014). Aqui está o ponto central de um atendimento responsivo, o foco nas necessidades do usuário e isso começa no momento da recepção.

Por isso é importante que o usuário receba todas as informações necessárias para responder às suas necessidades. Concordando com esse achado, os usuários das unidades da Fiocruz no Rio de Janeiro apreciaram a facilidade para conseguir informações sobre o funcionamento do serviço que é básico para ser bem encaminhado (HOLLANDA et al., 2012).

O usuário ser bem informado e encaminhado começa desde a triagem, pela atenção demonstrada pelos profissionais e o interesse pelo motivo da sua procura pelo serviço, permitindo tranquilidade e segurança durante o tempo de espera.

“A menina da triagem achei louvável, muito bem educada e fez bastante pergunta, olhou até o papel do hospital que eu trouxe com a minha temperatura e tudo, me prestou assistência. (...) Ela deu atenção, além dela fazer a triagem, olhar tudo, ela ainda me deu um pouco de atenção, ela olhou de onde eu vim, o motivo que eu vim, perguntou quando começou, se eu fui atendida na UPA que eu tinha ido ontem.” E7.

“Todos tratavam com respeito e encaminhavam, porque geralmente a pessoa chega num lugar que nunca foi atendida, a pessoa tem dúvida, para onde eu vou ao sair daqui agora, não, eles especificavam, fica tudo mais definido para onde que o cara vai depois.” E8.

Na triagem foi identificado outro aspecto central da dignidade: ser examinado com privacidade nos exames e tratamentos. Os entrevistados referiram que não aconteceu nada fora do normal e convencional, reconhecendo a privacidade como tranquilidade, porque não houve surpresas, a porta estava fechada, permitindo um atendimento personalizado.

“Não houve nenhuma situação que comprometesse a minha privacidade, uma situação típica de atendimento, nada fora do normal, do convencional, do esperado, nada que eu deva considerar como fora do padrão esperado” E10.

“Estava sozinha no consultório, foi bem individual.” E25.

“Quando ela foi me atender ela fechou a porta, então ficou bem mais fácil da gente se comunicar.” E22.

“Ninguém foi invasivo.” E7.

“Não teve interferência nenhuma, (...) porque eu pude expressar o que estava ocorrendo comigo e também pra entender o que a doutora me explicou depois.” E8.

Assim, a dignidade pode ser analisada não só em ser tratado com respeito, mas ter assegurada a sua privacidade (DARBY et al., 2000). A privacidade cria as condições para que possa acontecer a comunicação e demonstra o profissionalismo de quem atende o usuário.

A privacidade demonstra-se pelo interesse manifestado pelo profissional, quando examina fisicamente e faz perguntas para chegar ao diagnóstico, dá orientações e consegue resolver o problema. O atendimento adequado depende da escuta das necessidades do usuário, da boa comunicação com ele e do desempenho profissional que são as bases para a criação de vínculo com a equipe, facilitando o conhecimento dessas necessidades e qualificando o processo de cuidado e humanização do serviço, que são a base da privacidade (MOIMAZ et al., 2010).

Um entrevistado constatou que o exame de questões oculares não exige tanta privacidade como em outras situações nas quais existe maior exposição do usuário, mas mesmo assim considerou que depende do caso, distinguindo com propriedade as situações.

“Eu acho que eu tive toda privacidade, na verdade não requeria muita privacidade, o consultório era mais médico, outras pessoas circulando, mas não era o caso de precisar de uma privacidade propriamente dita, então de maneira geral para o atendimento que eu precisei eu acho que estava adequado. (...) Em relação a outros tipos de atendimentos eu não sei, talvez precisasse de um pouco mais de privacidade. (...) Acho que sim, tinha uma porta que poderia ser fechada na lateral.” E26.

Embora possa parecer que a atenção oftalmológica não exige a mesma a privacidade necessária para outros tipos de atendimentos, ela requer profissionalismo e objetividade, para dar conta da demanda e assim respeitar a dignidade do usuário.

“Escutaram, prestaram atenção (...) mais objetivo, eu acho que o SUS requer objetividade pela demanda.” E26.

“Fui bem tratado, todo mundo foi bem receptivo dentro do plano profissional, meu maior diálogo foi com o doutor, também foi bem, nenhum problema, tudo dentro do esperado.” E10.

O profissionalismo e a objetividade no atendimento manifestam-se na responsabilização (Accountability) dos profissionais. A responsabilização é essencial como instrumento de governança dos papéis e das relações dos atores envolvidos nos serviços de saúde para assegurar o desempenho de sua função (SUTER; MALLINSONS, 2015). Essa responsabilização profissional é a base da resolutividade.

A responsabilização precisa ser profissional para ser efetiva, porque o usuário busca resolutividade para o seu caso. Por isso um entrevistado distingue entre atitude profissional e carinhosa. Porque o que importa é ser acolhido, esclarecido e orientado em sua necessidade. Este profissionalismo se mostra nos pequenos gestos por meio da responsabilização.

“O atendimento é profissional, eu não vou dizer que é um atendimento carinhoso.” E23.

“Foi posto um colírio, a enfermeira fez pra mim, eu já fiz isso em certos consultórios e não teve este tipo de atitude da pessoa, de pegar um guardanapinho pra me passar no olho, admirei muito, a higiene, os materiais que a gente está vendo é tudo estilizado direitinho.” E1.

Faz parte dessa responsabilização profissional tratar com delicadeza e não perder a paciência, o profissional não se alterando no modo de responder, quando as pessoas chegam nervosas e estressadas. Profissionalismo significa hospitalidade humana, priorizar e responsabilizar-se pelo paciente, porque essa é uma exigência ética primordial do profissional.

“Umás estão com dor mais intensa, os nervos estão mais aflorados e às vezes não são tão delicados, mas ela consegue se manter, não se estende na conversa, responde e é educada com todos e a gente observa porque passa o tempo e o humor não altera” E12.

“Foram muito hospitaleiros, com respeito, calmos, pacientes, muito bem-educados, porque a gente sabe que se tu chegas num lugar e tem que esperar tantas horas, você já está sofrendo com alguma coisa e pareceu que todos eles foram muito humanos” E7.

“Todo profissional tem que sempre tentar priorizar o paciente (...) e também tem que ter o profissional para poder orientar o paciente sempre e como eu te disse, nem todos tem a mesma capacidade de entendimento, então pra isso tem que ter sempre alguém para orientá-los e poder conversar com eles.” E11.

Para isso ele precisa ter competência no atendimento, conforme mencionado por um dos participantes, ainda mais tratando-se de um serviço especializado que tem os seus próprios protocolos e procedimentos específicos e dar uma atenção especial às necessidades especiais dos pacientes, como no caso relatado.

“Eu vi uma pessoa, uma senhora cadeirante e a todo momento vinha alguém do posto conversar com ela: “já vamos atender, daqui a pouco a senhora vai ser atendida.” Ela foi amparada desde o momento que ela entrou até o momento que ela saiu. (...)Tu esperas que as pessoas sejam competentes, e foi

o que aconteceu aqui no Banco de Olhos, o pessoal me identificou, me colocou lá na fila de espera, depois eu fui atendido pelas enfermeiras que chamam a gente, depois pelo próprio técnico que vai fazer o procedimento, tudo isso ai dentro da normalidade, então não gera estresse o atendimento, que eu acho isso muito bom.” E23.

Concordando com a percepção de que o tratamento atencioso se expressa no respeito e na privacidade, aspectos definidores da dignidade, o estudo Multi-Country Survey, ao comparar os serviços intra-hospitalares com os ambulatoriais, constata que 97% dos respondentes consideram que a melhor performance dos serviços ambulatoriais depende do item dignidade, enquanto que nos serviços hospitalares é de 91% (WHO, 2005). Nos dois casos a dignidade é central para a avaliação, porque define critérios para o atendimento, determinado pelo modo como o usuário é recebido e tratado. Contudo, a dignidade apresentou maior porcentagem para avaliação da performance do ambulatório pelo fato que esse serviço se caracteriza por um atendimento mais especializado, exigindo uma atenção mais focada na necessidade imediata do indivíduo.

Como indicam as falas dos entrevistados, para o atendimento especializado, como é o caso da oftalmologia, a dignidade aparece como central, porque a percepção sobre a qualidade do atendimento depende em grande parte do acolhimento que, por sua vez, depende do funcionamento organizacional do serviço e do sistema. Por isso, é necessário estar atento à organização dos processos de trabalho nos serviços de urgências para que haja resolutividade (GARLET et al., 2009).

Os usuários, não estão apenas atentos à satisfação subjetiva pelo atendimento médico, mas relacionam a qualidade do atendimento com o sistema de saúde como um todo, onde todos são tratados iguais, aparecendo o processo que organiza o atendimento que dá credibilidade à questão da dignidade, isto é, a responsividade do serviço.

“Antes de eu ser atendido pela médica, teve uma guria que chegou assim, até foi arrogante com a doutora, a enfermeira e ela tratou a guria super bem e eu , tirei o chapéu, porque a outra chegou: “eu estou esperando aqui e tem gente passando na minha frente.” Eu pensei bom, se tu quer ser atendido espera um pouquinho e a médica foi excelentemente, atenciosa: “não, ninguém passou na frente sem motivo, se passou foi alguém preferencial, ou uma criança, ou um idoso, ninguém passou na tua frente, eles estão esperando aqui desde a 9h”. Ela falou assim e aí ela foi embora brava, saiu dali no caso, mas a médica foi excelente, bem atenciosa, até com a pessoa que foi arrogante.” E15.

“Todos foram pessoas educadas, acho que o mínimo que a pessoa tem que ser é ser educada com as pessoas, se eu estou sendo educado contigo, tu tem

que ser comigo, tem que ser uma troca também, daí nesse ponto aí foi tranquilo”. E5.

Concordando com essa percepção, a qualidade do atendimento especializado depende do tempo de espera, da estrutura física, da capacitação profissional e da cordialidade no atendimento (MARTINS et al., 2014) que são todas dimensões da responsividade que dependem do funcionamento do sistema.

A responsividade manifesta-se quando as suas dimensões são conectadas com o sistema de saúde que é o foco da avaliação. Assim como os entrevistados ficaram surpresos pela agilidade do atendimento ao se darem conta que o atendimento é SUS, também a dimensão da dignidade, expressa no respeito e na atenção com cada paciente, foi relacionada com o sistema de saúde, por ser um tipo de atendimento geralmente não esperado, como aparece no seguinte relato.

“Eu fui num médico clínico geral pelo SUS e ele me atendeu a primeira vez e me mandou fazer um exame de sangue, eu fiz o exame de sangue e voltei lá pra mostrar o exame, ele olhou: “tá bom” e não me disse mais nada, ele não completou a consulta, porque eu mostrei o exame e ele disse tá bom, mas ele não perguntou como é que eu estava, se eu melhorei (...) aqui sempre que eu voltei eles perguntavam, até que houve a necessidade de uma ecografia.” E19.

Para entender a importância da dignidade no que diz respeito aos componentes da responsividade dos sistemas de saúde, comparando-a com a agilidade, pesquisa da OMS realizada por meio da internet, 43% dos respondentes indicaram a agilidade como mais significativa e só 3% como menos, enquanto que 25% indicaram a dignidade como mais significativa e 4% como pouco significativa, numa escala de 1 a 7 em que 1 é a máxima importância e 7 a mínima (GAKIDOU; MURRAY; FRENK, 2000). Assim a dignidade aparece em segundo lugar para a performance dos sistemas de saúde.

O Estudo Multi-Country Survey repetiu esse dado, pois a agilidade foi considerada por 41% como mais importante e 4% como menos, enquanto que 22% dos respondentes consideram a dignidade como mais importante apenas 3% como menos (VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008). O característico dessas pesquisas é comparar e relacionar entre o que é considerado como mais importante e como menos, reforçando os dados de significância da agilidade e da dignidade. Quanto mais distância entre a maior e a menor significância, tanto mais significativo é o dado. Portanto mesmo estando em segundo lugar, a dignidade é muito importante para a responsividade, porque apenas 3% disseram que ela é menos importante.

Na avaliação dos sistemas de saúde, foram evidenciadas dificuldades no Brasil quanto à dimensão da dignidade, na habilidade para poder discutir com os profissionais da saúde e na oportunidade para poder fazer perguntas (SILVA; VALENTINE, 2000). Os resultados qualitativos da emergência hospitalar de oftalmologia do HBO não confirmaram esses problemas, mas mostraram que os profissionais do serviço demonstraram capacidade para conversar com usuários sobre seu problema e estavam abertos para perguntas sobre a sua situação terapêutica.

Isso significou que, no local da pesquisa o atendimento não foi simplesmente para cumprir a formalidade de mostrar o exame feito, mas perguntar como o paciente se encontra, interessando-se pelas condições de sua individualidade. Esse clima de acolhimento é o diferencial que o entrevistado constatou.

“Bem diferente de vários outros atendimentos que eu já tive, até mesmo em convênio, eu gostei, me senti bem atendida aqui.” E4.

A importância do atendimento individualizado foi também destacada pelos usuários de serviços da Fiocruz, quando avaliaram a dimensão da orientação para as pessoas, apontando para a alta qualidade dos serviços. Mas os pesquisadores alertam que nessa avaliação positiva pode estar presente um viés de gratidão, muitas vezes presente em contexto de vulnerabilidade social (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

A participação ativa do usuário no atendimento é um indicador sensível para avaliar um serviço, ajudando a dar-se conta de como o sistema como um todo se organiza para viabilizar o acesso (MOIMAZ et al., 2010). Os resultados evidenciam que, para os usuários, dignidade significa ser escutado, compreendido, orientado e encaminhado em sua necessidade.

5.2.2 Autonomia

Significa ter iniciativa e capacidade de tomar decisões sobre o seu tratamento englobando a) o direito de ter informações necessárias sobre o seu estado de saúde; b) o direito de ser consultado e obter informações sobre as alternativas de tratamento; c) direito ao consentimento informado sobre qualquer intervenção, e a permissão de participar na tomada de decisão sobre o tipo de tratamento; d) ter o direito de recusar o tratamento (SILVA, 1999).

A autonomia está centrada em dois aspectos: poder de decisão e de consentimento (WHO, 2005; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008), sendo as duas exigências que definem

a autonomia, em contraposição à heteronomia, numa relação entre profissional e paciente: ser respeitado em sua autodeterminação, sendo envolvido em qualquer decisão sobre a sua situação e poder consentir ou não frente a qualquer intervenção (MARCHI; SZTAJN, 1998). Nos resultados da pesquisa aparece principalmente o aspecto de participar da decisão sobre o diagnóstico, mas não tanto o de consentir procedimentos, porque os entrevistados consideram que o profissional detém o conhecimento. A autonomia depende da compreensão do usuário sobre seu problema, para ele poder lidar com a sua situação.

Os resultados expressam a compreensão dos pacientes sobre seus problemas clínicos a partir da explicação do médico sobre a patologia e sobre os procedimentos terapêuticos necessários, para que possam lidar com a sua situação e participar da tomada de decisão sobre o seu tratamento. Por isso é importante que o médico explique a causa da patologia e quais são os procedimentos adequados.

“Ela me informou passo a passo, botou colírio, me falou o motivo da minha alergia, que isso iria acontecer mais vezes, para eu continuar o tratamento.”
E27.

“Que era simplesmente um tersol, eu perguntei se ia demorar muito tempo pra curar, ela disse que não teria como saber, só se ficasse muito inchado e amarelo, depois se drena e se faz outro procedimento, senão é só compressa.”
E25.

Para outra usuária a médica explicou a possível interação da questão do olho com a enxaqueca, incentivando-a investigar melhor a sua causa com outro médico para que saiba como lidar com a dor de cabeça.

“Ela mesma me deixou claro que eu vou ter que verificar essa outra questão da medicação que eu tomo e pode estar interferindo também na dor de cabeça que eu estou sentido, que ela me disse que isso é uma outra coisa que eu vou ter que investigar.” E20.

Outra evidência em relação à autonomia é a participação na tomada de decisão sobre o seu tratamento. Para que seja possível essa participação, é necessária a interação do usuário com o profissional.

“Eu conversei, interagi com ela, falei para ela, conversei, ela me ouviu tudo o que eu falei.” E20.

“Eu falei com ele, eu já usei tal colírio, daí ele falou pode ser esse aí, antibiótico no caso, daí eu dei opção, porque eu sou alérgico a alguns colírios, que ele não sabia.” E14.

“Eu perguntei no caso do remédio, ela disse pode tomar ou não, porque isso é só para diminuir a dor e a coceira, mas não vai curar.” E15.

“Eu perguntei sobre a pressão nas vistas, sobre o glaucoma, o medo de ficar cega e ele me confirmou que não, que é apenas um ressecamento.” E18.

Essa evidência é confirmada por estudo desenvolvido no Brasil, no qual os entrevistados referiram que participaram das decisões sobre o tratamento da sua própria saúde ou de seus familiares, tendo a liberdade de recusar um procedimento, o que nunca foi necessário, porque sentem confiança nas condutas e prescrições dos profissionais, o que favorece o vínculo (MISHIMA et al., 2016).

Os resultados de pesquisa realizada em vários países europeus (Alemanha, Itália, Polônia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido) sobre a responsividade dos sistemas de saúde demonstraram que os pacientes esperam maior autonomia na tomada decisão sobre o seu cuidado de saúde (COULTER; JENKINSON, 2005). Este resultado foi confirmado em estudo recente desenvolvido na Polônia em que 80% consideraram que a sua autonomia foi respeitada e que 90% tiveram a oportunidade de apresentar suas preocupações para a equipe médica e discutir o seu itinerário terapêutico (GROMULSKA et al., 2014).

A importância ou não da autonomia na relação profissional - paciente depende de contextos culturais. Culturas ocidentais de cunho individualista colocam maior ênfase na autonomia, enquanto que outras de tradições mais comunitárias priorizam o suporte social. Pesquisa desenvolvida no Irã sobre a responsividade dos hospitais mostrou que a participação do paciente na tomada de decisão sobre o tratamento teve o mais baixo índice de importância, enquanto que o suporte social durante a hospitalização e a confidencialidade das informações sobre o paciente tiveram o mais alto índice de responsividade do sistema (EBRAHIMPOUR et al., 2013)

Os entrevistados da emergência do HBO se dão conta de que não têm condições de participar na decisão terapêutica, porque estão recebendo informação, não tendo como interferir ou questionar, já que o profissional detém o conhecimento e o tratamento ficou bem esclarecido.

“Tu não tem muita participação porque tu estás recebendo a informação.” E23.

“Não tenho como questionar, porque ela que detém o conhecimento.” E16.

“Eu não interferi em nada, deixei por conta do profissional.” E8.

“Eu não tinha que dar alternativas, era isso e pronto, eu não questionei novas alternativas, porque não tinha problema algum com o tipo de tratamento.” E26.

Nessas situações em que não tem o que propor, o usuário também está tomando posição, porque está satisfeito com a explicação sobre o seu problema e com o tratamento proposto. Outro usuário faz uma crítica, demonstrando insatisfação, porque não conseguiu se apropriar da prescrição pela falta de explicação

“Ela só escreveu ali o que eu tenho que fazer, ela não chegou a me dizer, tu vai fazer isso, vai fazer aquilo, só me mandou ali, está tudo por escrito. Eu acho que poderia ser um pouco mais explicado.” E17.

Essa crítica demonstra a importância da compreensão do paciente sobre o diagnóstico do seu problema para saber lidar com ele e conseqüentemente participar da definição do seu tratamento.

Para frisar a importância dos contextos culturais para a percepção sobre a autonomia, em pesquisa da OMS esse item aparece com baixa classificação nos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, quando comparados com os países desenvolvidos, principalmente nos aspectos de oferecer informações sobre tratamentos alternativos e de consultar os pacientes sobre suas preferências quanto ao tratamento (SILVA; VALENTINE, 2000). Com o aumento de capital humano identificado pelo grau de educação formal e o conseqüente gasto em saúde, aumenta a demanda pelo exercício da autonomia (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000). A menor exigência quanto ao exercício da autonomia aparece quando o entrevistado afirma que não tem o que questionar e propor.

5.2.3 Comunicação

Significa a escuta cuidadosa do paciente pelo profissional, o fornecimento de todas as explicações necessárias, de um modo acessível, para que ele possa entender o seu problema, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas (VALENTINE et al., 2003; WHO, 2005).

Os resultados a seguir incluem ser bem informado e encaminhado no atendimento, exigindo o uso de uma linguagem simples e que as orientações para o encaminhamento sejam objetivas e profissionais, dando segurança ao paciente. O objetivo do processo de comunicação

na classificação de risco é agilizar o atendimento e diminuir o tempo de espera. As exigências da comunicação compreendem o profissional ser proativo antecipando-se às necessidades do usuário, tornar o paciente ativo e protagonista da comunicação, promover a empatia e a interação, estar aberto a esclarecer dúvidas e principalmente deixar o paciente bem orientado sobre o cuidado posterior ao atendimento.

Os entrevistados relataram que a compreensão das informações sobre o encaminhamento dependeu em grande parte da comunicação dos profissionais, principalmente do tipo de linguagem que empregaram para passar a informação.

A comunicação significa ser bem informado e encaminhado no atendimento. Para que a comunicação seja adequada, são necessárias algumas condições. Comunicação significa, em primeiro lugar, falar a linguagem simples, que as pessoas entendam

“Fala com a gente na língua da gente, que não tem aquela sabe distância de médico e paciente.” E19.

“Ela usou termos leigos, ela não usou aquela nomenclatura do profissional da medicina, então ela transformou em termos que a gente consegue entender”. E23

“Pra mim o que não pode faltar é informação para o paciente compreender o que está acontecendo, tipo qual é o procedimento que ele tem que fazer, desde o atendimento no balcão, me orientar de forma adequada pra onde eu devo esperar e saber qual é o passo a passo, no caso podia aguardar esperar sem problemas, geralmente quem tá com mais dor, fica mais ansioso, não sabe muito bem, eu fui bem informada, tipo eu sabia muito bem qual era o procedimento e o tempo que eu tinha que aguardar o médico.” E26.

Além da linguagem simples, para a comunicação é importante que as perguntas sobre os sintomas e as respectivas respostas sobre o encaminhamento sejam objetivas e profissionais, para que o paciente se sinta seguro e saiba o tempo que deverá esperar para o atendimento.

“Voltamos ao ponto do profissionalismo, ela perguntou, como aconteceu, há quanto tempo aconteceu e quais eram os sintomas, eu descrevi pra ela como é que foi, ela examinou, botou o colírio, botou no aparelho, examinou pra ver o que era, e daí por diante ela começou a me explicar o que estava acontecendo, que não era o que eu estava pensando.” E23.

“Em seguida veio a triagem, a enfermeira da triagem também muito querida, ela me fez bastante perguntas e me deixou bem ciente, que poderia ter uma duração depois da triagem de 3h, ou pra mais ou pra menos e ela mesmo falou assim: “vai demorar um pouco, 3h, mas você vai ver que o atendimento é muito bom”, ou seja, ela deu o tempo e ainda me acalmou, me dando esperança que seria um bom atendimento pra não desistir.” E7.

Um entrevistado definiu a comunicação como a linguagem usada para que o usuário possa compreender a informação que precisa e entender o que vai acontecer com ele. Para esse processo de comunicação é importante a classificação de risco, porque agiliza o atendimento.

“A comunicação clara é aquela que transmite a mensagem que ela quer e eu conseguir entender exatamente aquilo que eu precisava, então acho que é isso, basicamente a linguagem.” E6.

“A enfermeira da triagem, ela já sabe os problemas do pessoal que chega, os principais problemas, chega já avalia a pessoa, ela olha pra pessoa, ela já sabe, o tipo de pessoa, o que cada pessoa tem especial, as dificuldade de cada uma, se é idoso, se é criança, se não é problema no olho, ela já avalia, já faz a avaliação mais ou menos do problema que a pessoa tem, é muito bom, muito positivo porque agiliza também o trabalho ali quando tem muita gente, é bem mais rápido, mais fácil.” E13.

Para que o paciente se sinta incluído e acolhido, o profissional precisa ser proativo, percebendo e antecipando-se às suas necessidades e oferecendo o que ele poderá precisar. Isso significa tornar o paciente ativo e protagonista da comunicação sobre a sua situação e não um puro receptáculo de informações.

“Tem coisa que eu não precisei falar e ela falou, entendeu? Assim como normalmente quando a gente vai no médico, falta no emprego, aí a gente precisa pedir o atestado se não mandou, ela já perguntou: “precisa de atestado para hoje?” Então porque tem vez que eu mesma vou e me esqueço na hora de pedir e a pessoa nem te pergunta se precisa ou não.” E22.

“Como eu não tive explicação eu questionei como é que seria, como não deveria ser, porque que eu adquiri o problema, como é que faço para evitar, para não ter esse problema de novo, então eu fui bastante comunicativa nesse sentido porque não foram, já foram me passado as informações, mas isso não é uma queixa, eu acho que eu fui bem atendida.” E26

Por isso, um entrevistado apontou para a importância do direcionamento do olhar, da empatia e da linguagem acessível, condições indispensáveis para que aconteça a comunicação, entendida como diálogo.

“O profissional te olha nos olhos, ele pergunta o que tu tens, ele não está mexendo no celular, ele não está conversando com o colega. ” E27.

“São muito atenciosos, não são indiferentes, assim como se eu estivesse falando para uma parede, não eles te dão atenção, te olham nos olhos como se tu fosse a única coisa, isso é muito importante, o olhar não ficou detido no computador.” E12.

“Dialoguei com o doutor, conversamos, ele me explicou qual era o problema, me perguntou, me fez algumas perguntas para tentar identificar a origem do problema, mas foi um diálogo bem transparente, bem tranquilo. (...) Não fui em nenhum momento tolhido de falar qualquer coisa.” E10.

A comunicação também foi entendida como interação, possibilidade de perguntar e esclarecer dúvidas sobre a situação de saúde. Esse esclarecimento significa entender qual é a causa da patologia e receber orientação sobre o que fazer dali em diante.

“Interagi com a enfermeira e o médico, falei à vontade, expliquei o que eu tinha, o que senti, quantos dias eu estava, só eu falava, o médico só olhou o meu olho.(...) Perguntei porque veio essa doença e ela me explicou tudo direitinho: “é um vírus que pegou, tua imunidade deve ter baixado”, então, tirei todas as minhas dúvidas, perguntei tudo para ele e ele me explicou direitinho o que é esse vírus que eu pequei.” E14.

“Me explicava direitinho como tinha que fazer, tudo era bem claro, foi fácil de entender.” E3.

Por isso compreende a abertura e a possibilidade, dada pelo profissional, para que o paciente possa perguntar de novo se não entendeu e receber a resposta para ficar bem esclarecido.

“Sim eu recebi a informação, tive que perguntar de novo para compreender bem, mas me esclareceram no ato, não tenho nada.” E26.

“Foram bem claras e eu fazia mais pergunta ainda e ele me esclarecia mais coisa ainda que eu queria saber, não fiquei com dúvida nenhuma assim, explicaram bem”. E14.

“O povo normalmente tem mais dificuldade de entender, mesmo explicando muitas vezes a gente tem que explicar 1, 2, 3, várias vezes para eles poderem entender. (...) Foi bem esclarecedor.” E11.

A comunicação se efetiva e se completa com o encaminhamento e as orientações sobre o cuidado da saúde posterior ao atendimento porque as informações precisam fazer sentido para o cotidiano da vida do paciente. Não basta fornecer a prescrição, é preciso explicar com informações compreensíveis e orientar com clareza os procedimentos terapêuticos.

“Não só prescreveu e mandou embora, às vezes chega num lugar só prescreve e manda embora, e tu nem sabe nem a medicação que tu vai usar, ali não, ela fala tem que usar tal medicação, a higienização e aqui eu vou descrever passo a passo tua receita como tu vai fazer, então é bem rápido assim, não teve dúvida nenhuma.” E27.

A fala acima ressalta a importância da comunicação para o encaminhamento adequado. Entrevistados de pesquisa brasileira apontaram, como significativo, a disponibilidade dos profissionais para fornecer orientações e esclarecimentos. O encaminhamento adequado depende do vínculo formado por uma tríade usuários, profissionais e unidade de saúde, que é base para um comprometimento com a qualidade do serviço (MISHIMA et al., 2016). Essa necessária qualidade aparece nas críticas e sugestões dos entrevistados da pesquisa.

Para a compreensão da responsividade é importante ter presente as críticas dos usuários em relação à comunicação, porque ali aparece o que é necessário avaliar e melhorar: aplicação mecânica de procedimentos e a dificuldade de ouvir o chamado para o atendimento médico.

“Na sala do atendimento específico foi muito rápido, a doutora já saiu fazendo o que tinha que fazer sem explicar o que estava fazendo, isso me deixou um pouco chateado, mas foi bom também. (...) Eu cheguei lá na sala, a moça pediu pra eu sentar e pediu para eu encostar o rosto na máquina, mas ela não explicou o que ela estava fazendo, ela nem perguntou, ela só olhou o prontuário ali no primeiro, o que estava escrito, não me perguntou o que eu estava sentindo e olhou ali e disse que estava tudo normal, mas não explicou o que ela estava vendo ali ao certo. (...) O tempo com o médico também foi muito rápido, não explicou o que estava fazendo, ele colocou um colírio que, nem sei se era colírio, ela não falou, só falou pra eu abrir o olho e ardia um pouco, podia ter falado vai arder um pouquinho.” E16.

“Eu acho que poderia se comunicar um pouquinho mais alto, porque às vezes as pessoas ficam lá no fundo, eu tive que trocar de lugar porque eu fiquei com medo de não escutar me chamar sabe.” E17.

Quanto a essa segunda crítica, um dos usuários propôs uma maneira de contornar essa dificuldade de ouvir a chamada, sugerindo a criação de uma senha numérica visualizada numa tela eletrônica.

“Eu estava toda hora com medo de não ouvir o meu nome ser chamado ali dentro, pode ser coisa minha mas, eu acho que talvez se tivesse uma outra forma de comunicar fosse interessante, mas, como eu sei também que isso envolve outros, outras questões, mas ficaria como sugestão, não sei talvez com sistema de senha, não é necessariamente senha numérica mas, que tenha alguns códigos, e uma tela pra colocar ali e as pessoas visualizarem, porque o visual é mais fácil, ele está ali e o sonoro ele passa e tu não sabe se ouviu, se não ouviu, isso acho que gera um pouco de desconforto talvez aqui no atendimento, (...) se eu tenho uma sequência numérica e eu tenho o meu número é 27 e vi que já foi chamado o 25 eu não vou sair de perto ou enfim às vezes eu estava pensando vou comer alguma coisa ou não vou, não sei se vão me chamar ou não.” E6.

Como foi constatado nas falas dos entrevistados, a comunicação compreende três aspectos: ser escutado com atenção pelo profissional; receber uma explicação adequada e

compreensível da sua situação; e ter a oportunidade de fazer perguntas se ainda ficaram dúvidas, o que está em concordância com outros estudos (WHO, 2005; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008).

Os entrevistados percebem que é essencial para a avaliação da responsividade, o sistema de saúde, ao constatarem que estão num serviço do SUS com uma qualidade de atendimento não esperada e elogiam, comparando com o setor privado:

“Foi muito bom, foi elogiável, para ser SUS, pra quem já teve convênios.”

E7.

Tomando em consideração o sistema de saúde, a importância da comunicação para a responsividade aparece em terceiro lugar com 14% de significância para a performance do serviço em contraste aos 5% de menos importância para responsividade, logo depois da agilidade e da dignidade (VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008).

Os resultados sobre a comunicação destacam a linguagem acessível e a empatia, como condições para que seja possível a comunicação, entendida como diálogo e interação entre o profissional e o usuário.

5.2.4 Confidencialidade das informações

Significa que as informações sobre o estado de saúde do paciente não serão reveladas durante o tratamento em respeito ao seu bem-estar, incluindo a) a condução da consulta de uma maneira que proteja a sua privacidade; b) a salvaguarda da confidencialidade das informações fornecidas pelo paciente, exceto quando a sua revelação para outro profissional for necessária para seu próprio tratamento (SILVA, 1999).

A confidencialidade nas pesquisas da OMS está expressa em duas perguntas: se o atendimento do profissional foi realizado privadamente (WHO, 2005) e se as informações pessoais do paciente foram conservadas confidencialmente (WHO, 2005; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008). Esses dois elementos são evidenciados nos resultados da pesquisa.

As falas dos usuários identificam confidencialidade com privacidade, segurança e confiança quanto às informações dadas durante o atendimento e à idoneidade dos profissionais, pelo fato de eles fazerem um juramento e isso ser um elemento central de sua ética.

Quando se trata de atendimento à saúde, o ambiente de privacidade é uma exigência ética do respeito à dignidade. Entrevistados identificaram a privacidade, quando não acontece nada fora dos padrões esperados durante o atendimento.

“Tranquilo, sem problemas nenhum, até porque ela se ateuve ao que estava acontecendo, não perguntou nada fora do normal.” E23.

“Eu estava conversando com a doutora, a gente conversou só sobre o problema que eu tinha, só as explicações do que eu vim buscar, então não teve outra conversa no meio, não teve outra pergunta, só o atendimento mesmo, sobre o que eu vim buscar.” E27.

Atender dentro dos padrões esperados cria confiança nos profissionais, quando realizam adequadamente os procedimentos de diagnóstico e dão as orientações terapêuticas.

Outro aspecto que faz parte da confiança depositada no profissional é o sigilo das informações que são veiculadas durante o atendimento, não expondo o usuário a situações de risco e desconforto (MISHIMA et al., 2016).

Pode parecer que um atendimento à saúde ocular não exigiria tanta confidencialidade como em outros casos, mas depende das situações. Exemplificando uma situação que poderia produzir constrangimento, um entrevistado relatou possível caso, necessitando de maior privacidade no âmbito do atendimento oftalmológico.

“No meu caso não requer sigilo algum, no caso corriqueiro, outras situações, outros pacientes podem precisar poder conversar. (...) Alguém que se machucou por alguma briga ou alguma coisa familiar, constrangimento familiar, que aí teria que explicar um pouquinho melhor para poder entender a questão, nesse requisito sim eu acho que se tivesse mais gente circulando na sala não iria ser confortável.” E26.

A guarda das informações do usuário necessita, em última análise, da conduta do profissional, que precisa assegurar a confidencialidade, independente das situações, porque essa deve ser uma característica da sua atitude no atendimento.

Em geral, quando os entrevistados definem o que seria privacidade, aparecem expressões como: *“porta fechada”* (E8, E17, E19, E22), *“sem nenhuma interferência”* (E8, E11, E14), *“bem tranquilo”* (E2, E4, E16, E20, E21), *“não invasivo”* (E7), *“respeitaram bem minha privacidade, só eu estava num momento da consulta”*. E4.

Como indicam as falas acima, privacidade no atendimento significa ser tratado com ética, respeito e segurança, não expondo o usuário a constrangimentos (MISHIMA et al., 2016).

Em um estudo desenvolvido pela Fiocruz, os usuários consideraram a privacidade nas consultas como a maior deficiência, pois 60% referiram que durante a consulta outros profissionais entravam na sala. Outro aspecto apontado como falha é não ter um local apropriado para a troca de roupa, quando são realizados exames (HOLLANDA et al., 2012).

Diferentemente dos resultados acima, estudo sobre a responsividade do sistema de saúde de Israel, incluindo população judia e árabe, o respeito e a privacidade tiveram a mais alta classificação de importância para os serviços ambulatoriais, enquanto que o tempo de espera teve a menor. Em outros domínios não havia diferença entre os serviços intra-hospitalares e os ambulatoriais. O fato de que privacidade é considerada muito importante em serviços ambulatoriais é esperada pelo tipo de atendimento. O domínio com mais alta classificação nos dois tipos de serviços foi o respeito. A mais baixa importância no atendimento intra-hospitalar foi a escolha do profissional e nos serviços ambulatoriais o mais baixo classificado foi o tempo de espera. É interessante notar que o tempo de espera foi estimado como mais importante no atendimento intra-hospitalar do que no ambulatorial. O paciente hospitalar tem mais urgência de cuidado (GOLDWAG; ROSEN, 2007).

Outra exigência ética do respeito à dignidade é o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a doença. O que mais apareceu nas entrevistas foi “*confiança*” (E5, E14, E16, E19, E21, E24) e “*segurança*” (E14, E15, E16, E22). Os usuários estão seguros e confiam na idoneidade dos profissionais que fazem um juramento de confidencialidade e na seriedade da instituição que tem processos particulares para atender cada paciente, assegurando a guarda das informações.

“Me sinto bem tranquilo, me passou bastante segurança a forma de atendimento, basicamente pelas informações serem passadas de uma forma bem pessoal e bem direta, também só nos momentos em que a gente está a sós.” E6.

“Não tenho nada específico, as informações que eu dei pra eles não tem muito porque ser confidencial, se elas não forem confidenciais também não tem muito problema, então por isso eu me sinto seguro, se fosse algo mais sério talvez eu me sentisse um pouco inseguro.” E16.

“Que todo e qualquer profissional, faz um juramento, então, a pessoa está confiando em ti.” E18.

“Essa coisa da ética dos médicos.” E25.

“Que o hospital tem um sistema, um processo particular que cada paciente que é atendido a informação fica ali e não vai sair para outros, a não ser para meios de pesquisa.” E20.

Resultado similar foi encontrado em estudo em que a confidencialidade das informações foi muito bem avaliada, assim como a dignidade e a comunicação profissional-paciente, que foram consideradas excelentes (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010). Em estudo posterior, 68% dos usuários consideraram ter confiança na guarda do sigilo das informações do prontuário clínico. Os pesquisadores comentam que esse aspecto poderia ter sido melhor avaliado, mas contrapõem que esse ponto, segundo a literatura, é pouco considerado nas avaliações dos usuários (HOLLANDA et al., 2012).

Para mostrar como a percepção sobre as dimensões da responsividade depende dos contextos socioculturais, as exigências da autonomia e da confidencialidade são maiores, quanto mais a população gasta com a saúde e quanto mais alto for o seu capital humano. (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000).

5.3 Domínio estrutural

5.3.1 Amenidades básicas (Infraestrutura)

Significa avaliação da infraestrutura material de atendimento que diz respeito à qualidade do ambiente de acesso, de espera e de consulta, compreendendo a boa manutenção dos espaços físicos, os procedimentos regulares de limpeza, os banheiros limpos, o uso de roupas limpas e apropriadas durante o atendimento, a ventilação, o fornecimento de alimento adequado e água potável (SILVA, 1999).

Amenidades básicas compreendem questões relativas à infraestrutura: a qualidade da sala de espera, a limpeza do espaço, facilidades como água potável, alimento adequado (WHO, 2005; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008). Esses elementos estão presentes nos resultados da pesquisa.

No HBO os entrevistados destacaram o ambiente limpo, as boas condições da sala de espera, com boa ventilação, filtros de água, dispensador de álcool gel e o acesso a lanches. Foi apontada uma crítica à superlotação, como um problema que compromete a qualidade da infraestrutura.

O aspecto mais evidenciado pelos entrevistados foi o ambiente limpo, com os respectivos procedimentos de limpeza, especialmente a higiene dos banheiros. Foi notado também álcool gel disponível e bem à vista.

“Achei bem higienizado (...) é tudo muito esterilizado, com luvas, bem higienizado com uniformes para recepcionar o paciente.” E27.

“As condições bem boas, não vi mofo, não vi sujeira, no banheiro quando eu fui bem limpinho, não tinha cheiro ruim, bem boas condições.” E15.

“Questão do álcool em gel, bem disponível, bem a mão, bem à vista.” E23.

A possibilidade de ficar sentado na sala de espera foi percebida como positiva pelos usuários. Outro aspecto que contribuiu para um bom ambiente na sala de espera foi a ventilação, a existência de filtros de água e local para compra de alimentos enquanto aguarda o momento da consulta.

“Tu tens lugar para sentar, não precisa ficar de pé.” E3.

“Não estava abafado, não estava muito frio, não estava o ar condicionado muito forte, apesar de estar cheio de gente, não estava um ambiente poluído, estava um ambiente agradável. (...) “Tinha água, filtros, copos.” E7.

“Tem lanche aí dentro também, tudo é fácil, se tu queres um café não precisa se deslocar para outro lugar.” E3.

Alguns entrevistados relacionaram a qualidade da infraestrutura com o fato de ser um serviço público, comparando a sala de espera com outros locais do SUS e se surpreendendo com a limpeza do ambiente de atendimento, inspirando segurança e tranquilidade na qualidade do um serviço público.

“A sala de espera foi uma das melhores que eu já tive, porque já tive em vários lugares do SUS.” E15.

“É um lugar muito limpo, isso inspira confiança da gente, mesmo sendo SUS, que há um pré-conceito.” E12.

“Me deu uma sensação de tranquilidade, por estar num ambiente bem higiênico.” E6.

“Tu vês um ambiente limpo, tu te sentes mais confiável de entrar no consultório que está com higienização adequada.” E26.

Em contrapartida, nos serviços pesquisados pela Fiocruz, o aspecto limpeza teve a menor correlação com a satisfação dos usuários, demonstrando que pouco influenciou na avaliação da qualidade do atendimento. Ao redor de 80% disseram que a qualidade da limpeza era “boa” ou “muito boa”, em contraste com a limpeza dos banheiros, que teve baixa avaliação (58%), à exceção de um dos serviços que teve 73% de satisfação, com a possível explicação, segundo os pesquisadores, de que este serviço estava em obras, quando foi feita a pesquisa (HOLLANDA et al., 2012).

Embora os entrevistados tenham constatado a boa qualidade da infraestrutura material, é importante estar atento também às críticas que fizeram sobre o ambiente da sala de espera, sobre a limpeza do saguão e sobre a situação dos banheiros, aspectos importantes da infraestrutura.

“A sala da recepção da emergência eu achei um pouco pequena para o número de pacientes. (...) Não tinha cadeira para todo mundo, algumas pessoas estavam de pé. (...) O banheiro masculino estava com a fechadura estragada, tanto da porta de entrada, como a do banheiro mesmo.” E16.

“O saguão eu achei até bem sujo. (...) Entendo porque é uma área de grande circulação.” E2.

“O banheiro não estava com um cheiro adequado.” (E3).

É interessante notar que os entrevistados estiveram atentos e relataram aspectos que provocaram insatisfação. Apesar das críticas, foi evidenciada a situação de limpeza e higiene e a qualidade da sala de espera, possibilitando que o paciente se sinta seguro.

5.3.2 Escolha

Significa a possibilidade de chegar, sem dificuldades, ao serviço de saúde de sua escolha, capacidade de escolher o profissional de saúde e de obter cuidados gerais e especializados necessários ao seu problema. Acesso a uma segunda opinião em casos de patologias mais graves (WHO, 2000; SILVA; VALENTINE, 2000).

Escolha compreende duas possibilidades: escolher outro profissional e/ou outro serviço do que habitualmente (WHO, 2005; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008). Essas possibilidades não se tornam efetivas em 14 dos 35 países pesquisados pela OMS por meio de entrevistas com informantes chave conhecedores dos sistemas de saúde de seus países (SILVA; VALENTINE, 2000).

No HBO, os usuários referem em suas falas sobre a possibilidade da escolha de um serviço especializado em oftalmologia e não serem obrigados a irem a uma emergência geral e quando existe divergência entre diagnósticos poder consultar um profissional mais especializado.

Para falar da escolha, vários entrevistados usaram repetidamente a expressão *“vim direto”* (E6, E20, E21, E26), porque o serviço é *“especializado”* (E7, E10, E16, E21), uma *“referência”* (E6, E19, E23), tem *“profissionais qualificados”* (E19, E20). A escolha consiste em não ir a uma emergência geral, mas a uma específica em oftalmologia.

“Simplesmente pelo foco do tipo de atendimento aqui, que já é focado em questões relacionadas aos olhos, me parece que é um trabalho, um serviço que é prestado de forma mais especializada, então, se eu tenho uma alternativa de um lugar que é especializado pra atender um problema específico eu não tenho o porquê ir a algum outro tipo de atendimento que seja genérico.” E10.

“Porque eu já vou diretamente no especialista, achei bem interessante e até estranhei por ser SUS, eu já tinha vindo aqui no HBO quando eu tinha outro convênio e o SUS não tinha vindo ainda e hoje eu vim e até que fui bem atendida.” E7.

“Eu tive um ferimento no olho, um acidente praticamente e me indicaram esse, eu até iria consultar em outro na emergência, mas indicaram esse hospital, disse que era muito bom pra isso justamente, eu iria num hospital grande, tinha pensando em ir até num pronto socorro, mas, como tem muito movimento lá eu já resolvi vir aqui. Eu gostei, foi bem, pela primeira vez me surpreendeu.” E4.

Quando existe qualidade nos serviços de saúde da Atenção Primária, demonstrada pelo acolhimento e o respeito dos profissionais, alta porcentagem de usuários (90%) não deseja escolher outro profissional ou serviço para serem atendidos (MISHIMA et al., 2016). Nesses serviços, os usuários criam vínculo com os profissionais, não procurando outro profissional fora da equipe para serem atendidos, mas quando se trata de um serviço especializado pode acontecer que o usuário queira outra opinião, o que não ocorre na emergência do HBO.

Os entrevistados trouxeram também situações em que existia divergências entre dois diagnósticos. Nestas situações o usuário seguirá a opinião do profissional mais especializado em oftalmologia.

“O médico leu o laudo do posto de saúde, me avaliou e disse: “tu estás tomando o remédio errado.” E15.

“Eu preciso de uma cirurgia de pálpebra, não estética, mas pela visão e a doutora me encaminhou, só que o médico que me atendeu achou que ainda não tinha necessidade e outra médica que teria necessidade porque está caída.” E19.

Os entrevistados constataram que o médico que fez o encaminhamento para o atendimento especializado propôs uma terapêutica inadequada. Quando o usuário busca um tratamento especializado, tem a expectativa de encontrar a solução para o seu problema naquele atendimento. Por isso, se existe confiança na equipe que atende, o usuário não demonstra o desejo de buscar uma segunda opinião (MISHIMA et al., 2016). Quando se trata de um serviço especializado como é caso do HBO, a escolha já está definida pelo fato do atendimento estar baseado numa especialidade, não necessitando de um segundo diagnóstico.

5.3.3 Suporte social (Acesso a redes de apoio social)

Significa o direito de acesso ao suporte social, necessário para a qualidade do tratamento, compreendendo: a) facilidade de comunicação com os que atendem; b) possibilidade do acompanhamento de familiares no atendimento; d) respeito pela diversidade cultural do paciente (SILVA, 1999; COULTER; JENKINSON, 2005).

Nos resultados, a categoria temática suporte social abrangeu a possibilidade de um acompanhante na consulta, abertura e acolhimento da diversidade de situações do usuário, promovendo a igualdade de condições no atendimento.

Foi destacado, em relação ao suporte social, a possibilidade de um acompanhante ou familiar durante o atendimento e principalmente na consulta.

“Ela veio comigo porque eu não sabia o que eu tinha nos olhos, então eu poderia sair daqui com os dois olhos tapados, e tem lugares que eles não deixam o acompanhante entrar, ela está comigo pra se eu precisar de alguém.” E15.

“A pessoa que está me acompanhando, não foi necessário entrar no local comigo, mas tem pessoas ali que eu percebi que precisam de um apoio para entrar nos locais e mesmo assim ninguém impediu, elas tiveram aquele livre acesso junto com a pessoa, acompanharam as pessoas e ninguém impediu, porque tem locais que tu não pode e aqui a pessoa tem o livre arbítrio de ir e vir com alguém.” E18.

Nas consultas oftalmológicas, ter um acompanhante dá segurança ao paciente, porque ter alguém para apoiar no encaminhamento e conduzir aos locais oferece tranquilidade ao usuário, em muitos casos em que existe dificuldade para enxergar.

Além da possibilidade de um acompanhamento na consulta, o suporte social consiste, em acolher e estar aberto a diversidade de situações do usuário e promover a igualdade de condições no ambiente de atendimento.

“Quando tu chegas, não importa o grau que tu tenha, seja pequeno ou grande, todos são colocados no mesmo ambiente, sem discriminação, chegou tu é bem acolhido.” E27.

Os problemas oculares têm uma variedade de manifestações e situações, para as quais o profissional precisa estar aberto para acolher e compreender, fazendo com que o usuário se sinta seguro. Essa abertura inclui o entendimento de sensibilidades culturais que se apresentam nessas ocasiões.

No estudo Multi-country Survey, desenvolvido pela OMS, as questões em relação ao suporte social foram desenvolvidas apenas para pacientes de serviços intra-hospitalares. Mesmo que elas também sejam importantes para os serviços ambulatoriais, segundo o documento, elas necessitariam de maior detalhamento para cada tipo de doente e implicariam um alongamento do questionário. Por isso, foram priorizadas, as questões em relação à agilidade do atendimento em detrimento daquelas do suporte social (WHO 2005).

Essa consideração pode explicar porque esse aspecto apareceu menos nos resultados da pesquisa do que as demais dimensões da responsividade, pois o serviço de emergência do HBO não funciona em tempo integral, obrigando os usuários a voltarem para suas casas no final do horário de atendimento. Do contrário necessitariam de suporte social para suas necessidades.

5.3.4 Atenção imediata (Agilidade no atendimento)

Significa disponibilidade dos recursos e a acessibilidade geográfica, necessárias para o bom atendimento do serviço compreendendo: a) acesso rápido ao cuidado em casos de emergência; b) em casos agudos ter acesso ao cuidado em tempo razoável; c) não esperar muito tempo nas filas para consulta e tratamento (SILVA, 1999).

Em concordância com esse significado, os usuários apontam para a acessibilidade a um atendimento especializado, a facilidade de acesso geográfico e acessibilidade de horário de atendimento. Agilidade inclui também o processo de atendimento (recepção triagem e consulta) bem definidos e tempos de espera diversificados dependendo do momento da chegada.

Os entrevistados referem a acessibilidade geográfica como vantagem, embora destaquem, como desvantagem, a distância a ser percorrida. Nesse sentido, seria preferível um atendimento mais próximo para evitar o deslocamento, mas o atendimento ocular concentrado num único lugar compensa a distância.

“É bem acessível aqui a localização, com ônibus e tudo mais.” E16.

“A única desvantagem é a distância mesmo, porque eu moro na zona sul, acho tranquilo o lugar pra estacionar, aqui perto também, tudo certo.” E6.

“Se tivesse um atendimento bom como aqui na localização que a gente mora, a gente não precisava se deslocar para vir até aqui, mas como a gente não vai encontrar e não acha tudo o que a gente busca aqui, não tem o que fazer, então vale a pena tu vir de longe.” E27.

Os entrevistados da emergência do HBO constataram a acessibilidade geográfica, embora apontem como desvantagem a distância de deslocamento até o serviço. O tempo de espera também foi considerado. Entretanto, os resultados desta pesquisa ressaltam o fato de ser um serviço especializado, que tem a solução para o problema, como mais significativo para a agilidade.

A explicação para a ênfase da agilidade no atendimento está ligada à inclusão do item acesso geográfico e acesso em caso de emergências em estudo da OMS, enquanto que outros estão mais focados no tempo de espera (VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008).

Quanto ao tempo de espera, pesquisa demonstrou que a acessibilidade geográfica pela proximidade da residência com a unidade de saúde da família não garante o acesso, porque existe o tempo de espera por agendamento que pode ser grande. Por isso a acessibilidade depende de aspectos organizacionais ligados à rede de atenção e ao funcionamento da própria unidade (MISHIMA et al., 2016). No serviço especializado como o HBO, o tempo de espera não depende de agendamento prévio, mas da demanda espontânea.

As questões que fazem parte do item agilidade nos estudos da OMS compreendem não ter que viajar grande distância para chegar no serviço, receber um atendimento imediato nas emergências e ter um tempo curto de espera para consultas e exames (VALENTINE; SILVA; MURRAY, 2000; VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008).

Portanto, a agilidade depende do acesso facilitado e do tempo de espera, elementos que apareceram nos resultados da pesquisa. No entanto, agilidade abrange a resolutividade na resposta ao problema de saúde, a continuidade do tratamento e o acesso a medicamentos e exames, aspecto que apresenta vários entraves.

Nas Unidades Saúde da Família, esses entraves provocam insatisfação com o acesso a recursos necessários ao tratamento, pela não disponibilidade de insumos e procedimentos especializados (MISHIMA et al., 2016). No serviço especializado em oftalmologia seria de esperar maior facilidade, mas mesmo aí existem dificuldades de acessibilidade. Portanto, não bastam apenas os elementos do acesso e do tempo de espera, é necessário resolutividade que verdadeiramente define a agilidade. Essa resolutividade depende em grande parte do fato de ser um serviço especializado

O aspecto mais destacado pelos entrevistados na agilidade é que o atendimento é especializado em oftalmologia, específico para patologias oculares e não emergência geral. Para alguns sujeitos era a primeira vez que usavam esse serviço de emergência, por meio de indicação de familiares, amigos ou pessoas que já consultaram no local e foram bem atendidas, os demais eram para consultas de retorno ou aqueles que usaram o serviço em outros momentos.

“O HBO é um hospital especializado em olhos, então, eu acho que a gente tem que procurar as especializações.” E11.

“Daí eles falaram, como você está com problema no olho procura o HBO.” E14.

“A vantagem é porque vai consultar direto com um especialista, não é uma emergência geral, então vai específico para aquilo.” E2.

“Por aqui ser especializado, como eu estou com problema no olho, eu fui em outro hospital, só que eles me indicaram para vir aqui no oftalmologista.” E24.

“Por ser um hospital especializado, a ideia é ter um atendimento mais completo.” E26.

Dados demonstram que a satisfação dos usuários sobre determinado serviço depende de quais são as suas expectativas sobre a qualidade do atendimento, quando procuram esse serviço. Estas são em grande parte definidas pela experiência com atendimentos prévios (HOLLANDA et al., 2012). O fator expectativa devido a atendimentos prévios, ou por referência de terceiros, apareceu nas falas dos entrevistados do HBO.

Em demonstração de que quanto mais especializado é o atendimento melhor é a avaliação, em pesquisa realizada em países asiáticos, a responsividade do sistema chinês era percebida como melhor pelos pacientes intra-hospitalares, porque necessitam serviços mais especializados, do que por aqueles que acorriam a serviços ambulatoriais. Essa diferença aparece em relação à agilidade do atendimento e ao tratamento respeitoso, que são melhores do que outros os domínios da responsividade, sendo que comunicação e a infra-estrutura necessitam de maior atenção dos governos (KOWAL et al., 2011).

A responsividade do HBO foi bem avaliada pelos entrevistados, tendo presente que é um hospital privado, prestando serviço especializado para o SUS. Em concordância com esse resultado, uma pesquisa realizada na Nigéria, comparando a responsividade de hospitais públicos e privados, mostrou que a performance dos privados foi considerada melhor quanto à dignidade, o tempo de espera e tempo de viagem para chegar ao local (ADESANYA et al., 2012). Em outra pesquisa realizada no Irã, o índice de responsividade também era maior para hospitais privados do que para outros tipos de hospitais, como os de caridade, que tinham o índice mais baixo (BAZZAZ et al., 2015).

Os dados evidenciaram que o motivo da procura do HBO é porque vai direito ao problema e por ser completo, que são características das emergências especializadas. A preferência pelo serviço é porque encontra todos os elementos do processo terapêutico em um mesmo local e permite a continuidade do tratamento.

“Eu consultei na emergência antes do transplante, todo encaminhamento foi feito pela emergência”. E13.

Concordando com esse dado da preferência por serviços especializados, pesquisa de satisfação desenvolvida pela Fiocruz corrobora esse resultado da melhor avaliação de atendimentos especializados em relação àqueles mais gerais, porque são mais exclusivos e facilitam o acesso a exames e procedimentos mais complexos (HOLLANDA et al., 2012). Esse dado também apareceu na avaliação da emergência em oftalmologia do HBO.

O tipo de contratualização da Secretaria Municipal de Porto Alegre com o serviço de emergência SUS em oftalmologia do Hospital Banco de Olhos não contempla atendimento 24 horas, nem aos fins de semana e feriados. Esse fato determina a acessibilidade ao serviço e explica as dificuldades relatadas pelos usuários quanto ao horário de atendimento.

“Eu tenho problemas nesse olho, fiz tratamento particular, passaram alguns meses e retornou, num sábado eu tive uma dor muito intensa e vim aqui, mas não sabia que o SUS trabalhava só de segunda à sexta.” E12.

“A desvantagem só é o horário, acho que isso não tem nada a ver com o hospital.” E17.

Nos serviços de urgência a qualidade é definida pela facilidade do acesso, conjugada com o tempo de espera e o diagnóstico rápido sobre a gravidade do caso (GARLET et al., 2009). O horário de funcionamento do serviço de emergência do HBO apresenta dificuldades para a acessibilidade dos usuários, por não estar aberto 24 horas, tendo presente que o serviço funciona como porta de entrada para as necessidades em oftalmologia.

Alguns usuários, que chegaram antes do horário de funcionamento do serviço de emergência, relataram que havia confusão para a organização da ordem de chegada para o atendimento.

“Lá fora não tinha organização nenhuma, aí o povo teve que organizar a fila e alguns senhores diziam que a fila é aqui, só que aí nós ficamos na fila, mas o povo se amontou, já que estava todo mundo com frio e alguns ficaram para trás.” E3.

“A única coisa que eu tenho para falar é quando o pessoal chega para esperar ali na frente, poderia ser um ambiente mais fechado (...) porque às vezes é frio e chuva.” E17.

Como o serviço não funciona 24 horas, a espera do lado de fora para aguardar a abertura do atendimento não está organizada, servindo de entrada tanto para usuários do ambulatório que já tem consulta marcada, quanto para aqueles da emergência que precisam passar pela

triagem. Essa mistura de atendimentos provoca confusão. Os entrevistados propõem uma solução de organização para essa diferenciação por meio de fichas separadas que direcionariam o atendimento.

“A partir da porta pra dentro é tudo bem direcionado, mas quando estamos todos lá fora poderia ter sabe esse tiquetizinho, tipo uma senha para as pessoas quando chegam, no caso teria que ter duas, para os atendimentos já marcados para o ambulatório, essas pessoas que já estão agendadas pra consultas e as pessoas que vem pra emergência, nós ficamos todos juntos, na realidade ninguém sabe quem é para o que, o que vai fazer, então se tivesse essa senha que dissesse assim, por exemplo, emergência.” E12.

“Cada um ganharia sua fichinha ou pegaria a sua, depois na hora que entra se chama pelo número, porque acaba virando uma bola de neve, acabaria aquela confusão aqui dentro, as pessoas reclamando, querem ganhar vantagem.” E3.

O que foi ressaltado pelos entrevistados é que os procedimentos de recepção, triagem e consulta médica estão bem definidos e os critérios de admissão não foram aleatórios, obedecendo a critérios técnicos.

“O atendimento seguiu um procedimento desde o momento que eu cheguei, até o momento que eu finalizei a minha consulta, houve procedimento, não foi aleatório.” E10.

Aparece o papel da recepção para a certificação da documentação e o esclarecimento ao usuário sobre as etapas a seguir e a importância da triagem para a classificação dos riscos e definição da prioridade para o atendimento e o tempo de espera para a consulta com o oftalmologista. Esse processo permite melhor acompanhamento do usuário, porque, quando ele chega na consulta médica, o seu problema já está identificado, facilitando a tranquilidade e a rapidez do atendimento.

“A recepção foi tranquila, não teve muita observação, não teve muita conversa, foi só a documentação, foi rápido, a espera para a triagem foi rápida até a primeira chamada, conversei, também bem profissional.” E26.

“Acho que é um bom processo, porque passa por várias etapas e eu acho que é mais fácil para o pessoal também fazer o acompanhamento das pessoas, se não vira uma bagunça, digamos assim, e é muito bom ter a triagem ali para avaliar o paciente, as dificuldades do paciente e o problema que ele tem, antes de passar para o médico.” E13.

A implantação de procedimentos de recepção e triagem no local da pesquisa exigiram uma adequação-estrutural do serviço de emergência e uma qualificação dos profissionais para que o atendimento seja ágil e humanizado correspondendo às expectativas dos usuários. Essa constatação demonstra que mudanças organizacionais têm muitas potencialidades para melhorar a qualidade do atendimento (NASCIMENTO et al., 2011)

Em pesquisa sobre as exigências de qualidade no atendimento oftalmológico, os profissionais referiram como importantes a estrutura organizacional e a prática em equipe e os usuários citaram o tempo de espera, o tratamento cordial, a resolutividade e a relação profissional-usuário. É importante considerar a correlação entre o que é percebido como importante pelos dois, pois o que é apontado pelos profissionais é a base para que aconteça o que é esperado pelos usuários (BENZAZZI; FIGUEIREDO; BASSANI, 2010).

A burocratização dificulta o atendimento e tem consequências sobre a sua qualidade (MOIMAZ et al., 2010) como aparece nas críticas de um entrevistado da área da saúde quanto à relação entre a recepção e a triagem. A triagem tem o objetivo de priorizar os usuários que têm maior urgência e necessidade. A recepção, embora não faça a triagem, deveria ter a sensibilidade para identificar quem deve ser priorizado no próprio acesso à triagem, falando com a enfermeira.

“A triagem é pra isso. (...) O protocolo diz que é pra isso, pra ver quem realmente precisa, até por trabalhar num serviço de saúde eu sei que as prioridades são crianças, idosos, esses casos de emergência (...), a triagem existe pra isso, se chegou ruim já passar na triagem e a enfermeira que vai decidir, claro que as meninas não tem esse poder de decisão na recepção eu sei disso, mas cabe a elas passar então já pra enfermeira quando faz a ficha, ver, prestar um pouquinho mais atenção nisso, eu vi que muitas vezes ela não pergunta assim: “mas o atendimento é pra ti mesmo?” Eu acho importante perguntar isso, olhar pro paciente, nisso tu já identifica se a pessoa tá ruim realmente, aqui que é uma coisa específica, aqui se tu olhar pra pessoa tu vai identificar, tu já sabe que é uma coisa que tem que correr na enfermeira falar, ela que decide se vai passar ou não.” E2.

Por isso outro entrevistado sugere que o espaço para passar para a triagem e o lugar do tempo de espera para o atendimento médico deveriam ser diferentes para não confundir os processos, já que são duas etapas diversas: a triagem é o momento do acolhimento, necessitando de condições apropriadas para isso e o lugar para o tempo de espera que precisa de outro espaço em que o paciente tenha condições para deixar passar o tempo.

“Eu achei que deveria de ser assim diferente, quem está aguardando pra passar na triagem num lado e quem está aguardando pra ser chamado do

outro, está um pouco misturado, confunde quando chamam pessoas do fundo, a pessoa que está lá frente às vezes se atrapalha e vai lá para o fundo, então está meio atrapalhado.” E18.

Quanto ao tempo de espera, as opiniões dos entrevistados são diversificadas, porque dependem do momento de chegada, do fluxo de pessoas e da classificação de risco, onde se percebe que a maioria dos casos avaliados pela enfermeira não são situações de emergência e por isso recebem classificação verde, tendo que esperar mais tempo para o atendimento, pois a prioridade são os casos mais graves (amarelo e vermelho). Independente da classificação por riscos foi notada a falta de atenção para pessoas com necessidades especiais que deveriam ser priorizadas, como mães com crianças.

“A gente vê pessoas com nenê que chora, que está com fome, mães que tem criança que não tem com quem deixar.” E19.

Para alguns usuários foi rápido (meia hora, foi o mínimo). Para outros, longo (cinco horas, foi o máximo apontado). A maioria esperou em média 2h.

“Foi rápido, uma meia hora eu acho, mais ou menos.” E17.

“Acho que foi mais ou menos 5h ou 6h.” E8.

“Eu cheguei era 9:30h mais ou menos, para a triagem, de manhã estava muito cheio, demorou muito, até chegar a triagem, a triagem foi agora próxima ao meio dia, então realmente demorou bastante, mas depois da triagem até que foi rápido, eu cheguei umas 9:30h mais ou menos, pra ser atendida agora que é 15:10h, depois da triagem ela me deu mais ou menos 3h ou pra mais ou pra menos pela classificação verde, então umas 5h de espera.” E7.

“No máximo 2h, considerando essa demanda toda, o volume de pessoas que eu vi ali no saguão aguardando o atendimento acho que foi um período de tempo razoável para o atendimento.” E10.

No local de pesquisa os usuários esperaram em média 2h. Em contraposição, os usuários pesquisados pela Fiocruz consideraram tolerável esperar até uma hora para serem atendidos. Como os dados mostraram que 40% esperaram mais de uma hora, esse fato influenciou para a insatisfação com esse item. Os pesquisadores comentaram que a correlação entre o tempo de espera e a satisfação não é tão evidente quanto em relação a outras dimensões da responsividade, mas isso não significa que ela deva ser desconsiderada, pois achados de outras pesquisas mostram que a demora para o atendimento é motivo de insatisfação por esperarem mais de 60 minutos que seria o tolerável (GOUVEIA et al., 2005; HOLLANDA et al., 2012).

Em pesquisa sobre atendimentos primários, o tempo de espera adequado é avaliado pelo usuário, segundo a sua necessidade, podendo variar entre 15 e 60 minutos, sendo que 90% referiram que sempre tiveram o atendimento que procuravam (MISHIMA et al., 2016).

No serviço especializado do HBO, os entrevistados esperaram acima da média, mas se demonstraram conformados, porque foram atendidos por um serviço especializado. O longo tempo de espera é motivado pelo excesso de demanda em certos horários, exigindo mais tempo para ser atendido na consulta.

A clareza sobre as etapas bem definidas do processo e a certeza de ser atendido, faz com que os usuários aceitem a demora como uma necessidade para conseguirem a vantagem de um bom atendimento. Por isso, alguns usuários justificaram a demora pelo atendimento dizendo que, por ser SUS, não poderia ser diferente, com poucos profissionais para atender a grande demanda.

“Com certeza o tempo é bastante grande, bem desconfortável esperar 5h numa emergência, porém a culpa não é do hospital e sim do sistema como um todo.” E16.

“Desvantagem não existe, o problema sim é que a gente espera, das 10h às 14h, quase 3h. Olha, tudo dentro do normal, porque a gente sabe que aqui é demorado, porque tem muita gente.” E19.

“Fui atendida, apesar da demora, que a gente sabe, o SUS é demorado, hoje em dia até o sistema particular. (...) O que eu posso dizer é que fui bem atendida no geral, que foi tudo ok.” E20.

“Eu posso ver como efeito colateral disso é que todo mundo que tem esse tipo de problema vai vir diretamente nesse mesmo local, então a demanda é maior e a tendência é que todo mundo aguarde mais tempo pra ser atendido.” E10.

Diferentemente dessa aceitação da demora, citada pelos entrevistados, em resultados de estudos de Szwarcwald et al. (2004), Gouveia et al. (2009) e Hollanda et al. (2012), o tempo de espera foi o item com menor satisfação para os usuários, mostrando que a demora em ser atendido aparece como uma das principais causas de insatisfação.

Os resultados enfatizaram a resolutividade do serviço de emergência, relacionada com a certeza da solução do problema que motivou a procura pelo hospital. O usuário sai com o problema esclarecido e resolvido, o atendimento é completo, vai direto ao problema. Ele tem a certeza da continuidade do tratamento após a consulta e quando os profissionais não conseguem resolver, a pessoa é encaminhada para onde precisa ir para obter a solução do seu problema de saúde.

“Vão direto ao que tu busca. (...) Tu não ficas na dúvida. (...) Tu tens a continuidade do tratamento que não precisa buscar no outro lugar, tu tens tudo aqui mesmo. (...) Enquanto tu não estiver bem eles não largam o paciente, não te largam para outro.” E27.

“Se não conseguiu resolver aqui, mas já sai com o lugar que eu teria que ir para resolver ou se teria que retornar, foi bem orientado na verdade.” E22.

Faz parte da resolutividade não só ser bem encaminhado para outro serviço, mas ser esclarecido quanto à continuidade do tratamento, ter retorno com data prevista para revisão e possibilidade de ser atendido pelo mesmo médico. Essa é uma vantagem frisada pelos usuários.

“Eles me encaminharam para voltar em dez dias de novo: “já diretamente em tantos dias tu voltas e aí a gente vai ver se tem melhora ou se nós temos que mudar o colírio, alguma coisa.” Essas informações tudo eu obtive com eles aqui, não precisei mais usar da minha área de saúde pra consultar se já era tudo diretamente aqui, já saia resolvido meu problema aqui sempre.” E3.

“Para mim é importante consultar aqui e poder retornar com os mesmos médicos, com o mesmo atendimento, que para mim é bom, não passar para outro lugar. (...) Tu continuar o tratamento é muita vantagem.

Uma das condições centrais para a continuidade e resolutividade do tratamento é o acesso a medicamentos e exames. Vários entrevistados relataram que recebem a prescrição e não existindo o fornecimento gratuito do remédio receitado na farmácia popular, terão que comprar numa convencional. Um verbo muito repetido é “vou ter que comprar”, “vou passar na farmácia para comprar”, como se a aquisição do medicamento fosse um encargo realizado com dificuldade. Muitos têm restrição financeira para adquiri-lo, porque é caro, comprometendo o tratamento.

“Eu chego numa farmácia do INSS e não vai ter este medicamento, eu não vou ter condições de comprar, aí eu vou dobrar essa receita e vou botar no meu bolso pra esperar o meu salário vir.(...) “Eu saio e pego a receita, aí eu vou de farmácia em farmácia, chega a uma um preço, chega naquela é outro, aí eu vou ter que ver as condições que eu vou poder comprar aquele medicamento, então, se eu encontrar que bom, eu sou atendido, tenho certeza que se tiver eles me atendem, mas se não tiver, ele vai dizer assim, o que está no balcão: “olha moço, esse aí o senhor vai ter que comprar, estamos com falta desse medicamento”, mas nesse caso a gente tem que ver que às vezes não é culpa do atendimento que você teve, ele encaminhou, ele deu a clareza, o que você vai fazer no seu tratamento, bom não deu aqui, vamos procurar num outro lugar, vamos ver se nós conseguimos”. E1.

“Eu vou comprar porque normalmente medicação é cara e infelizmente nós não temos em Porto Alegre muitos locais que poderiam distribuir esse tipo de medicação.” E11.

No atendimento, o médico, às vezes, oferece ao paciente uma amostra grátis do medicamento: *“já sai com um medicamento, um eu consegui uma amostra grátis”* (E18), por exemplo, pomada: *“me deu uma amostra grátis da pomada”* (E7) e colírio: *“colírios eu recebi de graça”* (E3), que é recebido como uma ajuda por não precisar pagar, mas, em outros casos, o paciente terá que comprar o remédio. Alguns entrevistados se referiram às dificuldades financeiras para consegui-lo e a busca de alternativas para adquiri-lo.

“Falei da minha dificuldade financeira em conseguir medicamento agora porque eu não tinha condições e ele já me conseguiu uma pomada e os outros ele não tinha em mão.” E7.

A dificuldade para comprar os medicamentos foi evidenciada nas entrevistas com usuários do HBO. Em pesquisa de satisfação realizada em Pernambuco, os fatores que levaram a uma baixa satisfação dos usuários foram, além do tempo de espera, a aquisição de medicamentos. Segundo os autores o acesso, além de estar relacionado com a oferta de serviços adequados às necessidades dos usuários, precisaria incluir também uma política de assistência farmacêutica (GOUVEIA et al., 2011).

Em outros casos, o paciente recebe, na emergência, a requisição de exames que ele tenta conseguir na unidade que o encaminhou para o HBO. Em muitos casos, o serviço público local não dispõe de recursos para esse tipo de exame, obrigando o usuário a procurar um laboratório privado, onde terá que pagar. Se ele não tem as condições financeiras para esse pagamento, o tratamento ficará reduzido ao medicamento, ocasionando uma descontinuidade no acompanhamento terapêutico.

“Um exame já foi encaminhado aqui e o outro vai ter que ser por minha conta, porque o SUS não tem esse exame, momento que entrar um dinheiro, eu vou fazer esse exame e trago aqui para doutora ver, o medicamento eu vou tentar pegar no posto, se não conseguir, também vou ter que comprar”. E8.

Eu já fiz vários exames e já ficou na minha pasta, então por enquanto só medicamento, segunda feira eu retorno para fazer a avaliação se melhorou com os medicamentos ou não. (...) Eu compro na farmácia”. E13.

Os processos de encaminhamento devem ser via unidades de saúde. Quando o usuário é encaminhado a partir de um serviço privado, ele é obrigado a procurar o seu local municipal

de entrada no sistema para conseguir o tratamento. Essa é uma exigência do sistema para fins de pagamento do atendimento SUS.

“Me pediram pra fazer encaminhamentos pelo posto de saúde.” E17.

“Eu vou ter que retornar ao posto de saúde porque não foi feito encaminhamento pelo posto. Eu tratei com particular, então na verdade eu vou ter que ir ao posto para marcar uma consulta ou oftalmo, para ver o que é o problema, se é os óculos ou o que é.” E1.

Pode-se notar pelas falas que a aquisição do remédio e o encaminhamento de exames estão entre as principais dificuldades dos pacientes para realizar o tratamento devido à situação social dos pacientes que muitas vezes não tem os meios necessários para adquirir os remédios e encaminhar os exames. Corroborando as dificuldades dos entrevistados em conseguir remédios gratuitos ou encaminhar exames para o atendimento ocular, pesquisa que abordou as barreiras que os usuários percebem nos seus itinerários de acesso a serviços especializados em oftalmologia no Rio de Janeiro apontou como um dos resultados a assistência pública descontinuada e não orientada pela integralidade (LIMA; BAPTISTA; VARGAS, 2017). A dificuldade para conseguir os medicamentos e exames pode levar a uma descontinuidade do tratamento, como foi relatado por entrevistados da pesquisa, não permitindo uma assistência integral no cuidado da saúde ocular.

A assistência farmacêutica faz parte de um atendimento integral e resolutivo e o fornecimento de remédios gratuitos nas farmácias populares quer responder a essa exigência. Investigação realizada na atenção primária em Pernambuco mostrou como resultado a dificuldade de ter o fornecimento dos medicamentos necessários para o tratamento (GOUVEIA et al., 2011). Ter acesso gratuito aos remédios é uma exigência do princípio da integralidade do SUS.

Apesar das dificuldades, os entrevistados tiveram suas expectativas plenamente satisfeitas e a maioria se surpreendeu com a qualidade do atendimento.

“Quanto à expectativa foi totalmente satisfatório, resolvi o problema, que eu tinha dúvida. (...) Estou saindo daqui com o problema praticamente resolvido, se piorar, bem orientada e medicada.” E2.

“O atendimento foi excelente, se eu perceber que ainda preciso de atendimento, com certeza vou voltar aqui no SUS, até porque eu gostei, minha expectativa foi boa, foi melhor do que eu imaginei, como eu te falei por ser SUS.” E7.

“Me anunciaram vai procurar o SUS em porto Alegre. (...) Aqui o atendimento é especial, não tenho o que dizer, os minutos que eu estive ali foram excelentes.” E9.

“Eu me surpreendi, me falaram que o hospital era bem bom, eu também gostei bastante.” E17.

As expectativas correspondidas dos entrevistados não se identificam simplesmente com uma pesquisa de satisfação, mas tem como referência expectativas objetivas em relação ao sistema de saúde, conseguindo relacionar o bom atendimento com a organização do serviço público, que é a perspectiva de avaliação assumida pela responsividade. Nesse sentido, Mishima et al. 2016 ressaltam que essa avaliação pode fortalecer o desempenho do sistema, ampliando o acesso dos usuários e aumentando a eficácia do atendimento com vistas a alcançar a cobertura universal de saúde.

Nas pesquisas de avaliação dos sistemas de saúde, desenvolvidas pela OMS, a agilidade no atendimento (orientação para o cliente) é considerada de maior significância para a satisfação dos usuários e a responsividade dos serviços do que a dignidade (aspectos interpessoais). Numa pesquisa feita através da internet, 43% apontaram com muito importante e só 3 % como pouco importante e 25% indicaram a dignidade como importante e 4 % como pouco importante, numa escala de 1 a 7, em que 1 é a máxima importância e 7 a mínima (GAKIDOU; MURRAY; FRENK, 2000). Quanto maior é a diferença entre a importância máxima e a mínima dada a um aspecto, tanto mais significativo é o dado. O estudo Multi-Country Survey repetiu esse dado, pois para os respondentes a agilidade aparece para 41% como mais importante e para 4% como menos importante, enquanto que 22% consideram a dignidade como mais importante apenas 3% como menos (VALENTINE; DARBY; BONSEL, 2008). O caraterístico dessas pesquisas é comparar e relacionar entre o que é considerado como mais importante e como menos importante, reforçando esse dado. Isso significa que quanto maior for a distância entre a significância alta e baixa, tanto mais significativo é o dado.

Os entrevistados do HBO manifestaram surpresa pela excelência do atendimento de um serviço SUS. Apesar das expectativas correspondidas quanto ao atendimento do serviço, algumas dificuldades apontam também para questões relacionadas ao funcionamento do sistema de saúde. Por isso, a surpresa pela excelência do atendimento de um serviço SUS. Os resultados evidenciaram que os usuários entrevistados relacionaram as dimensões da responsividade com o sistema ao avaliarem suas expectativas. Isso é demonstrado pelas muitas referências ao SUS quando relataram suas experiências em relação às dimensões da

responsividade. Essa constatação corresponde ao objetivo da responsividade, como método de avaliação de um sistema de saúde.

“Que a tendência é só ir pra frente, o que a gente quer é que continue a instituição. Houve problemas aí que eu ouvi, se foi certo, se não foi correto, eu ouvi falar que iriam até fechar a parte do SUS, fiquei muito triste, porque eu digo que eu nunca precisei e no momento que eu vou precisar eu não vou conseguir, então espero assim que continuem, que o governo, que o Estado, ou sei lá o que for, a população tente ajudar de uma forma ou de outra, que continue, porque todos precisam.” E18.

A avaliação de satisfação colocou o foco nas necessidades subjetivas do paciente e as pesquisas de responsividade se centraram nos direitos universais do cidadão que é atendido. Passou-se do sujeito individual em suas necessidades para um sujeito social e político com suas reivindicações universalizáveis. Embora haja essa diferença, a avaliação nos dois casos depende do modo como se organiza o sistema de saúde. Nesse sentido, os instrumentos dependem de contextos históricos e do papel que desempenha o usuário nos serviços. Nas pesquisas de satisfação o usuário adquiriu um lugar central para a avaliação da qualidade do atendimento e nas de responsividade essa avaliação adquiriu maior objetividade, porque o usuário é convidado a legitimar suas expectativas em relação ao coletivo a partir do paradigma do direito que orientam políticas e programas (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A opinião de uma usuária sobre a acessibilidade e espera permite introduzir a questão do serviço de emergência ser SUS, comparado a outros serviços particulares. Ela entende que a espera é demorada porque tem que atender muita gente, mas sabe que vai ser atendida.

“Eu acredito que, as pessoas que não tem renda, que não tem como pagar uma consulta, o sistema de saúde, o SUS, é mais complicado, porque a procura é maior, então, tem a questão da espera que é um tempo maior, a gente já vem preparado, a gente vê muita gente reclamando na hora de esperar, mas a gente sabe que nem sempre tudo funciona como exatamente deveria ser e aí precisa ter um pouco de paciência de esperar o atendimento.” E20.

“A gente sabe como que é o sistema, foi um tempo hábil que a gente já está acostumado em outros hospitais, até foi mais rápido do que eu estava esperando, atendimento sem palavras, acho que desde a recepção, a enfermeira, a médica, bem atendido.” E21.

A longa espera para ser atendido em serviço oftalmológico do SUS não influenciou a satisfação com o atendimento, conforme constatado também por Benazzi, Figueiredo e Bassani (2010). A espera está ligada ao fluxo da demanda no momento da chegada ao serviço e à

avaliação com classificação de risco na triagem, mas constata também que existe insuficiência de médicos. Apesar da demora a usuária reconhece que foi atendida como deveria.

“Eu percebi, por exemplo, eram duas médicas atendendo, não sei se seria o número certo, três, também não sei se hoje não foi um dia que teve muita gente, porque estava cheio aqui, a hora que eu cheguei, lotado, não tinha quase lugar pra sentar, então depende muito, às vezes chega aqui está vazio e o atendimento é rápido, eu levei 4h para ser atendida, fui avaliada nível verde, sem gravidade, então fui atendida, levei mais tempo para ser atendida, mas fui atendida como eu acho que deveria ter sido atendida.” E20.

Porém, a usuária constata que a demora não é uma característica apenas do sistema público, também do sistema privado que muitas vezes, não é melhor que o público. Ela prefere o sistema público que não é pago e se dá conta que ele é financiado pelos impostos pagos pelo cidadão.

“O SUS é demorado, hoje em dia até o sistema particular, esses dias eu fui com minha irmã em um outro hospital e nós ficamos 6h esperando, pagando caríssimo todo mês, eu não pago nada de plano de saúde, claro eu pago os impostos, um plano de saúde eu não pago, eu vim aqui no sistema público, então eu posso dizer assim que fui bem atendida no geral, que foi tudo ok.” E20.

“A gente tem o SUS aqui, em outros lugares, às vezes, a gente não tem essa facilidade também, por mais que seja demorado, que tenha que esperar, tenha que fazer triagem, mas a gente ainda tem esse atendimento, ainda tem essa possibilidade, em outros lugares a gente não teria essa possibilidade.” E25.

O tempo de espera entre a classificação de risco e a consulta médica depende do volume da demanda, o que não se consegue resolver apenas com a melhoria de procedimentos no local de atendimento, mas depende também de processos organizacionais mais amplos que influenciam a dinâmica dos serviços.

Um dos principais problemas da demanda no SUS são os atendimentos de urgência/emergência que cresceram muito nos últimos anos, mas esse crescimento não foi acompanhado por uma reestruturação desses serviços, agudizando o problema. Dois aspectos são importantes para a reorganização desse atendimento: funcionamento da rede de atenção, ajudando a direcionar a demanda e minimizar a superlotação, e, por outro, a utilização de dados demográficos e epidemiológicos para gerenciar a necessidade recursos humanos e a demanda nas unidades (COELHO; GOULART; CHAVES, 2013).

O serviço de emergência em oftalmologia funciona como porta de entrada para cuidados oculares, levando a um excesso de procura que não consegue dar conta da demanda. Na opinião

dos usuários deveria ter mais médicos para agilizar o atendimento e a existência de outros centros de atendimento SUS em oftalmologia no interior do Estado, para as pessoas não precisarem vir a Porto Alegre. Esse problema é percebido como a falta de recursos e investimentos necessários para a acessibilidade ao atendimento oftalmológico e não como um problema específico do HBO.

“Fiquei um pouco frustrado pelo tempo que eu demorei, 5h. (...) O principal seria o tempo, mas eu acredito que com os recursos que o hospital tem eu acho que não tem como melhorar, não é uma coisa que parte aqui do hospital, talvez uma coisa superior, se tivesse mais um médico, mais um ambulatório, mais uma sala, com certeza seria mais rápido no tempo de atender.” E16.

“Pelo o que eu vi são dois médicos pra muita gente, então, seria melhor mais médicos.” E19.

“Talvez é colocado dois médicos, porque não é todos os dias que tem um volume tão grande de pessoas como tinha hoje, então tem essa questão, mas também outros fatores que a gente sabe, verba pra pagar médicos, se fossem três por exemplo talvez seria mais agilizado.” E20.

“Deixar menos pessoas para atender na frente e botar mais profissionais para realizar os procedimentos. (...) Se tivesse dois ou três profissionais, eu acho que não teria tanto espera, não ia avolumar tanta gente na sala de espera. Creio que se deva a um problema financeiro do Estado. (...) O SUS é mal abastecido pelo poder maior, pelo governo no caso, vocês poderiam ter muito mais recursos para prestar um serviço bem mais de qualidade, bem mais rápido, ter mais máquinas, ter mais remédios, ter mais profissionais, poder gerenciar melhor e vocês andam como todo mundo numa corda bamba, então isso aí acaba refletindo no serviço, como o trabalho que eu exerço também, a gente trabalha para o Estado, e de vez em quando a gente tem que fazer escolha” E23.

A falta de médicos e a necessidade de mais centros de atendimento estão ligados a uma questão estrutural do sistema, da qual os entrevistados se dão conta e conseguem fazer uma análise crítica, apontando para a falta de investimento em infraestrutura e na contratação de profissionais e para a necessidade de descentralizar e interiorizar os serviços especializados.

“Precisaria mais investimento na área da saúde, contratação de pessoal, infraestrutura para os hospitais e outros centros de atendimento, posto de saúde.” E16.

“Deveria ter no interior alguns locais para atenderem, nós não temos outros hospitais que atendem.” E1.

Chegam nas urgências, doenças oculares de simples solução, que poderiam ter sido diagnosticadas e resolvidas no atendimento primário e secundário, apontando para uma falha do sistema. Essa deficiência poderia ser resolvida com cursos de educação continuada para os médicos, reduzindo a demanda na rede especializada, aumentando a resolutividade, evitando o desgaste do paciente e melhorando o atendimento (ROCHA et al., 2012).

Essa falta de competência no atendimento primário para diagnosticar morbidades da visão, ocasiona um prognóstico tardio, levando a uma agudização dos problemas oculares que chegam nas emergências oftalmológicas, onde os profissionais especializados precisam indicar o tratamento mais adequado para minimizar o comprometimento da capacidade visual (LEONOR et al., 2009; PIERRE FILHO et al., 2010; VARGAS; RODRIGUES, 2010).

A restrição da porta de entrada para cuidados oculares dificulta o acesso dos usuários à saúde ocular, porque os serviços estão distantes e não próximos como acontece com os atendimentos da Atenção Básica. O não funcionamento do sistema em rede de comunicação torna ainda mais precário o atendimento. Por isso é indispensável que a saúde ocular faça parte da Atenção Básica (CBO, 2015).

A Política Nacional de Atenção à Oftalmologia (BRASIL 2008) preconiza ações nos três níveis do sistema: na atenção primária a prevenção e recuperação de afecções oculares e a promoção da saúde visual; na atenção especializada oferecer diagnóstico e terapêutica ao usuário acometido por distúrbios oculares; na atenção ambulatorial e hospitalar organizar redes regionais de complexidade oftalmológica. Para o funcionamento desses três níveis são necessários organismos complementares de informação e regulamentação dos serviços de oftalmologia, de assistência farmacêutica e fornecimento de insumos ópticos e de capacitação permanente de profissionais para esses níveis.

Em pequenos municípios com poucos casos necessitados de especialista oftalmológico pode-se justificar a não contratação de profissionais e aquisição de equipamentos (FERRAZ et al., 2014). Contudo o tratamento de questões mais básicas de saúde ocular deveria fazer parte dos núcleos de apoio à atenção primária.

Para descentralizar e interiorizar os serviços de saúde ocular seria necessário incluir oftalmologistas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A proposta da Estratégia Saúde da Família está baseada num trabalho multiprofissional com o objetivo de fortalecer e qualificar o atendimento primário e a introdução de oftalmologistas na equipe ampliaria a porta de entrada para resolver problemas oculares que não necessitam de um atendimento especializado (CBO, 2015).

A maioria dos entrevistados falou sobre a dificuldade em conseguir atendimento oftalmológico onde residem, necessitando ir até a emergência do HBO para conseguir uma consulta. Uma alternativa para esse problema seria a disponibilidade de assistência oftalmológica no local facilitando o acesso a tratamento especializado e capacitando a unidade na solução dos casos mais básicos, diminuindo a necessidade de transporte. Todavia, evidencia-se a necessidade de disponibilizar um atendimento especializado regional para minimizar as distâncias na busca de tratamento mais especializado (HUSSEIN et al., 2015).

As diretrizes da Política Nacional de Oftalmologia (2008) e as recomendações do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2015) oferecem diretrizes e caminhos, criando as condições para que os princípios do SUS possam concretizar-se na área da saúde da visão. A política da universalidade cria as oportunidades para o acesso aos diferentes serviços que respondem às necessidades oculares. A equidade propõe políticas de priorização e incentivo de grupos sociais vulneráveis em sua busca de serviços oftalmológicos, principalmente pela inserção do atendimento de problemas da visão na atenção primária.

Por fim, a política da integralidade organiza práticas e processos de trabalho que oferecem uma atenção integral personalizada, promovendo o funcionamento em rede e polos regionais de atendimento especializado em oftalmologia.

As diretrizes da Política Nacional de Oftalmologia são propostas de ação para que a oftalmologia se torne uma linha de cuidado do sistema, possibilitando atendimento integral. Os dados da pesquisa demonstram que ainda existe um longo caminho a percorrer para alcançar esse objetivo.

Na emergência do HBO são atendidas pessoas com deficiência visual que o sistema de saúde tem dificuldade de atender com integralidade, porque as afecções oculares não são uma prioridade e existem poucos profissionais capacitados para atender a essa demanda. Em pesquisa para avaliar a responsividade do sistema, realizada em Islamabad, capital do Paquistão, foram detectadas barreiras para incluir pessoas com deficiência, falta de profissionais treinados e a não definição de prioridades em relação a essas pessoas e, por fim, a não existência de um sistema de referência (HABIBULLAH, 2012).

Em concordância com essas dificuldades, em pesquisa realizada na África do Sul, a agilidade no atendimento teve a mais baixa avaliação tanto para pacientes intra-hospitalares quanto ambulatoriais, sendo que a autonomia também foi mais baixa para os internados em hospital, enquanto que o mais alto grau para os dois casos foi a qualidade, confidencialidade e dignidade do serviço (PELTZER; PHASWANA-MAFUYA, 2012).

Um entrevistado expressou sua percepção sobre as dificuldades do sistema de saúde em responder às demandas da população.

“Cada vez acarreta mais um número maior de contingência para ser atendido, então às vezes, muitas vezes o atendimento talvez não seja o ideal, o adequado, mas devido ao excesso de pessoas. (...) Podiam se empenhar mais, dar mais um pouco de apoio, olhar mais para nós, olhar pelo povo. (...) Não é só aqui que a gente vem pedir socorro, não é só na emergência, eu acho que vários setores dentro da saúde, nós dependemos disso. Então eu acho que isso aí seria em geral.” E1.

Quanto à dimensão atenção imediata (agilidade no atendimento), dois resultados são evidenciados como centrais: 1) o longo tempo de espera aparece como uma desvantagem para vários, mas ela é compensada pela vantagem do bom atendimento e da resolutividade. O tempo de espera para os entrevistados está relacionada com o sistema que não destina os recursos necessários, por isso isentam o hospital, e os serviços de oftalmologia não são uma prioridade para o sistema, o que dificulta a criação, no interior do Estado, de outros centros de saúde ocular, não precisando vir a Porto Alegre e acumulando a demanda no HBO. 2) por outro lado, para os entrevistados, a qualidade e a resolutividade do atendimento, também estão relacionadas com o sistema como uma expectativa correspondida e uma surpresa não esperada por ser um atendimento SUS.

A desvantagem do tempo de espera e a expectativa correspondida da resolutividade estão relacionados com o funcionamento do sistema, e suas respectivas insuficiências quanto ao número de profissionais e serviços para o atendimento. As falas dos entrevistados demonstram a relevância da avaliação pela responsividade em conseguir detectar quais são os aspectos mais avaliados pelos usuários, como é o caso da resolutividade. Achados de outras pesquisas, como as da Fiocruz, confirmam que a resolutividade é fundamental para a avaliação, porque quanto mais especializado é o serviço, mais altos são os índices de satisfação (HOLLANDA et al., 2012).

Como a qualidade do atendimento é um referencial determinante para definir a satisfação do usuário, se evidencia a necessidade de qualificar os processos das práticas de atenção, priorizando dimensões da responsividade como agilidade e dignidade (MOIMAZ et al., 2010)

Documento de discussão da OMS sobre a avaliação dos sistemas de saúde afirma que é possível mudar a performance dos serviços pela melhoria de alguns elementos da responsividade, sem grandes investimentos. Por exemplo, pode acontecer uma melhora no

respeito às pessoas atendidas, com um mínimo de investimento, pela qualificação da atitude dos profissionais em relação aos pacientes. Aperfeiçoamentos nos componentes das dimensões da responsividade deveriam acontecer antes de progressos nos outros dois objetivos intrínsecos dos sistemas, melhoria da saúde das pessoas e financiamento mais justo e protetivo da saúde das pessoas, porque reformas nos aspectos da responsividade exigem menos recursos e tem resultados mais imediatos (DARBY et al., 2000).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emergência do Hospital Banco de Olhos é um serviço conveniado pelo Sistema Público com um hospital privado. Esse tipo de contratualização determina em grande parte a configuração do atendimento e como se manifestam as diferentes dimensões da responsividade. O serviço é a porta de entrada de todo tipo de afecções oculares com predominância das conjuntivites. Esta característica de porta de entrada tem como consequência, em certos dias e horas, uma demanda acima da possibilidade, criando dificuldades para um atendimento adequado com repercussões sobre os dois domínios da responsividade: interpessoal e estrutural.

Como referido pelos entrevistados, a recepção, o acolhimento e a classificação de risco tem procedimentos bem definidos no HBO, tornando o atendimento ágil e resolutivo. Os profissionais atendem com respeito e dignidade, comunicam-se claramente com o usuário para a sua compreensão do diagnóstico e do encaminhamento e demonstram confidencialidade e privacidade no momento do atendimento. Em alguns casos os entrevistados fazem críticas a situações referentes às dimensões interpessoais, que são ocasionadas pela excessiva demanda.

O tempo de espera entre a classificação de risco e a consulta médica depende do volume da demanda, o que não se consegue resolver apenas com a melhoria de procedimentos no local de atendimento, mas depende também de processos organizacionais mais amplos que influenciam a dinâmica dos serviços.

O tempo de espera oscilou entre meia hora a duas ou mais, dependendo do momento da chegada, o que pode ser confrontado com aquilo que estudos apontam como aceitável que é uma hora de espera. Os entrevistados acentuaram a certeza do atendimento especializado, podendo este aspecto amenizar a espera, mas não deixam de constatar, em alguns momentos, o excessivo tempo para atendimento pelo médico.

Quanto à autonomia, os participantes do estudo destacaram o aprendizado de como lidar com o seu problema ocular a partir da explicação fornecida pelo profissional. Isso dependeu do ambiente de comunicação, da atitude de empatia e do uso de linguagem acessível por parte do profissional. Essa interação de diálogo possibilitou a confiança na guarda e confidencialidade das informações fornecidas pelo usuário.

O que os entrevistados mais apreciaram na emergência do HBO foi o profissionalismo e a competência do atendimento, o fato de ser um serviço especializado que vai direto ao problema, e na maioria dos casos não necessita recorrer à outra instância. Essa caracterização determina em grande parte a percepção dos usuários sobre a agilidade, embora haja o problema

apontado da excessiva espera para a consulta. O tempo de espera pode ser atribuído a uma demanda que, em certos momentos, está muito além da possibilidade de um atendimento ágil e adequado no serviço de emergência, por ser ao mesmo tempo um serviço especializado e porta de entrada para todas as patologias oftalmológicas.

Em relação à utilização dos serviços do sistema de saúde, os resultados oferecem contribuições sobre a necessidade de regionalizar serviços públicos especializados em oftalmologia, para que os usuários não necessitem se deslocar até a capital do estado para o atendimento, desafogando a emergência do HBO.

A pesquisa tem os seus limites, porque foi realizada apenas em um serviço de atendimento ocular e por isso os seus resultados não podem ser universalizados, necessitando de mais investigação para aprofundar os aspectos mais específicos da responsividade na área oftalmológica, não só ambulatorial, mas também hospitalar. Nesse sentido, outros estudos poderiam abrir a possibilidade da construção de um instrumento específico para avaliar a responsividade de um hospital de cuidados complexos de patologias oculares.

Na percepção dos usuários, o Serviço de Emergência SUS do HBO foi bem avaliado na perspectiva da responsividade, apesar dos problemas apontados, principalmente com relação à demora para a consulta. Os entrevistados atribuíram mais importância para a acessibilidade de um serviço especializado, que foi o aspecto mais destacado da agilidade, seguida da dignidade e da comunicação. A valorização desses aspectos demonstra que a melhoria da qualidade dos serviços de emergência necessita de investimentos na qualificação dos profissionais e dos processos organizacionais que se expressam nos efeitos de satisfação dos usuários quanto ao atendimento que se torna mais responsivo, tanto no domínio interpessoal quanto estrutural.

REFERÊNCIAS

- ADAM NETTO, A. A.; ROLIM, A. P. Q.; MÜLLER, T. P. S. Prevalência de doenças palpebrais no serviço emergencial de oftalmologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 64-69, 2006.
- ADAM NETTO, A. A. et al. Prevalência de doenças corneanas no serviço emergencial de oftalmologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 50-5, 2006.
- ADESANYA, T. et al. Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. **Journal of Public Health Research**, Pavia, v. 1, no. 1, p. 2, 2012. Available at: <<http://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/jphr.2012.e2>>. Date accessed: 15 Nov. 2015.
- ALMEIDA, C. M. et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. **Lancet**, Nova York, v. 357, no. 9269, p. 1692- 6977, 2001.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 523-534, 2010.
- ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, Nova York, v. 385, no. 9974, p. 1230-1247, 2015.
- BARROS, N. F. et al. **A produção de sínteses com evidências qualitativas: uma revisão de métodos e técnicas**. In: ONOCKO, R. C.; FURTADO, J. F.; organizadores. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora Unicamp, p. 121-135, 2011.
- BAZZAZ, M. M. et al. Health System's Responsiveness of Inpatients: Hospitals of Iran. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 7, no. 7, p. 106-113, 2015. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/46887/25311>. Acesso em: 13/11/2015
- BENAZZI, L. E. B.; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 861-868, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília - DF, 2013.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 2012. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09/05/2016

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho 2011**. Reformula a Política nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências do Sistema único de Saúde. Brasília - DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília - DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008**. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. Brasília - DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. Brasília - DF, 2006.

_____. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília – DF, 2000.

BRAVEMAN, P.; STARFIELD, B.; GEIGER, J. H. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. **British Medical Journal**, London, v. 323, no. 7314, p. 678-681, 2001.

BRATZ, M.; BIER, G. **Protocolo de acolhimento e classificação de risco no serviço de urgência/emergência e pronto atendimento do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2013.

CABRAL, L. A.; SILVA, T. M. N.; BRITTO, A. E. G. S. Traumas oculares no serviço de urgência da Fundação Banco de Olhos de Goiás. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v.72, n. 6, p. 383-387, 2013.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CAVALCANTE, R. B. et al. Acolhimento com a classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 2, n. 3, p. 428-437, 2012.

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288/356>

CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Mais acesso a saúde ocular**. CBO, p. 5-9, São Paulo, 2015.

CECCHETTI, D. F. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico das urgências oculares em pronto-socorro de referência. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v.71, n. 5, p. 635-638, 2008. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492008000500005>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CHAMPAGNE, et al. **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos**. In: BROUSSELLE, et al., (Orgs.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, p. 41-60, 2011.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012.

COULTER, A.; JENKINSON, C. European patient's views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. **Eur J Public Health**, Oxford, v. 15, no. 4, p. 355-360, 2005.

CRESWELL, J. W. Projeto de Pesquisa. **Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookmam, 2007.

DALLA LANA, L. et al. Produção do Conhecimento sobre satisfação do utilizador internado em hospital público. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 17, n. 1, p. 62-70, 2013.

DARBY, C. et al. Strategy on measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization. **GPE Discussion Paper Series**, n. 23, 2000.

DIAS, O. V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-31, 2011.

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

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Harbor: **Health Administration Press**, Chicago, v. 1, 1980.

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

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

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

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. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

EBRAHIMIPOUR, H. et al. Health system responsiveness: A case study of general hospitals in Iran. **International Journal of Health Policy and Management**, Boston, v. 1, no. 1, p. 85-90, 2013.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A.; BEZERRA, L. C. A. **Institucionalização da avaliação**. In: Samico I, FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Organizadores. **Avaliação em Saúde: bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, p. 143-160, 2010.

FERRAZ, F. H. S.; HIRAI, F.; SCHELLINI, S. A. **Estimativas da magnitude e do custo da correção da baixa visão por erro refracional não corrigido no Brasil.** In: ALVES, M. R. et al. **Refração ocular: uma necessidade social.** Rio de Janeiro, Cultura Médica, p. 35-47, 2014.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Avaliação em saúde: conceitos básicos para as práticas nas instituições.** In: Samico I, FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P. G. Organizadores. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro, Editora Medbook; p. 1-13, 2010.

GAKIDOU, E.; MURRAY, C. J. L.; FRENK, J. Measuring preferences on health system performance assessment. Geneva: World Health Organization, **GPE Discussion Paper Series**, n. 20, 2000.

GARCIA, A. C. P. et al. Ambiência na estratégia saúde da família. **Vigilância sanitária em debate**, Vitória, v. 3, n. 2, p. 36-41, 2015. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/484/226>

GARLET, E. R., et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O Inquérito: teoria e prática.** 4. ed. Lisboa: Celta, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n.1, p. 31-38, 2012.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil., 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, suppl.1, p. 109-118, 2005.

GROMULSKA, L. et al. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig.* **National Institute of Public Health**, Saitama, v. 65, n. 2, p. 155-164, 2014.

HABIBULLAH, S. **Responsiveness of the Federal Health System to the Needs of 18-45 Year Old Adults With Physical Disabilities in Islamabad, Pakistan, 2012.** University of South Florida, Flórida. Graduate Theses and Dissertations. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/4059>

HARTZ, Z. M. A. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma "nova saúde pública". **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 832-834, 2012.

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

HSU, C. C. et al. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health*, **BioMed Central**, London, v. 17, n. 6, p. 72, 2006.

- HUSSEIN, R. P. et al. Avaliação das características do atendimento de urgências oftalmológicas em um hospital público da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 89-91, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802015000200089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar. 2017.
- KOWAL, P. et al. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. **Scientific Health**, Delaware, v. 3, no. 10, p. 638-646, 2011.
- LEONOR, A. C. I. et al. Emergências oftalmológicas em um hospital dia. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 197-200, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802009000400002>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- LIABSUETRAKUL, T. et al. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 24, no. 2, p. 169-175, 2012.
- LIMA, N. C.; BAPTISTA, T. W. F.; VARGAS, E. P. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-627, 2017.
- MARCHI M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional da saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 6, n.1, p. 39-45, 1998. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/322
- MARTINS. L. F. V. et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais: **Revista da Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p. 151-158, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
- MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2674, 2016.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.
- 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**, Goiania, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2013.
- NASCIMENTO E. R. P. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 13, n. 4, p. 597-603, 2011.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. **Lancet**, Nova York, v. 356, no. 9241, p. 1598-1601, 2000.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PELEGRINI, A. H. W. et al. Organização dos serviços de saúde para atenção às urgências: revisão narrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, no. 1, 2010.

PELTZER, K.; PHASWANA-MAFUYA, N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. **Global Health Action**, Bethesda, v. 5, n. 1, 2012. Available at: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18545>>. Date accessed: 14 Nov. 2015.

PEREIRA, F. B. et al. Perfil da demanda e morbidade dos pacientes atendidos em centro de urgências oftalmológicas de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 70 n. 4, p. 238-242, 2011.

PIERRE FILHO, P. T. P. et al. Profile of ocular emergencies in a tertiary hospital from Northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 12-17, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802010000100003>. Acesso em: 9 nov. 2015.

PRADO, M. L. et al. **Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica**, Washington, DC: OPS, 2013.

RISTEA, A. L. et al. Responsiveness of health systems: a barometer of the quality of health services. **Amfiteatru Economic**, Bucuresti, Romania, v. 11, n. 26, p. 277-287, 2009.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 167-174, 2012.

ROCHA, M. N. A. M. et al. Análise das causas de atendimento e prevalência das doenças oculares no serviço de urgência. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 6, p. 380-384, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802012000600008>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, 2010.

SATTO, L. H. Acessibilidade e resolutividade em assistência oftalmológica para o SUS. 2015. 140 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/139363>>.

SILVA, A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization. **GPE Discussion Paper Series**, n. 32, 1999.

SILVA, A.; VALENTINE, N. Measuring responsiveness: results of a key informant survey in 35 countries. Geneva: **World Health Organization**, 2000.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos.** In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS.** 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SOARES, S. S. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

SOARES, A. S.; NETTO, A. A.; SOARES, A. S. Análise da prevalência de conjuntivite no atendimento emergencial do serviço de oftalmologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina nos anos de 2004 a 2008. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 39, n. 2, p. 50-55, 2010.

SUTER, E.; MALLINSON, S. *Accountability for coordinated/integrated Health Services Delivery.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVAL, F. Pesquisa mundial de saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 58-66, 2008.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVAL, F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p. S4-S5, 2005. Editorial. Suplemento.

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

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320050003000177>. Acesso em: 10 nov. 2015.

VALENTINE, N.; SILVA, A.; MURRAY, C. **Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results.** Geneva: World Health Organization, GPE Discussion Paper Series: n. 22, 2000.

VALENTINE, N. B. et al. **Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization.** In: MURRAY C. J. L.; EVANS D. B.(Eds.). **Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism.** Geneva: WHO, 2003, p. 573-596.

VALENTINE, N.; DARBYB, C.; BONSEL, G. J. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. **Social Science & Medicine**, New York, v. 66, no. 9, p. 1939-1950, 2008.

VARGAS, M. A.; RODRIGUES, M. L.V. Perfil da demanda em um serviço de oftalmologia de atenção primária. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 77-

83, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802010000200002>. Acesso em: 10 nov. 2015.

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

WILLIAMS, A. Science or marketing at WHO? A commentary on 'World Health 2000'. **Health Economics**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 93-100, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Key Informant Survey on Responsiveness**. Geneva: World Health Organization, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000. Health systems: improving performance**. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Survey in the Multi-country Survey Study**. Geneva: World Health Organization, 2005.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**Perfil do Entrevistado**

Entrevista nº: _____

Dia e turno da Entrevista: _____

1. Sexo: F () M ()
2. Idade: _____ anos
3. Estado civil: () solteiro () viúvo () casado () divorciado () união estável
4. Escolaridade:
 - () Fundamental incompleto
 - () Fundamental completo
 - () Ensino médio incompleto
 - () Ensino médio completo
 - () Ensino superior incompleto
 - () Ensino superior completo

Por que você procurou atendimento no HBO? Quais são as vantagens para vir aqui ao HBO?
Existe alguma desvantagem?

Você já tinha procurado outro local para resolver o seu problema antes de vir ao atendimento de emergência do HBO?

É seu primeiro atendimento no Serviço de Emergência?

Você utiliza outro serviço do HBO além da emergência?

Quanto tempo você esperou desde a triagem até o momento do atendimento?

Conte-me como foi seu atendimento desde a recepção até finalizar seu atendimento.

Você vai precisar de exames ou medicamentos? Onde vai realizar os exames ou adquirir os medicamentos?

Como foi a comunicação dos profissionais com você? Como você foi informado pelos profissionais sobre a sua situação de saúde? Fale como as pessoas que o atenderam levaram em consideração o que você sentiu ou relatou sobre seu problema de saúde.

As informações que você recebeu foram claras e fáceis de entender? Fale sobre como as pessoas que o atenderam explicaram o seu problema de saúde e as possibilidades para solucioná-lo.

O que foi feito para que você participasse no seu atendimento? Fale sobre isso. Conte como foi a sua participação na tomada de decisão sobre seu tratamento.

Você foi tratado com respeito pelos profissionais durante todo o atendimento?

Você teve a oportunidade de falar a vontade sobre o seu problema de saúde?

Algum profissional não deu oportunidade para você falar?

Foi respeitada a sua privacidade durante o atendimento? Por exemplo: avaliação de porta fechada, individual, em ambiente privativo, sem interferências?

Você se sente seguro e confia no sigilo das informações que você deu aos profissionais?

Fale sobre as condições dos ambientes por onde você passou no atendimento. Qual sua opinião sobre a limpeza e o conforto dos ambientes utilizados, por exemplo, banheiros, consultórios, sala de espera?

Seu tratamento está concluído ou vai precisar de continuidade? Onde? Como foi feito o encaminhamento?

Suas expectativas com relação ao atendimento foram correspondidas ou não? Você gostaria de fazer algum comentário, acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Avaliação de um Serviço Hospitalar de Emergência em Oftalmologia na Perspectiva da Responsividade

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

Pesquisadora: Marcia Regina de Oliveira

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar como os usuários percebem o modo dos profissionais se comunicarem e tratarem as pessoas, como é o ambiente de espera e de atendimento e como se organiza o Serviço de Emergência do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre.

Será realizada uma entrevista, com duração aproximada de até quarenta e cinco minutos. Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você tem a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem qualquer prejuízo em seu atendimento. Sua participação na entrevista pode causar algum desconforto em responder perguntas sobre seu atendimento. Não há nenhum benefício pessoal previsto para os participantes da pesquisa. Os possíveis benefícios são para a população, pois os resultados podem contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

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

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. Se você tiver alguma dúvida poderá fazer contato com as pesquisadoras Maria Alice Dias da Silva Lima e Marcia Regina de Oliveira pelo telefone (51) 3308-5481 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone número (51) 33083738 ou pelo e-mail etica@propesq.ufrgs.br.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Nome do participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome da Pesquisadora: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: ___ / ___ / ___.

ANEXO A**Termo de autorização para realização de pesquisa**

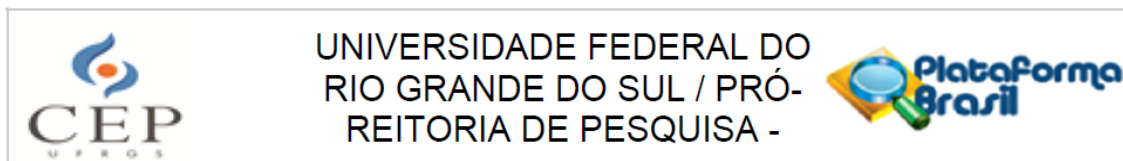
Eu, Olinda Maria Roberti, Diretora Geral do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre e Dr. Luis Cesar Souto de Moura, Diretor Executivo, autorizamos a realização do estudo intitulado Avaliação de um Serviço Hospitalar de Emergência em Oftalmologia na Perspectiva da Responsividade, a ser realizado no Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos, conduzido pela pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e pela mestranda Marcia Regina de Oliveira.

Porto Alegre, 27 de maio de 2016.

Olinda Maria Roberti
Diretora Geral

Dr. Luis César Souto de Moura
Diretor Executivo

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia na perspectiva da responsividade

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57370716.8.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.626.537

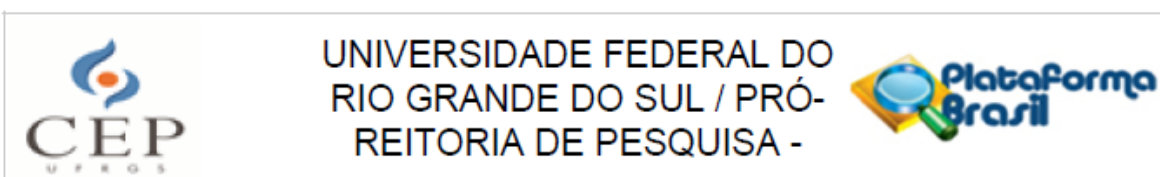
Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul inserido na Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem da Linha de Pesquisa: Política Estudos.

Tem como foco a "responsividade que a têm a finalidade de verificar se o desempenho do sistema responde às necessidades e expectativas dos usuários (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). "Nesta perspectiva são "avaliadas as dimensões ligadas às relações interpessoais que intercorrem no atendimento e aos componentes organizacionais e estruturais do contexto de atendimento (WHO, 1999; WHO, 2000; SILVA, 1999; DARBY et al., 2000)". Nesta avaliação são incluídos os aspectos "respeito pela dignidade e pela autonomia do usuário, pela confidencialidade das informações pessoais; acesso a um atendimento rápido e à rede de apoio social, infraestrutura material do serviço de atenção e a possibilidade da escolha do profissional."

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa com delineamento descritivo-exploratório. Contexto é o Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos (HBO) de Porto Alegre, trata-se de uma Instituição filantrópica sem fins lucrativos da Rede Verzeri, fundada há 60 anos pelas Irmãs Filhas do Sagrado Coração de Jesus. HBO atende "todas as subespecialidades de oftalmologia é referência

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.626.537

em média e alta complexidade, no estado do Rio Grande do Sul".

Os participantes serão constituídos pelos usuários do Serviço de Emergência SUS do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, os quais serão selecionados de forma intencional, após avaliação das enfermeiras (classificação de risco) ao ingressar no serviço de emergência. Está previsto, conforme os critérios de saturação dos dados, entre e vinte e trinta participantes.

Para coleta de informações está previsto entrevista semi-estruturada, a partir de um roteiro com questões relacionadas as "dimensões da responsividade: interpessoais: dignidade, autonomia, escolha e confidencialidade; organizacionais: atenção imediata (agilidade), comunicação e apoio social; estruturais: instalações e ambiente físico".

As informações serão interpretadas por meio da análise de conteúdo proposta por Minyo.

Critérios de inclusão: usuários de ambos os sexos, com idade maior que 18 anos.

Critérios de exclusão: indivíduos não alfabetizados, com dificuldades de comunicação e os considerados de prioridade imediata na classificação de risco.

As questões éticas relacionadas a pesquisas com seres humanos estão contemplada, tb. apresenta o Termo Anuência e de Compromisso para Utilização de Dados da instituição campo de pesquisa. Apresenta o Parecer Consubstanciado da COMPESQ ENF.

Em relação ao orçamento o projeto dissertação está vinculado ao projeto de pesquisa Avaliação de Serviços de Atendimento às Urgências, financiado pelo CNPq por meio de Edital Universal Processo nº 478640/2012-9. Cronograma está adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

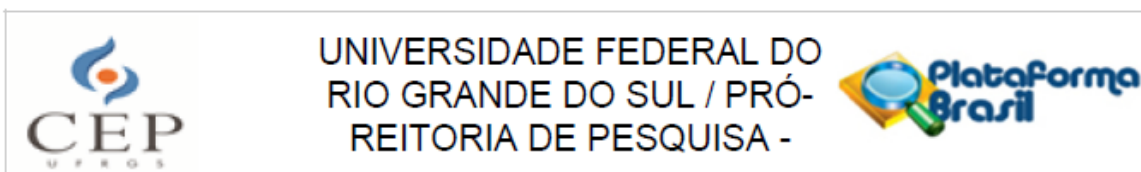
Analisar a percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em oftalmologia, na perspectiva da responsividade.

Objetivo Secundário:

Analisar as dimensões pessoais da responsividade: dignidade, autonomia, escolha e confidencialidade.

Analisar as dimensões organizacionais da responsividade: atenção imediata (agilidade), comunicação e apoio social.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.626.537

Analisar as dimensões estruturais da responsividade: ambiente físico e instalações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão explicitados de forma adequada no projeto, Formulário da Plataforma Brasil e TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresenta tema de relevância científica e para a área da saúde. O referencial teórico e metodológico são pertinentes aos propósitos do estudo e apresentados em detalhes. Projeto elaborado com redação clara e cuidadosa, e contendo todas as etapas de um estudo científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresenta redação clara, objetiva e contendo informações pertinentes ao projeto.

Estão anexados ao projeto os Termos Anuência e de Compromisso para Utilização de Dados da instituição campo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

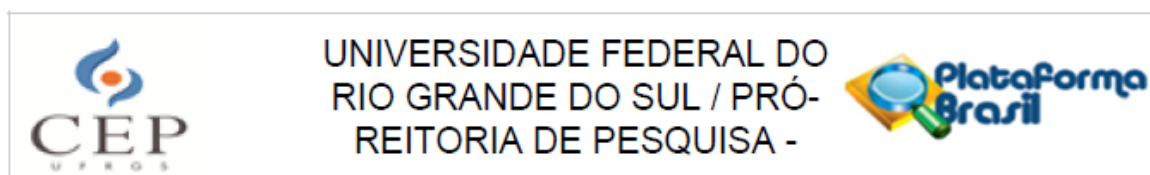
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_725493.pdf	27/06/2016 16:05:51		Aceito
Outros	AtaEQMarcia.pdf	27/06/2016 16:05:19	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_Mestrado.pdf	27/06/2016	Marcia Regina de	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -

Continuação do Parecer: 1.626.537

/ Brochura Investigador	Projeto_Mestrado.pdf	10:50:08	Oliveira	Aceito
Outros	TermodeCompromissoparaUtilizacaodedados.pdf	27/06/2016 10:23:44	Marcia Regina de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	27/06/2016 10:12:13	Marcia Regina de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	27/06/2016 10:11:18	Marcia Regina de Oliveira	Aceito
Outros	ParecerCOMPESQEnf.pdf	24/06/2016 13:02:56	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Termo_Autorizacao_Pesquisa.pdf	31/05/2016 11:26:17	Marcia Regina de Oliveira	Aceito

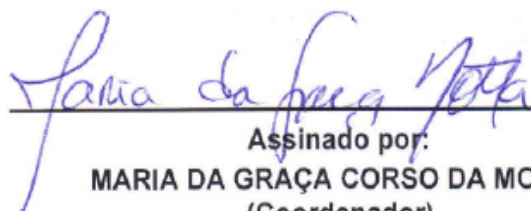
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Julho de 2016


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br