



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
COLEGIADO DE ENFERMAGEM**

REJANE PITON LEMOS SANTOS

**SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME NO
ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

**Santo Antônio de Jesus
2014**

REJANE PITON LEMOS SANTOS

SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME NO
ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de
Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo
da Bahia como requisito para obtenção de título de
Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dra Rosa Cândida Cordeiro
Coorientadora: Prof^ª Msc Ana Paula Santos de Jesus.

Santo Antônio de Jesus
2014

REJANE PITON LEMOS SANTOS

SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME NO
ATENDIMENTO EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aprovada em 04 de novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Rosa Cândida (Orientadora)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Msc. Ana Paula Santos de Jesus (Co-orientadora)
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra Maria da Conceição Costa Rivemales
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Aos meus pais e irmão que estiveram sempre prontos a me ajudar criando condições materiais e psicológicas favoráveis para que pudesse chegar até aqui.

Ao meu esposo que me ajudou a realizar este trabalho através da compreensão e da paciência.

Ao meu filho, que apesar de pequeno teve que compreender a luta da mãe, me dando carinho e alegria nos momentos que mais precisei.

Aos meus familiares que estiveram presentes durante esta luta sendo capazes de ajudar e compartilhar da mesma.

AGRADECIMENTOS

O trabalho do pesquisador exige dedicação, tempo e disposição para mudar seu cotidiano. Isso só é possível com entusiasmo, paixão e a colaboração das pessoas as quais convivemos.

Agradeço a DEUS que sempre me iluminou com a luz do saber, fortalecendo-me e guiando-me nessa jornada.

Em especial, aos meus pais que, “vivendo” minhas angústias, preocupações e ansiedades, torceram sempre pelo meu crescimento, acreditando e incentivando tornando possível a minha decisão de escrever e defender o que eu acreditei. A eles o meu “MUITO OBRIGADO!”.

Ao meu esposo e filho que estiveram sempre pacientes e compreensivos, transmitindo carinho, amor dando-me força para vencer as etapas finais desse trabalho.

Aos meus familiares que me apoiaram e me deram força no momento em que mais precisei.

As Professoras Rosa Cândida Cordeiro e Ana Paula Santos, orientadora e coorientadora, que com seus conhecimentos me guiaram por essa jornada, tendo compreensão, sempre ouvindo e resolvendo às minhas solicitações durante esse trajeto.

Aos demais professores por terem colaborado de um capítulo ímpar na história da minha vida o meu respeito e gratidão.

Agradeço aos meus colegas de sala pela sábia orientação, sugestões, leituras, incentivos e críticas que contribuíram para a concretização desse trabalho que se tornou uma conquista na caminhada em busca do saber.

As agentes comunitárias e saúde e enfermeiras que me auxiliaram na localização dos usuários que vivem com anemia falciforme, me levando até eles para a realização da pesquisa.

A todas as pessoas que vivem com anemia falciforme que participaram da pesquisa contribuindo para a realização desse trabalho, dando depoimentos a respeito da sua história, da sua doença, dos seus atendimentos na unidade de emergência e da sua satisfação com relação a esses atendimentos.

SANTOS, Rejane Piton Lemos. **Satisfação das pessoas com anemia falciforme no atendimento em unidade de emergência.** 65f. il. 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2014.

RESUMO

A anemia falciforme é a doença mais comum entre as hemoglobinopatias, caracterizada por uma mutação genética que compromete as funções das hemácias, desencadeando crises de vaso-oclusão e predisposições às infecções. O reconhecimento das situações de emergências e tratamento específico das mesmas nas unidades de emergência são de grande importância, pois evitam complicações potencialmente fatais. O presente estudo teve como objetivo analisar a satisfação das pessoas com anemia falciforme com relação ao atendimento de emergência em um hospital público do interior da Bahia. Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, que teve como instrumento de coleta de dados a entrevista aberta, realizada com seis pessoas com anemia falciforme moradoras da cidade de Santo Antonio de Jesus e usuárias da emergência de um hospital público da Bahia. Para análise dos dados foi utilizado a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontaram que 66,6% dos entrevistados eram mulheres e 33,4% homens, com idade entre 14 a 47 anos, 66,6% se consideram pretos e 33,4% pardos. Diante das entrevistas foram construídas as seguintes idéias centrais: As crises álgicas levando ao atendimento de emergência, Esperando por muito tempo, Fazendo de conta que a pessoa não é nada, Significados do acolhimento, A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão, Estando satisfeito por sair bem do atendimento, Tratamento recebido, Não valorização da queixa e Acolhimento de enfermagem. O estudo apresenta implicações para o serviço de emergência, revelando a necessidade de um atendimento de enfermagem com maior atenção ao usuário, um serviço humanizado e mais qualificado para atender as necessidades das pessoas que vivem com anemia falciforme.

Descritores: Enfermagem, Anemia Falciforme. Atendimento de emergência, Satisfação.

SANTOS, Rejane Piton Lemos. **Satisfaction of people with sickle cell anemia in attendance at an emergency room.** 65f. il. 2014 Monograph (Undergraduate Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Reconcavo of Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2014.

ABSTRACT

Sickle cell anemia is the most common disease among hemoglobinopathies characterized by a genetic mutation that impairs the function of red blood cells , triggering crises vaso- occlusion and predisposition to infections . The recognition of specific emergencies and their treatment in emergency departments are very important because they prevent potentially fatal complications . The present study aimed to examine the satisfaction of people with sickle cell anemia in relation to emergency care at a public hospital in the state of Bahia . It is a qualitative descriptive study , which had the data collection instrument open interview held with six people with sickle cell disease living in the town of Santo Antonio de Jesus users and the emergence of a public hospital in Bahia . For data analysis, the technique of the Collective Subject Discourse was used . The results showed that 66.6 % of respondents were women and 33.4 % men , aged 14 to 47 years old , 66.6 % consider themselves black and brown 33.4 % . Before the interviews the following core ideas were built : Painful crises leading to emergency care , Waiting for a long time, Pretending that the person is nothing Meanings care , satisfaction with care depends on the staff on duty , Being pleased to do well of care , treatment received, no appreciation of the complaint and Home nursing . The study has implications for the emergency department , revealing the need for nursing care with greater attention to the user, a humanized service and most qualified to meet the needs of people living with sickle cell anemia.

Keywords: Nursing, Sickle Cell Anemia. Emergency care, satisfaction.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 ANEMIA FALCIFORME	12
2.1.1 A origem histórica da doença falciforme	12
2.1.2 Anemia falciforme – etiologia da doença	13
2.1.3 Manifestações clínicas da anemia falciforme	14
2.1.4 Diagnóstico	17
2.1.5 Tratamento	18
2.1.6 Assistência de enfermagem as pessoas com anemia falciforme	21
2.3 UNIDADE DE EMERGÊNCIA	24
2.3.1 Atendimento de emergência	24
2.3.2 Atendimento em rede.....	27
2.3.3 Acolhimento e classificação de risco	29
3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
3.3 LÓCUS DA PESQUISA	33
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	34
3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA	36
4.2 PRINCIPAL CAUSA QUE LEVA AS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME AO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.	37
4.3 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O QUE É ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA.....	40
4.4 A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS	54
ACOSTA, Aline Marques, DURO, Carmen Lucia Mottin, LIMA, Maria Alice Dias da Silva, Atividades do Enfermeiro nos sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa , Rev Gaúcha Enferm. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023 , acesso em 22 de setembro de 2014.....	54
APÊNDICES	61

1 INTRODUÇÃO

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2003).

Diante disso a Portaria 2048 de 2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”(SERVIN *et al*, 2005).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR- se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado (SERVIN *et al*, 2005).

Essa classificação de risco humanizada levará a um atendimento individualizado e evitará possíveis complicações, principalmente em pessoas com anemia falciforme que tais complicações podem ser fatais.

A doença falciforme (DF) é uma doença genética frequente. Predomina entre negros e pardos e, no Brasil, a cada ano, nascem 3.500 crianças com DF e 200.000 com traço falciforme. As hemácias com hemoglobina S assumem, em condições de hipóxia, forma semelhante à foice, podendo levar à oclusão dos capilares, provocando lesões teciduais agudas e crônicas de órgãos, quase sempre acompanhadas de dor (FELIX *et al*, 2010).

A causa da doença é uma mutação pontual no gene beta da globina, em que há a substituição de uma base nitrogenada do códon GAG para GTG, resultando na troca do ácido glutâmico (Glu) pela valina (Val) na posição número seis do gene. Essa substituição origina

uma molécula de hemoglobina anormal denominada hemoglobina S (HbS) ao invés da hemoglobina normal chamada de hemoglobina A (HbA). A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre em indivíduos homocigotos (HbSS) (MANFREDINI *et al*, 2007).

Os atendimentos a pessoas com anemia falciforme nas unidades de emergência devem ser avaliados, pois assim pode-se identificar a satisfação desses usuários com relação a assistência e contribuir para a melhoria do funcionamento da unidade.

Segundo Gouveia (2009) pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão dos serviços, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde.

Para Vaitsman e Andrade (2005) apud Gouveia (2009) estas avaliações expressariam uma resposta efetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes.

A satisfação, segundo Moraes e Melleiro (2013), é definida como o produto da gestão dos relacionamentos e das expectativas de atendimento, referindo-se não só à qualidade do serviço, mas também ao acesso, local, cortesia, presteza da resposta e atenção humana ao usuário. Pode ser compreendida, também, como a comparação das expectativas do usuário com suas percepções a respeito do encontro com o serviço real. Dessa maneira, a satisfação geral com o serviço é resultante das várias percepções que o cliente vai tendo ao longo da sequência de momentos de contato com um provedor, e que essa, portanto, ocorre na fase de consumo e na fase de pós-consumo.

Reconhecendo que há uma escassez de trabalhos publicados sobre a satisfação de pessoas com anemia falciforme com relação ao atendimento nas unidades de emergência e que a avaliação da satisfação dos usuários pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade e eficiência e que é crescente a importância e legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários sobre a qualidade da atenção, justifica-se a realização deste estudo.

O trabalho será desenvolvido a partir da entrevista com pessoas que vivem com anemia falciforme e utilizam o serviço de emergência, tendo como problemática observar qual

o grau de satisfação das pessoas com anemia falciforme no atendimento de emergência. Tendo como objetivo analisar a satisfação das pessoas com anemia falciforme com relação ao atendimento de emergência em um hospital público do interior da Bahia; Identificar quais os fatores que podem interferir na satisfação dessas pessoas no atendimento de emergência; Descrever quais os principais sintomas que levam as pessoas com doença falciforme a procurar o atendimento em unidade de emergência e identificar o conhecimento das pessoas com anemia falciforme com relação ao significado do acolhimento na unidade de emergência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ANEMIA FALCIFORME

2.1.1 A origem histórica da doença falciforme

Segundo Guimarães *et al* (2009) o termo doença falciforme (DF) engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença de hemoglobina S dentro da hemácia, representando a enfermidade hereditária mais prevalente no mundo.

Menezes *et al* (2013) define a doença falciforme como a combinação da hemoglobina S (HbS) com outra hemoglobinopatia (por exemplo, hemoglobina C–HbC), betatalassemia, HbS, entre outras, caracterizando a hemoglobinopatia HbSC, a HbS betatalassemia e a homozigose para hemoglobina S (HbSS). Além disso, esta apresenta elevada morbidade e mortalidade devido a suas manifestações clínicas agudas (crise vaso-oclusiva dolorosa, sequestro esplênico e síndrome torácica aguda), que levam as pessoas com doença falciforme a procurarem os serviços de emergência com frequência, e também por manifestações crônicas, uma vez que afeta os órgãos e sistemas.

Segundo Dias (2013) por atuar na circulação sanguínea, a patologia pode apresentar reflexos em diversos órgãos e sistemas do corpo, configurando um quadro de significativa morbidade, podendo implicar em internações sucessivas e risco de morte, o que representa grande mobilização e aflição à pessoa com a doença e sua família.

Trata-se de uma doença que pode ser bastante grave quando não cuidada adequadamente, com alta mortalidade especialmente na faixa etária de 0 a 5 anos, em crianças que não recebam cuidado regular com equipe de saúde. É considerada também uma doença degenerativa, à medida que sem acompanhamento adequado as crises tornam-se recorrentes e vão pouco a pouco debilitando os órgãos, levando a danos cumulativos e muitas vezes irreversíveis. Assim, o adulto com DF, que não tenha recebido acompanhamento com equipe de saúde, pode apresentar quadros de insuficiência renal, complicações cardiopulmonares, necroses ósseas, lesões oculares, úlceras maleolares e dor crônica (BRAGA, 2007).

No Brasil, segundo Rodrigues *et al* (2010a), a miscigenação entre os povos colonizadores favoreceu a dispersão desses genes anormais, principalmente daqueles que

originam as falcêmias e as talassêmias, fazendo do transtorno falciforme a doença hereditária monogênica mais comum no nosso país. Essa doença tem uma distribuição heterogênea, sendo considerada um problema de saúde pública desde 1996.

Segundo o Ministério da Saúde (2001) no Brasil o gene pode ser encontrado em frequência de 2% a 6% nas regiões do país, aumentando para 6% a 10% na população afrodescendente brasileira, sendo que no Nordeste do Brasil, a prevalência do gene é de 3%, chegando a 5,5% no estado da Bahia.

Dentre esse grupo destaca-se a anemia falciforme (AF), que apresenta, de acordo com Guimarães *et al* (2009), uma relevante importância clínica e epidemiológica devido à sua morbidade e alto índice de mortalidade, sendo apontada como uma questão de saúde pública.

Menezes *at al* (2013) também traz a anemia falciforme como um problema de Saúde Pública, sendo a forma mais grave da doença falciforme e apresentando uma prevalência elevada.

2.1.2 Anemia falciforme – etiologia da doença

Segundo a ANVISA (2001) a anemia falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil. A causa da doença é uma mutação de ponto (GAG->GTG) no gene da globina beta da hemoglobina, originando uma hemoglobina anormal, denominada hemoglobina S (HbS), ao invés da hemoglobina normal denominada hemoglobina A (HbA).

A ANVISA (2001) acrescenta que esta mutação leva à substituição de um ácido glutâmico por uma valina na posição 6 da cadeia beta, com consequente modificação físico-química na molécula da hemoglobina. Em determinadas situações, estas moléculas podem sofrer polimerização, com falcização das hemácias, ocasionando encurtamento da vida média dos glóbulos vermelhos, fenômenos de vaso-oclusão e episódios de dor e lesão de órgãos.

A organização Mundial da Saúde estima que, anualmente, nasçam no Brasil perto de 2.500 crianças com doença falciforme, das quais cerca de 1.900 têm Anemia Falciforme (GUIMARÃES *et al*, 2009).

No Brasil, a anemia falciforme é a doença genética de maior prevalência. No que concerne ao traço, segundo Guedes e Diniz (2007), a prevalência média no Brasil, gira em torno de 2%, número que pode variar segundo as características étnicas da população

estudada. Neste contexto apresenta-se de forma importante a diferenciação entre anemia falciforme propriamente dita e traço falciforme. Diferente de quem tem a anemia, o traço não apresenta risco para o indivíduo portador.

Calvacanti e Maio (2011) afirmam que anemia falciforme ocorre quando uma pessoa herda de ambos os pais o gene da hemoglobina S (Hb S), apresentando assim o genótipo Hb SS. O traço falciforme se manifesta quando apenas uma cópia desse gene é herdada, ficando assim o genótipo Hb AS (Hb A é abreviação da hemoglobina normal). O traço não provoca nenhum sintoma clínico, pois as hemácias dificilmente se tornam falciformes, já que a quantidade de HbS é menor que a de Hb A, o que dificulta a modificação estrutural da molécula.

De acordo com Ferreira (2012) a maioria dos autores acredita que os portadores do traço falciforme são geralmente assintomáticos e que somente a anemia falciforme traz transtornos a saúde das pessoas. Porém, na literatura, há relatos de condições anormais ou situações de risco associadas ao traço falciforme, como alguns sinais clínicos que somente ocorrem sob condições que propiciam o processo de falcização como hipóxia, acidose e desidratação, o que comprova a existência de riscos associados ao traço falciforme.

2.1.3 Manifestações clínicas da anemia falciforme

As manifestações clínicas da anemia falciforme variam acentuadamente entre os genótipos da doença, Perin *et al* (2000) refere que mesmo no genótipo mais grave é possível detectar casualmente pessoas assintomáticos, enquanto outros sofrem incapacitação em consequência das complicações da doença.

Perin *et al* (2000) complementa que o usuário típico é anêmico, porém assintomático, tendo um estado de saúde razoável e estável durante a maior parte do tempo. Este estado de relativo bem-estar é interrompido periodicamente por uma crise que pode ter um início súbito e, ocasionalmente, um desfecho fatal. O reconhecimento precoce e a subsequente avaliação clínica das crises são de extrema importância para a diminuição da morbi- mortalidade da Anemia Falciforme.

Segundo Nuzzo e Fonseca (2004) as pessoas que vivem com anemia falciforme são extremamente vulneráveis as infecções, principalmente do trato respiratório, tendo como os

principais agentes etiológicos associados a episódios de infecção bacteriana invasiva: *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella* spp, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Escherichia coli* e *Klebsiella* spp.

Ferreira (2012) traz também as principais manifestações clínicas da doença falciforme que ocorrem consequentemente ligados a fenômenos vasoclusivos e possuem graus diferentes de gravidade. Tais manifestações variam de acordo com fatores genéticos, de alimentação, de acesso ao tratamento e ambientais. Dentre estas alterações temos:

- **Vasoclusão:** inicia-se e se mantém por interação entre as células falcizadas, células endoteliais e componentes do plasma. Devido a esta associação, há um desequilíbrio entre os vasodilatadores e vasoconstritores, favorecendo a vasoconstrição. A aderência das hemácias falcizadas sobre as células endoteliais diminui o fluxo sanguíneo, de modo que sucessivos processos de polimerização da hemoglobina S, falcização e vasoclusão ocorrem antes que a passagem do sangue através dos microvasos seja completada. A elevação no número de granulócitos é um mau prognóstico na anemia falciforme. Os granulócitos interagem com as células falcizadas e as células endoteliais são estimuladas a liberarem citocinas. As plaquetas ativadas liberam trombospondina, que promove a adesão das células falciformes às células endoteliais. Os reticulócitos que são prematuramente liberados da medula óssea nas doenças hemolíticas apresentam ligantes adicionais que facilitam interações entre as células falciformes e as células endoteliais (WATANABE, 2007)

- **Crises Dolorosas:** Secundariamente as oclusões intermitentes da microcirculação ocorrem as crises dolorosas, provocando danos nos tecidos e dor. Geralmente são de início agudo, durando em torno de 3 a 5 dias, sendo que, infecções, febre, hipóxia, desidratação e exposição ao frio, níveis mais elevados de Hb, são fatores que podem desencadear as crises algicas. A dor atinge mais frequentemente os ossos e articulações, podendo atingir também o tórax, o abdomen e a região dorsal. A dactilite ou síndrome mão-pé e a primeira manifestação de dor nas crianças; caracteriza-se por dor e edema nas extremidades. Esses episódios de dor geralmente são autolimitados e podem desaparecer espontaneamente, porém devido a possibilidade de condutas equivocadas, sequelas crônicas ou mesmo risco de vida, merecem atenção especial (WATANABE, 2007).

- **Sequestro esplênico:** é definido como um aumento rápido do baço acompanhado de uma diminuição nos níveis de hemoglobina de 2g/dL ou mais em relação ao nível basal do indivíduo e com evidências de resposta medular compensatória. Ocorre principalmente em crianças a partir dos 5 meses de idade e raramente após os 6 anos, sendo a segunda causa mais

frequente de óbito nestes pacientes, por poder levar ao quadro de choque hipovolêmico. Caracteriza-se por um súbito mal estar, palidez, dor abdominal, além de sintomas de anemia e hipovolemia (SANTORO, 2010).

- **Síndrome Torácica Aguda:** Ocupando a segunda causa de hospitalização na doença falciforme, a síndrome torácica aguda caracteriza-se por dor torácica, tosse, febre, dispnéia e infiltrado pulmonar recente. A etiologia dessa síndrome tem sido relacionada com infecções, com o edema pulmonar por hiper-hidratação, com a embolia gasosa da medula óssea enfartada e com a hipoventilação resultante do uso de analgésicos narcóticos administrados para combater a dor torácica (VAN-DUNEM, 2004).

- **Acidente Vascular Cerebral:** O acidente vascular cerebral ocorre devido a falcização nas artérias intracranianas de fino calibre, sendo mais comumente afetados os territórios das artérias cerebral média, carótida interna e cerebral anterior. Caracteriza-se por déficit neurológico focal, convulsões, afasia, e por vezes cefaléia intensa de início súbito, sendo a hemiplegia é a apresentação clínica mais frequente (VAN-DUNEM, 2004).

- **Úlceras de membros inferiores:** As úlceras de membros inferiores estão entre as complicações mais observadas nos adultos com anemia falciforme devido a sua elevada frequência, cronicidade e resistência as terapias utilizadas e suas altas taxas de recorrência. Na grande maioria das vezes se desenvolvem nos tornozelos, pouco acima dos maléolos e raramente na região pré-tibial e dorso do pé. Muitas vezes não é possível identificar o seu início que pode ser espontâneo ou subsequente a traumas, mesmo que pequenos. Tipicamente, as úlceras formam uma depressão central, cercadas por bordas elevadas com edema ao redor. Em exames microbiológicos são encontrados *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas SP* e *Streptococcus sp* e não raramente Bacterioides (anaeróbicos), geralmente acompanhadas de odor fétido. Estas lesões podem afetar socialmente as pessoas, pois comprometem sua capacidade produtiva e são responsáveis por significativa procura aos serviços de saúde (VAN-DUNEM, 2004).

- **Priapismo:** Pode ser definido como uma falha na detumescência do pênis acompanhada de dor que acomete cerca de 7% dos pacientes masculinos com anemia falciforme. A falha na detumescência pode ser devida a numerosos fatores, tais como: vaso oclusão no fluxo de saída do sangue, liberação excessiva de neurotransmissores, prolongado relaxamento do músculo liso ou ainda uma combinação destes episódios. O diagnóstico é feito através da história clínica, exame físico, dados laboratoriais e testes radiológicos específicos. Vários sinais e sintomas podem estar associados, tais como: disúria, crises de dor

generalizada, febre e sepse (SANTORO, 2010).

- **Anemia:** A maioria dos doentes falcêmicos apresenta anemia crônica, com níveis de hemoglobina entre 6,0 e 11,0 g/dl e eritrócitos com meia vida de 10 a 12 dias contra os 120 habituais em condições normais. O caráter crônico da anemia associado a maior capacidade de libertação de oxigênio nos tecidos pela HbS condiciona que estes pacientes sejam oligossintomáticos se a hemoglobina estiver dentro dos limites acima. Uma queda no nível basal de hemoglobina, com exacerbação da sintomatologia anêmica, pode ser sinal de crise aplástica, de sequestração (frequentemente esplênica) ou de infecção. As crises aplásticas são devidas a supressão da eritropoiese, habitualmente após processos infecciosos, particularmente pelo parvovírus B19 (FERREIRA, 2012).

- **Febre:** A febre em pessoas com doença falciforme deve ser rigorosamente avaliada, pois existe risco extremamente alto de desenvolvimento de septicemia, principalmente nos primeiros anos de vida. Nesses usuários, a asplenia funcional, que dificulta a opsonização das bactérias capsuladas, principalmente *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* tipo B, favorece a ocorrência de infecções fulminantes nesses doentes. O uso da penicilina profilática reduz acentuadamente o risco da septicemia e meningite pneumocócica, quando iniciada precocemente, idealmente antes dos 4 meses de idade (WATANABE, 2007).

2.1.4 Diagnóstico

Segundo Watanabe (2007) as doenças falciformes por serem doenças genéticas que afetam uma parcela significativa da população brasileira levaram o Ministério da Saúde a introduzir medidas terapêuticas em apoio ao usuário já sintomático. Em 1996, a Portaria n.o 951/MS criou o "Programa de Anemia Falciforme", e em 1998, a Coordenação de Sangue e Hemoderivados (COSAH), através do Sub-Comitê de Anemia Falciforme criou o "Manual do Paciente com Doença Falciforme". Entretanto, não existia uma política orientada para a detecção precoce e tratamento preventivo do usuário falcêmico.

Silva *et al* (2006) relata que inicialmente a anemia falciforme e várias outras doenças eram detectadas apenas quando surgiam os sintomas e muitas patologias só eram então diagnosticadas após a morte do indivíduo. Hoje o mundo tenta agir de maneira diferenciada na busca pela prevenção. Os primeiros programas populacionais de triagem neonatal no mundo tiveram início na década de 1960.

No Brasil, segundo Silva *et al* (2006) a primeira iniciativa de regulamentação federal foi estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº.8069/90), tornando obrigatória a realização de exames visando diagnóstico e terapêutica de anormalidades do metabolismo. Com isso, a partir de 1992, o SUS passou a custear a realização de exames neonatais, dentre eles o teste do pezinho. Inicialmente, esta triagem era restrita ao diagnóstico do hipotireoidismo congênito e da fenilcetonúria, porém com o passar dos anos percebeu-se a necessidade do diagnóstico precoce de outras doenças tais como a anemia falciforme.

Nuzzo e Fonseca (2004) demonstra que o diagnóstico laboratorial da anemia falciforme é uma das alternativas de detecção da doença, sendo feita através de eletroforese de hemoglobina, focalização isoelétrica ou cromatografia líquida de alta performance (HPLC). As cadeias β globínicas são detectáveis em fase precoce da vida fetal, a partir da 10^a a 12^a semana de gravidez, o que possibilitaria o diagnóstico pré-natal da anemia falciforme.

Os autores acrescentam que também existe o diagnóstico etiológico específico que é realizado através de testes sorológicos e/ou isolamento do vírus em tecidos ou sangue. Os testes utilizados são: pesquisa de IgG e IgM por métodos imunoenzimáticos, radioimunoensaio e imunofluorescência, detecção do vírus por hibridização *in situ*, reação em cadeia de polimerase (PCR) ou microscopia eletrônica.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) outra forma de diagnóstico é mediante a triagem neonatal realizada na primeira semana de vida da criança em sangue total colhido do calcanhar, por eletroforese de hemoglobina feito por HPLC ou focalização isoelétrica. Finalmente, para um diagnóstico laboratorial completo, é importante a realização do hemograma.

2.1.5 Tratamento

Para a ANVISA (2002) não há tratamento específico das doenças falciformes. Assim, medidas gerais e preventivas no sentido de minorar as conseqüências da anemia crônica, crises de falcização e susceptibilidade às infecções são fundamentais na terapêutica destes pacientes. Estas medidas incluem boa nutrição; profilaxia, diagnóstico e terapêutica precoce de infecções; manutenção de boa hidratação e evitar condições climáticas adversas. Além disso, acompanhamento ambulatorial 2 a 4 vezes ao ano e educação da família e usuário sobre a doença são auxiliares na obtenção de bem-estar social e mental. Assim, a pessoa deve

identificar o médico e centro de atendimento onde será feito o acompanhamento da doença e visitas a múltiplos centros devem ser desencorajadas

A ANVISA acrescenta que exames de rotina como, urina I, protoparasitológico, R-X de tórax, eletrocardiograma e se possível ecocardiograma, creatinina e clearance, eletrólitos, ultra-som de abdome, proteinúria, provas de função hepática e visita ao oftalmologista com pesquisa de retinopatia devem ser realizados anualmente e repetidos sempre que necessário. Hemograma deve ser realizado pelo menos duas vezes ao ano, pois redução nos níveis basais de hemoglobina podem indicar insuficiência renal crônica ou crise aplástica

- **Hidratação** - Desidratação e hemoconcentração precipitam crises vaso oclusivas. Por outro lado, indivíduos com doença falciforme são particularmente susceptíveis à desidratação devido à incapacidade de concentrar a urina com conseqüente perda excessiva de água. Assim, a manutenção de boa hidratação é importante, principalmente durante episódios febris, calor excessivo, ou situações que cursem com diminuição do apetite. Para indivíduos adultos, recomenda-se a ingestão de pelo menos 2 litros de líquido por dia, na forma de água, chá, sucos ou refrigerantes, quantidade esta que deve ser aumentada prontamente nas situações acima citadas (ANVISA, 2002).

- **Penicilina Profilática** - Penicilina profilática previne 80% das septicemias por *S. pneumoniae* (Pneumococo) em crianças com anemia falciforme até 3 anos de idade . O impacto da profilaxia é enorme e deve ser iniciado aos 3 meses de idade para todas as crianças com doenças falciformes (SS, SC, S). A terapêutica deve continuar até 5 anos de idade. Pode-se utilizar a forma oral (Penicilina V) ou parenteral (Penicilina benzatina), na seguinte posologia:

a) Penicilina V

- 125mg VO (2 vezes ao dia) para crianças até 3 anos de idade ou 15kg
- 250mg VO (2 vezes ao dia) para crianças de 3 a 6anos de idade ou com 15 a 25kg
- 500mg VO (2 vezes ao dia) para crianças com mais de 25 kg

b) Penicilina benzatina - administrar IM a cada 21 dias

- 300 000U para crianças até 10kg
- 600 000U para crianças de 10 a 25kg
- 1 200 000U para indivíduos com mais de 25kg.

Em casos de alergia à penicilina, administrar 20mg/kg de eritromicina etilsuccinato via oral, 2 vezes ao dia (ANVISA, 2002).

- **Imunização:** deve ser realizada como em qualquer outra criança, contra agentes virais e bacterianos. Entretanto, particular ênfase deve ser dada à vacinação contra Pneumococo, Haemophilus influenzae e Hepatite B . Desde que septicemia por Pneumococo e H. influenzae tipo B são freqüentes na doença falciforme, a imunização deve ser precoce. Entretanto, a vacina contra Pneumococo atualmente no mercado não é imunogênica antes de dois anos de idade. Já a vacina contra hepatite B pode ser realizada ao nascimento (ANVISA, 2002).

- **Nutrição:** Assim como outros usuários com hemólise crônica, indivíduos com doenças falciformes estão particularmente sujeitos à superposição de anemia megaloblástica, principalmente quando a dieta é pobre em folato, durante a gestação ou em períodos de crescimento rápido. Além disso, a carência de folato pode estar relacionada a um maior risco de trombose e mal-formação de tubo neural no primeiro bimestre da gestação. Assim, para prevenção da deficiência de ácido fólico, recomenda-se a suplementação com 1 a 2 mg de folato ao dia. Embora a deficiência de zinco possa ocorrer nesta doença, a suplementação com zinco é assunto controvertido, mas pode auxiliar no tratamento das úlceras de perna. A suplementação regular com ferro deve ser evitada, exceto na presença de perda de sangue ou deficiência deste metal (ANVISA, 2002).

- **Educação e Higiene:** Frio é um fator desencadeante de crises de falcização. Portanto, utilizar roupas apropriadas, principalmente em dias de chuva e à noite, são recomendações importantes que devem ser reforçadas, junto com as demais medidas, nos atendimentos ambulatoriais. A utilização de meias de algodão e sapatos protege os tornozelos de possíveis traumas que podem cursar com úlceras de perna de difícil cicatrização. É importante ressaltar que mesmo lesões mínimas, como picadas de insetos, podem causar úlcera de perna. Medidas de higiene e cuidado com a cavidade oral são fundamentais na prevenção de complicações como recorrência de úlceras de perna e infecções que podem precipitar crises vasooclusivas. Crianças e adultos devem ser encorajados a exercer todas as atividades normais e freqüentar escola e trabalho, participando de atividades físicas que não levem à exaustão, dentro da capacidade individual. Os professores devem estar cientes do problema e permitir a ingestão freqüente de líquidos e apoio psicológico pode ser necessário em muitos casos (ANVISA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) a partir de 1995, a hidroxiureia (HU) tornou-se o primeiro medicamento que, comprovadamente, previne complicações da DF. Esse fármaco tem efeito direto no mecanismo fisiopatológico da doença, atuando no aumento da síntese da Hb F como também promovendo diminuição no número dos neutrófilos e das moléculas de adesão dos eritrócitos. Contribui, assim, diretamente para diminuir os fenômenos inflamatórios e de vaso-oclusão. Tendo com isso, um impacto positivo na vida das pessoas com doença falciforme, aumentando a sobrevida e diminuindo as hospitalizações e internações.

2.1.6 Assistência de enfermagem as pessoas com anemia falciforme

- Assistência à criança

Segundo a ANVISA (2002) Quando a assistência é iniciada já nos primeiros meses de vida, o programa preventivo proposto, geralmente ambulatorial, inclui: retornos periódicos para a monitorização do crescimento e desenvolvimento; introdução de familiares em programas educativos sobre fisiopatologia, consequências e limitações decorrentes da doença, alternativas terapêuticas, padrão de hidratação e alimentação desejável e expectativas de crescimento e desenvolvimento; estratégias de convivência familiar reduzindo superproteção e estimulando independência da criança.

Com relação a identificação precoce de possíveis alterações, a ANVISA (2002) refere que a assistência deve incluir a coleta de informações da família sobre o padrão alimentar e de hidratação, surgimento de episódios hemolíticos, crises dolorosas, tumefação das mãos e dos pés, distensão e dor abdominais, sinais de hipóxia, infecção, uso indevido de analgésicos. As medidas assistenciais incluem forçar a ingestão generosa de líquidos; redução de atividades físicas excessivas; identificação pelos familiares de sinais flogísticos, infecciosos, desidratação, dor, crise de falcização e seqüestro esplênico; conhecimento dos procedimentos iniciais frente a estas manifestações.

A ANIVISA (2002) ressalta que quando ocorre a hospitalização, deve-se considerar as reações comportamentais frente ao processo de doença crônica, as questões culturais da criança e familiares, a separação do ambiente escolar e as alterações emocionais frente a

situação de crise. Durante a crise falciforme a dor é o sintoma mais comum. Cabe destacar a complexidade de identificação e valoração do quadro de dor, em especial pelas diferenças culturais na expressão de dor, pela educação restrita sobre hemoglobinopatia recebidas por enfermeiros e pela própria subjetividade da dor e influência de fatores psicológicos. O repouso no leito, controle da administração de analgésicos, auxílio nas atividades diárias, controle rigoroso da administração de fluidos e aplicação de calor para o alívio da dor são recomendados.

- Assistência ao adolescente

Na adolescência, de forma geral em doenças crônicas, é difícil contar com a adesão do usuário ao regime terapêutico. Em nível ambulatorial, a assistência de enfermagem tem como objetivos desenvolver o auto-cuidado, com identificação precoce de evidências de alterações clínicas e preservar a adequada auto-estima, além de ter o propósito de adaptar o paciente às diferenças de crescimento e desenvolvimento que possam ocorrer em especial o retardo no crescimento e no desenvolvimento sexual. A perda de independência pode conduzir à desobediência de métodos de prevenção de crise. Os adolescentes devem saber seus limites nos esportes, proteção da integridade da pele ao redor do tornozelo, necessidades de evitar drogas, álcool (que favorece a desidratação), fumo, e possibilidades de perdas no desempenho acadêmico frente às exigências do tratamento. Um esquema anticoncepcional deve ser aconselhado (ANVISA, 2002)

Quando a hospitalização, segundo a ANVISA (2002), deve-se considerar as mudanças de humor constantes neste período da vida bem como o grau de colaboração, geralmente flutuante. Uma das áreas de conflito potencial é o controle da dor. Atitudes e falta de conhecimento do provedor do cuidado na busca de alívio da dor ameaçam a relação de confiança e a pessoa pode sofrer uma alienação da equipe ou intensificá-la. Compete à enfermeira identificar e enfrentar precocemente estes aspectos.

- Assistência ao adulto

As pessoas adultas podem permanecer longos períodos sem manifestações que o conduzam a um serviço de saúde. Sob o ponto de vista físico, a meta da assistência ambulatorial centraliza-se na manutenção de medidas preventivas e estímulo à identificação precoce de intercorrências clínicas e adoção de atitudes terapêuticas iniciais (ANVISA, 2002).

2.3 UNIDADE DE EMERGÊNCIA

2.3.1 Atendimento de emergência

O Ministério da Saúde (2003) traz a implantação de um Sistema Estadual de Urgência e Emergência o qual deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências, valorizando a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada.

Além disso, o Ministério da Saúde estabelece os princípios e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, e envolve temas como a elaboração dos planos estaduais de atendimento às urgências, regulação pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar e transporte inter hospitalar (BATISTA, 2009).

Os critérios são: - Planos estaduais de atendimento às urgências e emergências: Devem ser elaborados a partir de diagnóstico onde serão levantadas as necessidades da população nas urgências, através de dados de observação, de morbidade e mortalidade, dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica (BATISTA, 2009).

- Regulação médica das urgências: Devem ser implantadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, onde os pedidos de socorro serão recebidos, avaliados e hierarquizados. A secretaria de saúde do Estado será responsável pelo plano estadual de regulação das urgências (BATISTA, 2009).

- Atendimento pré-hospitalar fixo: É aquele prestado num primeiro nível de atenção por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências (unidades de pronto atendimento - UPA) (BATISTA, 2009).

- Atendimento pré-hospitalar móvel: É o atendimento que procura chegar precocemente à vítima que foi acometida de algum agravo à saúde e precise ser atendida ou

transportada adequadamente a uma Unidade de Saúde integrada ao sistema SUS. Deve ser vinculado a uma central de regulação que deve possuir equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população. A central de regulação deve possuir sistema gratuito de atendimento telefônico pelo número 192, de preferência (BATISTA, 2009)

- Atendimento hospitalar: Uma nova nomenclatura e classificação foram elaboradas pelo Regulamento Técnico para área de assistência hospitalar em urgência:

a) Unidades gerais

- Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências tipo I: instaladas em hospitais gerais de pequeno porte com atendimento em urgência, correspondente ao 1º nível de assistência hospitalar da média complexidade (M1);

- Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências tipo II: instaladas em hospitais gerais de médio porte com atendimento em urgência, correspondente ao 2º nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

b) Unidades de referência

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo I: instaladas em hospitais especializados e atendem urgências de natureza clínica e cirúrgica nas áreas de pediatria ou traumatologia ou cardiologia;

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo II: instaladas em hospitais gerais e atendem urgências de natureza clínica e cirúrgica;

- Unidade de referência em atendimento às urgências do tipo III: instaladas em hospitais gerais e atendem urgências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica (BATISTA, 2009).

- Transporte inter-hospitalar: Garante a transferência de pacientes de unidades de saúde de menor complexidade para unidades referência de maior complexidade, ou vice-versa (BATISTA, 2009).

Após a implementação desse sistema e feita a leitura qualificada da estrutura e deficiências do setor, deve ser elaborado um Plano Estadual de Atendimento às Urgências e emergências que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilha de custos, destinados à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que serão discutidas, avaliadas e priorizadas a

fim de comporem o Plano Diretor de Investimentos (PDI) (BRASIL, 2003).

A elaboração dos referidos planos deve estar baseada, segundo o Ministério da Saúde (2003), na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, segundo as seguintes atribuições / complexidade / distribuição:

1- Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB): devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço.

2- Municípios Satélite, que realizam a atenção básica ampliada (PABA): devem desempenhar a mesma função dos municípios PAB, além de contar com área física específica para observação de pacientes, até 8 horas.

3- Municípios Sede de Módulo Assistencial, que realizam a atenção básica ampliada (PABA) e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1): Neste nível assistencial, devem ser constituídos os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, de caráter municipal ou modular, e/ou Serviço de Transporte Inter-hospitalar, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade dos pólos microrregionais, macrorregionais e estaduais.

4- Municípios Pólo Microrregional, que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2): Neste nível assistencial, devem ser estruturados Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel municipais ou microrregionais, dependendo das densidades populacionais e distâncias observadas.

5- Municípios Pólo Regional, que realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3): Neste nível devem ser estruturadas as Centrais Reguladoras Regionais de Urgências, que vão ordenar os fluxos entre as micro e macro regiões, devendo o transporte inter-hospitalar ser garantido pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel da micro/macro região solicitante.

6- Municípios Pólo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade: Devem ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou inter-estaduais da alta complexidade.

Para ordenar e orientar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foi criado a Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas centrais de Regulação. As Centrais estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre

os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2003) esse sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições.

2.3.2 Atendimento em rede

Segundo Azevedo *et al* (2010) os serviços de urgência/emergência têm o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade e as sequelas incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência considerando recursos humanos, infra-estrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.

Valentim e Santos (2009) acreditam que foi a superlotação das unidades de emergência que levou os governantes e gestores de saúde a iniciarem um projeto de reforma nesta área para reverter este quadro, atuando em parceria com as secretarias de saúde dos estados e municípios.

O Ministério da Saúde, através da portaria GM nº 2.048, determina a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento que, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências, é elemento indispensável para se promover a universalidade e a integralidade na atenção prestada; porém, torna-se importante o envolvimento de toda a rede assistencial - a rede básica, os programas de saúde da família (PSF), os ambulatórios especializados, os serviços de diagnóstico e os serviços de atendimento pré hospitalar implantados, como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (VALENTIM, SANTOS, 2009).

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de

permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo que cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção acaba se responsabilizando a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2002).

Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento (BRASIL, 2002).

Segundo Batista (2009) a NOAS-SUS 01/2002 traz no seu conteúdo a perspectiva de reorganização do sistema de saúde através da regionalização e da hierarquização dos serviços por nível de complexidade, implementando módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, definidos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Essa regionalização propõe um modelo organizacional delimitando espaços geográficos, com graus de complexidades tecnológicas, que se articulam entre si. Esse desenho organizativo é composto por módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões (BATISTA, 2009).

Batista (2009) acrescenta que o desenho organizativo da regionalização do SUS - BA foi elaborado a partir da definição das macrorregiões e microrregiões, onde foram identificados os municípios pólos de micro e os municípios sede de DIRES (Diretoria Regional de Saúde). Tais definições foram aprovadas pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) estadual, após analisado o conjunto de etapas que conduziram à elaboração. O Estado da Bahia foi dividido em 9 (nove) macrorregiões de saúde, 28 (vinte e oito) microrregiões e 31 (trinta e um) municípios sedes de DIRES

A macroregião leste possui quarenta e oito municípios, e foi dividida em cinco microrregiões: Camaçari, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Salvador e Santo Antônio de Jesus (BATISTA, 2009)

A definição dos municípios para a composição das microrregiões foi baseada na

demanda espontânea da população e do encaminhamento dos municípios, onde a “porta de entrada” será sempre no seu município de origem, que deverá estar habilitado para a atenção básica ampliada. Se houver a necessidade de remoção desse paciente para serviços mais complexos no município sede, será feito através da central de regulação e encaminhado para a unidade específica (BATISTA, 2009).

2.3.3 Acolhimento e classificação de risco

Segundo Servin *et al* (2005) a Portaria 2048 de 2002 do Ministério da Saúde também propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré- estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.

Segundo o Ministério da Saúde (2009a) o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação de usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e tem como objetivos avaliar a pessoa logo na sua chegada ao Pronto-Socorro humanizando o atendimento; descongestionar o Pronto-Socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que este seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, encaminhado-o diretamente às especialidades conforme protocolo; Informar os tempos de espera; promover ampla informação sobre o serviço aos usuários e retornar informações a familiares (BRASIL, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde (2004) a área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada também por nível de complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Sendo elas:

Área Vermelha – área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização estes pacientes serão encaminhados para as seguintes áreas:

Área Amarela – área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos já com terapêutica de estabilização iniciada.

Área Verde – área destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

Área Azul – área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

O acolhimento e classificação de risco é realizada pelo enfermeiro no consultório de enfermagem sendo baseada nos seguintes dados: situação/Queixa/ Duração (QPD), breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas), uso de medicações, verificação de sinais vitais, exame físico sumário buscando sinais objetivos, verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário (BRASIL, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré- estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2004).

Essa agilidade no atendimento e avaliação do grau de complexidade vai auxiliar todos os pacientes, principalmente os portadores de anemia falciforme, levando o profissional a ter um olhar individualizado, focalizando no problema real do indivíduo, o que diminui as possíveis complicações e prioriza as necessidades do usuário.

O reconhecimento das situações de emergências e tratamento específico dos portadores de doença falciforme evitam complicações potencialmente fatais. As principais emergências na Anemia Falciforme são: Crises algicas, Síndrome torácica aguda, Infecções, Sequestro esplênico agudo, Acidente vascular encefálico e outras complicações (MAFRA *et al*, 2007)

Segundo o Ministério da Saúde (2009a) para que ocorra essa classificação de risco foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Este é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos.

Segundo Mafra *et al* (2007) o usuário terá seu risco de gravidade avaliado pela enfermagem conforme o Sistema Manchester de Classificação de Risco. Inicialmente será avaliado o CBA (Circulation, Breathing, Air – circulação, respiração, via aérea) que, se comprometido, indica risco imediato do paciente perder a vida. Trata-se de uma emergência, o paciente será classificado como vermelho e será imediatamente atendido pelo médico. É urgência maior, classificada como laranja aquele caso com risco de perder órgão ou função, sequela grave ou sofrimento intenso. Deverá ser atendido pelo médico em até 10 minutos. Usuário com urgência será classificado como amarelo e deverá ser atendido em até 1 hora. Urgência menor (verde) pode aguardar 2 horas com segurança e será priorizado preferencialmente no mesmo turno. Caso não urgente será classificado como azul, pode aguardar 4h com segurança e terá seu atendimento agendado conforme pactuação.

O Ministério da Saúde (2004) também traz um sistema de Classificação de risco, o qual se dá nos seguintes níveis:

Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato.

Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível.

Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente.

Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Para o Ministério da saúde (2009a) o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo-descritivo, que investiga nos sujeitos os significados, os sentidos de suas vivências. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

Segundo Gil (2007), a pesquisa descritiva tem por objetivo estudar entre as características de um grupo, por exemplo, estado de saúde física e mental. A natureza do estudo se deve ao fato de que, pretende-se buscar percepções e entendimento sobre a questão, abrindo possibilidades para a interpretação.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 6 pessoas que vivem com anemia falciforme no município de Santo Antonio de Jesus, na região do recôncavo da Bahia. Estes foram selecionados com base no cadastro de usuários que vivem com anemia falciforme e que já participaram de outras pesquisas na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, além da busca aleatória nas Estratégias de Saúde da Família do município e na Policlínica Municipal. Foram identificadas um total de 11 pessoas, sendo que apenas 6 participaram da pesquisa tendo em vista os critérios de inclusão e 4 foram excluídos por não serem atendidos na unidade de emergência. Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico de doença falciforme, já ter sido atendido em uma unidade de emergência e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: nunca terem sido atendidos numa unidade de emergência.

3.3 LÓCUS DA PESQUISA

Localizada na região do recôncavo da Bahia, Santo Antonio de Jesus , segundo dados de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), possui uma área de 261.348 Km², com 90.985 habitantes. Também conhecida como cidade das Palmeiras, foi elevada à categoria de cidade através Ato Estadual de 30 de junho de 1892. Conforme o IBGE (2009), os estabelecimentos de saúde estão distribuídos das seguintes formas: 39 municipais e 37 privados, sendo que unidades de emergência pública total o município oferece apenas 1.

A unidade hospitalar pública presta assistência a população local e a outras cidades, pois é referência em serviços especializados, pois a cidade está localizada na macro região leste de saúde e é uma das micro regiões de saúde, sendo referência para muitos municípios. Tem gestão municipal dos serviços de saúde e é sede da DIRES. (IBGE, 2012)

Como uma unidade hospitalar deve atender ao primeiro, segundo e terceiro nível da média complexidade e a alta complexidade, além de possuir infra-estrutura igual ou superior a de uma UPA, e deve possuir centro cirúrgico e enfermarias. São os hospitais de pequeno e médio porte, os hospitais gerais e os especializados. (BATISTA, 2009)

A Unidade de emergência é a porta de entrada para a maior parte dos pacientes. Essa é composta pela recepção, sala de classificação de risco, consultório médico, leitos de observação, sala de medicação, sala vermelha e sala de estabilização.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir a eticidade da pesquisa as entrevistas foram efetuadas após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CEP-UFRB), instituição proponente deste estudo. Para atender às exigências éticas da Resolução N° 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, foi assegurado o sigilo das informações consideradas confidenciais pelas colaboradoras, garantido o anonimato da identidade das mesmas.

Para manter a privacidade dessas pessoas, buscou-se um local tranquilo na própria residência destes a fim de evitar interrupções. Para o anonimato da instituição nas publicações

dos resultados pretende-se não dar indícios que possa identificá-la. O direito das pessoas declinarem da participação na investigação, se julgar necessário, sem nenhuma represália frente a esta atitude foi assegurado. Quanto aos riscos, foi explicado aos colaboradores que estavam sujeitos ao desconforto de lembrar e expor situações vividas

As pessoas que vivem com anemia falciforme foram orientados sobre a finalidade da pesquisa e sua participação na investigação estava subordinada à sua decisão, livre de pressão, coação ou imposição à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(APÊNDICE A).

O TCLE foi apresentado em duas vias, e após assinado uma via ficou com a colaboradora e outra com a pesquisadora. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e o material ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável e estarão à disposição dos sujeitos do estudo por até cinco anos. Passado este período os mesmos serão incinerados

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento eleito para a coleta foi a entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro previamente elaborado com perguntas abertas. Segundo Minayo (2010) o participante da pesquisa é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar profundidade às reflexões. A entrevista abordou questões referentes às demandas sobre os fatores que mais podem interferir no grau de satisfação das pessoas com doença falciforme no atendimento numa unidade de emergência. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE

As entrevistas foram transcritos na íntegra pela pesquisadora, após cada entrevista. Em seguida foram identificadas (E1, E2...) e agrupadas de acordo com as expressões chaves

(IAD1) onde foi possível retirar idéias centrais e posteriormente construir os discursos (IAD2) segundo a proposta de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Segundo Lefevre e Lefevre (2006) o Discurso do Sujeito Coletivo elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva.

Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado (FIGUEIREDO E GOULART, 2013).

Após a leitura criteriosa das entrevistas, as respostas foram agrupadas de acordo com as idéias centrais extraídas de cada discurso. Para cada idéia central, foi possível construir um DSC síntese constituído por expressões-chave retiradas dos depoimentos.

Foram construídas sete idéias centrais, as quais foram agrupadas de acordo com as categorias: Principal causa que leva as pessoas com anemia falciforme ao atendimento de emergência – IC :As crises algicas levando ao atendimento de emergência; Percepção dos usuários sobre o que é acolhimento na unidade de emergência – IC: Significados do acolhimento; Fatores que interferem na satisfação das pessoas com anemia falciforme com relação ao atendimento na unidade de emergência: IC: Esperando por muito tempo, Fazendo de conta que a pessoa não é nada, Não valorização da queixa, A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão, Estando satisfeito por sair bem do atendimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com seis pessoas com doença falciforme moradoras da cidade de Santo Antonio de Jesus e usuárias da emergência de um Hospital público no interior da Bahia. De acordo com o questionário sócio-demográfico, observa-se que 66,6% dos entrevistados eram mulheres e 33,4% eram homens, com idade entre 14 a 47 anos, todos residentes na zona urbana. Com relação à raça/cor, 66,6% se consideram pretos e 33,4% pardos.

Soares *et al* (2010) acreditam que esse percentual relacionado a raça/cor pode ser explicado pela grande miscigenação da população baiana, já que é bastante relatada a associação da doença falciforme e a ascendência genética africana, uma vez que os estudos apontam este continente como local de origem da mutação genética.

Quando questionado com relação a religião 83,3% se consideram católicos e 16,7% evangélicos, sendo todos solteiros, 66,6% tem um filho e 33,4% não tem filho.

Percebe-se que o fato de ter a doença pode interferir emocionalmente nos relacionamentos, visto que todos são solteiros, apesar de alguns já terem filho. Os sintomas da doença, o convívio com os problemas, as limitações, as idas continuas ao hospital e a baixa autoestima podem tornar o relacionamento difícil.

Assim como em outras doenças crônicas, aspectos psicossociais afetam a adaptação emocional, social e dos pacientes com DF durante toda a sua vida. Durante a fase adulta, problemas socioeconômicos, como o desemprego podem se fazer presentes, além de problemas emocionais e psicológicos, incluindo as dificuldades nos relacionamentos, a baixa autoestima e preocupação com a morte. (FELIX, SOUZA E RIBEEIRO, 2010)

O nível de escolaridade entre os entrevistados é de 16,6% com pós- graduação, 33,4% com segundo grau completo e 50% com segundo grau incompleto. Com relação à descoberta da doença 66,6% informam que foi na infância e 33,4% foi na fase adulta, sendo que 83,3% possuem outras pessoas com a doença na família e 16,7% não possuem.

Frequentar a escola e concluir o segundo grau é algo fundamental, é direito de toda criança, adolescente e adulto, mas observa-se que para pessoas com doença falciforme pode

não ser algo tão simples. Os dados mostram que 50% dos entrevistados não concluíram o segundo grau, o que pode ser justificado pela dificuldade de concentração e de manter a frequência na escola com tantas crises dolorosas e algumas internações devido a complicações da doença.

Conforme prevê a Portaria nº 951/1996 do Ministério da Saúde, 20% dos nascidos com doença falciforme não iriam completar 5 anos de idade devido a complicações relacionadas diretamente à doença e o restante apresentariam redução acentuada do rendimento escolar devido à morbidade por ela causada caso não fosse feita a profilaxia adequada (WATANABE, 2007).

Percebe-se também que 83,3% possuem outras pessoas na família que tem a doença o que demonstra a hereditariedade.

4.2 PRINCIPAL CAUSA QUE LEVA AS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME AO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.

As pessoas com anemia falciforme buscam frequentemente o atendimento em unidades de emergência visando a resolutividade do seu problema de saúde, ou amenizar os sintomas que são recorrentes e os levam a procura desse serviço.

Segundo Soares *et al* (2014) a crise álgica é o sintoma mais frequente da DF ocorre pela lentidão do fluxo de sangue e hipóxia, que é influenciada pela quantidade de hemoglobina fetal presente nas células. Esses episódios de dor instalam-se de forma aguda, podendo durar horas ou dias, e atingem frequentemente ossos e articulações, abdome, costas e tórax.

IC₁. As crises álgicas levando ao atendimento de emergência.

DSC: As principais causas que me leva ao atendimento na emergência são as crises, que incluem várias dores intensas no corpo todo, dor de cabeça, no joelho, nas juntas, dor nos braços, nas pernas, fortes dores abdominais e na coluna, além de problemas renais e fraqueza.

O presente discurso aponta as crises álgicas como a principal causa que leva as pessoas com anemia falciforme a procurar um atendimento de emergência, variando apenas as regiões acometidas pela dor.

Caldas *et al* (2010) corrobora com achados da pesquisa, demonstrando que uma maior densidade de incidência de crises álgicas foi encontrada em pacientes com doença SS (0,72 crises/paciente ano) em relação as pessoas com SC (0,30crises/paciente/ano), e acrescenta que em outras pesquisas as crises álgicas também se mostraram como a maior causa de morbidade, afetando 42,5% da população estudada.

Acosta e Lima (2013) em sua pesquisa observou que dentre as principais características clínicas que levam as pessoas ao atendimento na emergência observa-se a anemia falciforme como um problema circulatório mais comum nos usuários freqüentes e a dor é uma das mais prevalentes, representando 27% da procura dos usuários mais freqüentes no atendimento de emergência. Ressaltando que ambas estão relacionadas.

O Ministério da saúde refere que os principais fatores desencadeantes da dor na anemia falciforme são o frio, os traumas, o esforço físico, a desidratação, as infecções e a hipóxia (BRASIL, 2009b).

Os estudos citados corroboram com a pesquisa, pois os episódios de dor podem atingir as diversas parte do corpo, com duração relativa e podendo ser desencadeada por fatores, físicos, ambientais e/ou psicológicos.

Segundo By John *et al* (2006) os episódios de dor aguda muitas vezes se repetem nas mesmas áreas do corpo e são geralmente causados por pequenos vasos-oclusão.

O Ministério da Saúde informa que a chamada vaso-oclusão falciforme é um processo complexo e de muitos passos, envolvendo células sanguíneas, proteínas plasmáticas e componentes da parede vascular. As crises dolorosas representam a manifestação mais frequente desse processo, afetando particularmente as extremidades, a coluna vertebral e o abdome (BRASIL, 2009b).

As características da dor aguda, ou da crise vasooclusiva, são de início súbito, sem explicação, intensidade variável com duração de horas ou dias, caráter persistente ou recorrente e migração de um local para outro do corpo (SANTOS, 2011).

A vaso-oclusão é o mecanismo patológico fundamental na doença falciforme e sua repercussão clínica é ampla, de gravidade variável, e inclui complicações agudas, como crises

álgicas, sequestro esplênico, síndrome torácica aguda e acidente vascular cerebral (CALDAS *et al*, 2010)

Segundo Santoro (2010) as hemácias em forma de foice são mais rígidas e tendem a ficarem estagnadas em órgãos em que a circulação é mais lenta. Em consequência, formam-se verdadeiros trombos, que levam a enfarte do tecido adjacente. As oclusões vasculares levam a fenômenos dolorosos muito intensos.

Analgesia adequada é fundamental para o tratamento de episódios de dor aguda. A quantidade de analgesia necessária deve ser baseada na avaliação subjetiva do paciente, de sua angústia (BY JOHN *et al*, 2006)

A analgesia com a utilização de opióides e antiinflamatórios não esteroidais é necessária freqüentemente em pacientes com doença falciforme com dores do tipo somático e visceral. A dor tende a responder bem ao tratamento com antiinflamatório e opióide (LOBO *et al*, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde a dor deve ser tratada, inicialmente, com analgésicos (dipirona ou paracetamol), em doses habituais e fixas por via oral. Além disso, deve ser iniciada hidratação oral, com água e outros líquidos (1,5 a 2 vezes o valor das necessidades hídricas para a idade). É importante o tratamento imediato e eficaz da dor, mesmo quando inicialmente for de leve intensidade, pois a própria dor pode levar à piora da crise (BRASIL, 2009b).

Para Santos (2011) a hidroxiureia é o único medicamento que contribui para a melhora das manifestações clínicas da anemia falciforme. Essa substância estimula a produção de óxido nítrico, aumentando os níveis de Hb F, uma proteína geneticamente distinta que diminui a incidência da hemoglobina S.

By John *et al* (2006) afirma que a terapia hidroxiureia tem melhorado a vida de muitos pacientes com anemia falciforme, reduzindo crises de dor e outras complicações.

A anemia falciforme, segundo o Ministério da Saúde leva a disfunções orgânicas múltiplas, o que torna a pessoa sujeita a complicações cardíacas, renais, oculares, pulmonares, neurológicas, endocrinológicas e nutricionais (BRASIL, 2009b).

Os pacientes que vivem com anemia falciforme quando submetidos às intercorrências de emergência, encontram-se em situações vulneráveis e de riscos e, portanto, devem ser abordados de forma acolhedora e humanizada. A triagem médica é fundamental para uma boa avaliação das medidas iniciais que devem ser tomadas. Além disso, a dor total é o conceito de

dor que exige dos profissionais um olhar multidimensional, levando-se em conta aspectos emocionais espirituais, físicos e sociais (BRASIL, 2009b).

Desta forma, fica evidente que a principal causa que leva as pessoas com anemia falciforme as unidades de emergência são as crises álgicas que surgem inesperadamente e se não tratadas podem trazer complicações fatais. Além disso, os profissionais da emergência devem estar abertos a compreender o fenômeno doloroso das pessoas com anemia falciforme para além dos aspectos físicos.

4.3 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O QUE É ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

O atendimento de urgência e emergência deve ocorrer de forma humanizada, com acolhimento e classificação de risco, onde a pessoa possa ter um momento inicial com a equipe de saúde que lhe tranquilize, tendo agilidade e resolutividade no atendimento. Por isso é importante que as pessoas reconheçam o significado do acolhimento e busquem os seus direitos.

IC₂ - Significados do acolhimento

DSC: Acolhimento eu acredito que seja você receber um atendimento em que você se sinta mais aliviado onde até essa questão do nervoso da tensão seja diminuída, seja amenizada. Então no momento que a gente recebe um atendimento que lhe tranquiliza acredito que isso aí seja um acolhimento. Acho que é a pessoa tá doente chegar ali e ter uma pessoa que trate bem, lhe acolha. O acolhimento depende da equipe de plantão. Teve equipe que tratou a gente muito bem, também tratou com uma questão mais de humanidade. Mas tem outras que não tem, acredito que dentro da saúde a gente precisa de um trabalho mais humanitário serviço humanizado. Como ponto positivo tem a hora do acolhimento mesmo lá dentro, na consulta e as equipes de enfermagem, que são raras infelizmente, que atendem agente com um serviço humanizado, que entende que você tá sentindo.

Diante do discurso percebe-se que para as pessoas o acolhimento é o momento em que ocorre um atendimento que trate a pessoa bem, lhe dê atenção, escutando suas queixas e tendo

com isso a diminuição da tensão, fazendo com que a pessoa se sinta melhor.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. É exatamente esse o sentido do acolhimento na saúde, o qual é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Segundo Zanelatto e Pai (2010) a estratégia proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) objetiva acolher todos os indivíduos que procuram o serviço de emergência, garantindo-lhes a escuta às suas necessidades e o atendimento resolutivo, incluindo-se aí as situações que exigem encaminhamento. Mais do que isso, o acolhimento pressupõe uma atitude que o profissional deve adotar em todos os momentos e locais durante o percurso do usuário junto à atenção em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010). Diferencia-se da triagem, por se constituir numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (OLIVEIRA, 2012).

Com isso fica evidente que os usuários compreendem o sentido do acolhimento, e se queixam de como esta ocorre na unidade de emergência do hospital em estudo. O fato de ter acolhimento depende da equipe que estiver de plantão, sendo que existe equipes consideradas boas, que acolhem o paciente, que trabalham com a humanização e equipes que fazem eles se sentirem um nada, desprezados e mal tratados.

Quando usuário chega a unidade ele espera ser bem atendido, que seja acolhido de forma humanizada e integral por profissional de saúde que se importe com seus problemas, a fim de tentar ao menos esclarecer suas dúvidas, compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente (ARANHA *et al*, 2011).

Para Zanelatto e Pai (2010) o acolhimento é construído para garantir o acesso aos

serviços de saúde por meio de uma abordagem integral ao usuário, aperfeiçoamento do trabalho em equipe e a responsabilidade dos profissionais em relação aos usuários, sendo que a humanização do atendimento vem ao encontro dessas necessidades, com vista à qualificação dos processos relacionados à promoção da saúde.

A PNH entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Sendo assim, o profissional de saúde deve levar em consideração os aspectos subjetivos, culturais, ambientais e de estilo de vida do indivíduo, para que desta forma o cliente possa se sentir “aceito” de forma integral e com suas expectativas atendidas (ARANHA *et al*, 2011).

Aranha *et al* (2011) ressalta que é importante que os profissionais de saúde, dentre estes o enfermeiro devem aprender a exercitar atenção o significado da palavra “acolher”, de forma que passe a significar uma ação de cuidado em saúde, para as questões socioeconômicas que afetam a família e a comunidade, para as interações humanas sabendo incorporar a lógica da determinação social da saúde e da doença.

Diante do exposto percebe-se que as equipe de enfermagem devem seguir o que é preconizado pelo PNH, realizando diariamente um trabalho humanizado, que leve em consideração as queixas do usuário, que acolha e escute, fazendo o possível para que obtenha a resolutividade do problema exposto. Desta forma deve-se ter nos serviços de emergência a humanização como pilar de funcionamento para todas as equipes, e não algumas, desfazendo a impressão de serem raras as equipes que usam a humanização no serviço.

4.4 A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM ANEMIA FALCIFORME COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.

A avaliação da satisfação das pessoas com relação ao serviço de emergência é primordial para o reconhecimento de problemas e resolução destes, contribuindo para o melhoramento do funcionamento e atendimento da unidade.

Para que ocorra essa avaliação é necessário reconhecer os fatores que interferem positivamente ou negativamente para a satisfação, com base nas experiências vividas na unidade.

IC₃- Esperando por muito tempo.

DSC: O acolhimento foi péssimo, na triagem você leva um tempo esperando alguém pra chegar, geralmente não tem ninguém na sala de triagem, ai leva mais um tempo pra chegar. E esse tempo deixa agente mais tenso, as dores aumentam e ai acho mais difícil.

Diante do discurso percebe-se que o fator tempo no atendimento é primordial para a avaliação do grau de satisfação das pessoas com relação ao acolhimento, pois a duração deste leva a um aumento da tensão e piora do quadro clínico.

A triagem, momento onde acontece, ou deviria acontecer o acolhimento com a classificação de risco é visto como um impasse para o atendimento, onde as pessoas chegam e muitas vezes não encontram ninguém na sala, tendo que aguardar a chegada deste para ser avaliado e classificado.

Segundo Albino *et al* (2007) o processo de triagem foi introduzido nos Serviços de Emergência (SE) para tentar minimizar o problema da superlotação, permitindo cuidados imediatos para os pacientes mais urgentes. Triagem (do francês *trier* = classificar) significa um processo sistemático para determinar quem vai ser visto e tratado primeiro, com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes no SE.

Os sistemas de triagem têm o objetivo de organizar a demanda de pacientes que chegam à procura de atendimentos em serviços de urgências da atenção hospitalar e pré-hospitalar, identificando os que necessitam de atendimento imediato e reconhecendo aqueles que podem aguardar em segurança o atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa. (ACOSTA *et al*, 2012)

No Brasil, a triagem estruturada assume a designação de avaliação e classificação de risco, que associada ao acolhimento tem por finalidade identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando dessa forma práticas de exclusão. O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, associado à classificação de risco, tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo (ACOSTA *et al*, 2012).

A classificação de risco é tarefa exclusiva do enfermeiro e deve ser feita pelos

enfermeiros capacitados e com habilidades para reconhecer sinais e sintomas de gravidade, quando da chegada de um paciente em uma unidade de emergência (OLIVEIRA *et al*, 2011)

Albino *et al* (2007) comenta que o processo de recepção acolhimento e classificação, sinônimo de triagem, deve ser dinâmico, contínuo e deve incluir atividades que tranquilizam o usuário e seus familiares, trazendo-lhes apoio emocional e segurança. As informações claras sobre tempo de espera e zona de destino de cada paciente e a orientação do fluxo, onde o mais grave é priorizado em relação ao menos grave, geram confiança no sistema.

No entanto isso não foi observado na realidade estudada, visto que as pessoas tem seu quadro clínico piorado pela demora e irritabilidade da espera para ser atendido na triagem.

Para Alves (2011) o tempo de espera prolongado, a falta de contato com a equipe de saúde e a distância física entre o cliente e os recursos para atendimento de emergência são fatores que aumentam o risco de vida das pessoas que buscam os serviços de saúde, propiciando o agravamento de situações de urgência e impossibilitando a detecção precoce das prioridades e casos de emergência técnica.

O estudo mostrou que é fundamental que os enfermeiros que atuam na avaliação e classificação do risco tomem decisões precisas, pois trata-se de identificar e diferenciar aquelas pessoas que não podem esperar por atendimento médico daquelas que podem, portanto, influenciando a dinâmica do serviço de urgência (ACOSTA *et al*, 2012)

Desta forma, acolhimento com avaliação e classificação de risco implica na determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidades do usuário, visando atenção centrada no nível de complexidade. A classificação de risco é considerada um dispositivo de humanização do atendimento, na medida em que o atendimento deve ser priorizado de acordo com a gravidade clínica e não de acordo com a ordem de chegada ao serviço (ALVES, 2011).

Os usuários que vivem com anemia falciforme necessitam de um atendimento com classificação de risco que realmente aconteça, onde estas pessoas sejam realmente avaliadas, ouvidas e compreendidas e que os profissionais saibam conduzir da melhor forma a situação respeitando e compreendendo as suas especificidades.

IC₄- Fazendo de conta que a pessoa não é nada.

DSC: Acho o atendimento na triagem um pouco constrangedor, por que as vezes a pessoa ta passando mau e a recepcionista por exemplo faz de conta que a pessoa não é um nada eu só me sinto mais atendida, mais acolhida quando eu vou conversar com o médico. Deveria ter uma área especializada pra pessoas com o mesmo problema que eu e tinha que haver mais profissionais nessa área.

O discurso demonstra que o atendimento de enfermagem na triagem e também na recepção é considerado péssimo e constrangedor, pois não leva em consideração as especificidades de cada um, destratando a pessoa que necessita de atendimento sem compreender o problema. Além disso, faz a pessoa se sentir um nada, como se não necessitasse de atendimento, não leva em consideração as queixas e muitas vezes não sabem agir quando informados sobre a doença.

Diante disso os usuários sentem a necessidade de enfermeiros e médicos especializados na área para que possam ter um atendimento diferenciado e eficiente de acordo com a sua especificidade.

Segundo Soares *et al* (2014) as UE são consideradas porta de entrada ao serviço hospitalar para pessoas com necessidade de realização de um atendimento imediato, de acordo com a intensidade de sintomas e risco de morte. Esse setor possui características próprias que influenciam na organização do trabalho e da gerência do cuidado. A equipe de saúde deste setor necessita estar apta a tratar os quadros clínicos da Doença Falciforme por serem responsáveis por prestar os primeiros cuidados.

Fica evidente a necessidade da capacitação dos profissionais médicos, de enfermagem e demais funcionários que trabalhem na unidade com relação aos cuidados com pacientes que vivem com anemia falciforme, pois são eles que vão agir prestando os cuidados necessários diante das crises em unidades de emergência e que devem ter a sensibilidade de ouvir o paciente e prestar os cuidados necessários para a redução dos sintomas, estando atento para as possíveis complicações.

Em decorrência dos agravantes da doença, é necessário que a equipe multiprofissional mantenha vigilância, atentando aos sinais de: palidez, febre, mudanças de comportamento, dores, dispnéia, taquipnéia, fraqueza, aumento do baço, cansaço e demais agravos. O enfermeiro e o médico devem realizar o exame físico criterioso e minucioso para que possam ser identificadas na avaliação, alterações sistêmicas, entre outros (SOARES *et al*, 2014).

Os discursos dos participantes da pesquisa revelam que eles não recebem atenção dos profissionais de enfermagem e da recepção, o que faz eles se sentirem um nada, como se não necessitassem de atendimento. Apenas no atendimento médico os usuários se sentem acolhidos e atendidos. Isso se deve ao fato de possivelmente apenas o médico dar espaço para a escuta das queixas e realização do exame minucioso, observando o paciente e entendendo seus problemas.

Segundo Rodrigues *et al* (2010b) estas pessoas devem ser acompanhadas ao longo da vida em um centro de tratamento que ofereça uma abordagem abrangente por meio de uma equipe multiprofissional especializada, com avaliações clínicas periódicas e internações hospitalares em situações de risco.

Como considerações para o cuidado às pessoas com DF, é importante que a equipe multiprofissional tenha uma adequada observação e avaliação dos quadros clínicos possibilitando ajudar o paciente, a saber, lidar com o problema durante o percurso da vida, reconhecendo sinais de complicação da doença, observando os efeitos colaterais e duração da ação dos medicamentos e auxiliando na identificação de problemas psicossociais. Essas pessoas necessitam ser acompanhados em Centros de referência especializados capazes de oferecer atendimento global, multidisciplinar e multiprofissional. Diante de tal realidade, fica claro que é preciso garantir à pessoa com DF amplo acesso à saúde (SOARES *et al*, 2014)

Com isso observa-se que as pessoas com anemia falciforme sentem-se “um nada” durante o atendimento na unidade de emergência, tendo um péssimo acolhimento e não são entendidos pelos profissionais, demonstrando a necessidade capacitação para todos os trabalhadores e profissionais de saúde buscando uma melhor atendimento.

Além disso, muitos dos usuários não tem suas queixas valorizadas, não são ouvidos, compreendidos pelos profissionais, levando a piora do quadro clínico e a desvalorização do mesmo.

IC₅ - Não valorização da queixa.

DSC: Como ponto negativo foi a enfermeira que estava no momento lá na observação a noite, eu sentindo fortes dores mandava chamar o médico e ela dizia que o médico já tinha prescrito o medicamento e que não podia fazer mais nada. Só que o medicamento que eu tava

tomando não estava servindo pra mim, tinha que tomar outro tipo de medicamento pra aliviar minhas dores, eu já sabia mais ou menos os medicamentos que eu tinha que tomar, só que chamava, ficava gritando a noite toda sentindo dor, mandei chamar várias vezes. A acompanhante que estava com outros pacientes chamou e tudo e ela disse que eu estava sendo muito abusado, estava incomodando os outros e não queria me atender, por isso eu fiquei muito revoltado.

Diante desse discurso observa-se que a não valorização da queixa é algo importante que leva ao aumento da tensão, da dor, sono alterado, piora do quadro clínico do paciente, além de mobilizar os acompanhantes de outros pacientes e deixar marcas na história de vida, más lembranças de um atendimento, podendo influenciar na satisfação com relação ao atendimento na unidade. Segundo Acosta (2013) usuários frequentes buscam resolutividade da dor crônica em serviços de urgência, mas são pouco compreendidos pelos profissionais que o atendem.

Apesar dos profissionais focarem sua atenção na dor, esse sintoma na emergência é subavaliado e subtratado. Em sua grande maioria os pacientes vivenciam dores em que não aliviam conforme conduta analgésica proposta (SOARES *et al*, 2014).

Todo paciente deve ser reavaliado pela equipe de enfermagem após a triagem e após atendimento médico com intuito de avaliar o quadro clínico do paciente, observando a necessidade de uma nova abordagem ou manutenção do que está em uso. Os pacientes que vivem com anemia falciforme devem ser sempre reavaliados, pois as crises algícas não são resolvidas com qualquer medicamento, devendo ser reavaliado observados continuamente visando prevenção de complicações e diminuição da dor.

Para Soares *et al* (2014) avaliar a dor é responsabilidade majoritária da equipe médica e de enfermagem e, assim, exige pensamento crítico e efetivo. Nas intervenções de alívio da dor requer avaliar o paciente após um período de tempo e, o exame físico deve ser um meio facilitador para investigação clínica. Portanto, uma adequada avaliação da equipe viabiliza condutas, a fim de, minimizar possíveis danos a saúde do paciente.

Além disso, é necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre paciente e família com a equipe multiprofissional, o que torna o trabalho mais fácil e específico, pois as experiências destes com relação a doença e as crises algícas irá contribuir para uma conduta eficaz, levando o paciente a uma melhora do quadro clínico mais rápido e mantendo uma boa

relação entre equipe de saúde e família.

Soares *et al* (2014) afirma que ao referir dor, como condição de doença crônica, na DF, cuja pessoa e família têm uma história e experiências prévias em relação a essa dor, observou o quanto é difícil para o profissional de saúde avaliar a dor longe do contexto social, cultural, histórico, psicológico e emocional no qual a pessoa está inserida. Para isso, é preciso que se estabeleça uma relação de confiança desse paciente e família com a equipe.

Além da não valorização da queixa pelos profissionais as pessoas com anemia falciforme também revelam em seus discursos que a satisfação depende da equipe de plantão, do atendimento prestado por essa e pelas experiências vividas na unidade.

IC₆- A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão.

DSC: A satisfação com o atendimento depende da equipe de plantão, agora tem muitas que deixam a desejar, que agente se sente até um pedinte, se sente humilhado, como se agente tivesse ali por brincadeira. É um desrespeito ao ser humano por parte de algumas equipes. Não tenho satisfação nenhuma com o atendimento. Não fui bem atendida, nem na recepção, é uma demora. Então eu não fiquei satisfeito com isso.

Percebe-se que a satisfação dos usuários com o atendimento está interligada a equipe de plantão e a forma como foram atendidos na unidade por essas equipes. Diante do discurso é clara a insatisfação dos usuários pelo atendimento na unidade devido a forma como eles se sentem: humilhados, um pedinte, como se tivesse ali por brincadeira, ou seja, o descaso durante a permanência dessas pessoas nesse setor.

Ao chegar em um hospital o usuário apresenta expectativas sobre o atendimento que irá receber, sendo assim a qualidade do serviço oferecido está baseada na percepção que o paciente tem deste atendimento. Gera-se qualidade quando as expectativas da pessoa são atendidas, o que pode ocorrer de maneira total, parcial e até insuficiente originando os níveis de qualidade (INÁCIO *et al*, 2013).

Para Souza e Souza *et al* (2013) a satisfação é como uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores. Existem dois aspectos que devem ser considerados quando da avaliação da

satisfação: o primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia de utilização); no segundo aspecto, mede-se a satisfação com o processo do atendimento ou só com o resultado (garantia de retorno) que leva à continuidade do tratamento podendo inclusive interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão da mesma.

O usuário ao chegar a uma unidade hospitalar logo faz sua avaliação de acordo com os cuidados recebidos pelos profissionais de saúde, mesmo que seja este um momento difícil, por passar um tempo em dependência do hospital. A depender dos diversos momentos que foi atendido o paciente pode declarar-se satisfeito ou insatisfeito com o serviço, sendo que a dispensação dos cuidados técnicos é fundamental para isso (INÁCIO *et al*, 2013).

Desta forma o nível de satisfação com relação ao atendimento irá depender da percepção e a avaliação que o usuário tem sobre determinadas dimensões dos serviços de saúde, sendo que o principal vínculo entre o usuário e o estabelecimento de saúde ocorre através do serviço de enfermagem, por se constituir no maior grupo de profissionais da saúde e que mantém um contato ininterrupto com o usuário, promovendo a manutenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, por meio do cuidado. Isso pode influenciar no julgamento dos usuários no que tange à imagem do hospital (INÁCIO *et al*, 2013).

Os autores demonstram que a equipe de enfermagem tem um importante papel no julgamento do nível de satisfação dos usuários com relação ao atendimento na unidade hospitalar, pois esta permanece durante todo o processo de reabilitação do usuário, durante a permanência no hospital, tendo um contato direto e contínuo. Cabendo a estes um atendimento humanizado, pois são as vivências nos atendimentos que levará o usuário a definir sua satisfação com relação ao serviço.

Inácio *et al* (2013) chama a atenção para o fato de que o nível de satisfação do paciente está voltado para “diversos fatores, tais como: características do usuário (sócio demográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), relacionamento usuário/profissional e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço)”. Sendo que a satisfação do usuário está relacionada principalmente ao trabalho da equipe de enfermagem que ocupa um papel essencial na assistência, prestando cuidados desde a admissão até a alta hospitalar. Fatores como características de personalidade do enfermeiro, incluindo aspectos de seu comportamento como empatia, comunicação e proficiência no cuidado que requer conhecimento, domínio técnico e habilidade organizacional, tem demonstrado influência na

satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem.

O cuidado de enfermagem deve ser humanizado, observando as especificidades de cada usuário, escutando suas queixas e buscando resolutividade. O profissional enfermeiro (a) deve realizar o acolhimento de forma que haja uma interação entre profissional e usuário, pois a pessoa que chega numa unidade de emergência busca ser acolhido e bem atendido, precisa de um profissional que lhe traga tranquilidade e informações sobre o seu estado de saúde.

A humanização do atendimento é uma necessidade gritante nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção por falta do profissional são umas das principais causas de insatisfação do usuário (MOIMAZ *et al*, 2010).

Inácio *et al* (2013) demonstra em sua pesquisa que a média do nível de satisfação dos serviços prestados pela enfermagem obteve média abaixo do regular indicando considerável grau de insatisfação. A “cordialidade” foi um critério avaliado com expressiva negatividade em todos os setores obtendo médias abaixo do regular em todos os setores onde o que mais se destacou foi a recepção, isto pode estar refletindo na falta de conforto de que os entrevistados relataram.

A pesquisa citada corrobora com os discursos descritos neste trabalho, onde o grau de insatisfação dos usuários com o atendimento de emergência é alto, sendo relacionado ao atendimento de enfermagem e a falta de cordialidade, deixando os usuários se sentirem desprezados e humilhados durante a permanência na unidade.

Apesar da maioria dos participantes estarem insatisfeitos com o atendimento, o estudo revelou também que o fato de sair bem do hospital, ter um atendimento que resolva a queixa atual leva a satisfação de algumas pessoas com o atendimento.

IC₇ - Estando satisfeito por sair bem do atendimento.

DSC: Me sinto satisfeita, sou satisfeito com o atendimento, por que sai de lá bem. Um atendimento excelente, foi ótimo o atendimento que recebi, mais um pouco demorado.

No discurso citado observa-se que a satisfação dos usuários esta intimamente relacionada com a forma como acontece o atendimento, se foi bem atendido, se teve resolutividade, ou seja, se obteve melhora do quadro clínico.

A satisfação do usuário quanto o atendimento esta relacionada as características facilitadoras do processo. A abordagem do indivíduo como sujeito participante de todo processo de recuperação, responsabilidade, resolução e integração ao sistema é muito importante para o resgate da saúde. Para os usuários a falta de resolutividade de seu problema é caracterizada como mau atendimento, porém uma boa recepção e tratamento cortês satisfazem o usuário mesmo que o seu problema não tenha sido resolvido (LOPES, 2011).

Para Lopes *et al* (2009) a satisfação com o atendimento de saúde associada a resolução do problema que motivou o cliente a procurar o serviço, avaliando e comparando o que deseja com aquilo que experimenta, reflete o que ele espera e o que acha aceitável.

Levandoviski (2013) demonstra que num estudo desenvolvido na Espanha para medir a satisfação geral de usuários com os cuidados de enfermagem durante a permanência nos serviços de urgência, observou-se que a satisfação aumentava conforme o grau de percepção de resolução. Os indivíduos com maior satisfação eram os que haviam respondidos que seus problemas haviam sido totalmente resolvidos.

No mesmo estudo dentre os fatores que influenciam a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre o enfermeiro e paciente, o apoio afetivo, as informações sobre a saúde, o controle da decisão pelo paciente e a competência técnica pelo profissional que o assiste (LEVANDOVISKI, 2013).

Desta forma os estudos corroboram com os achados da pesquisa, onde a satisfação com relação ao atendimento de emergência esta relacionada com a resolutividade do problema de saúde ou das informações obtidas. Mas o fator tempo interfere negativamente na satisfação, pois a demora no atendimento deixa o usuário tenso e piora o quadro clinico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou analisar a satisfação das pessoas com anemia falciforme com relação ao atendimento de emergência em um hospital público do interior da Bahia. Foi identificado que a minoria está satisfeita com o atendimento, que precisa ser melhorado.

Um dos principais resultados encontrados foi a insatisfação dos usuários com relação ao atendimento, tendo como fatores colaboradores para a insatisfação: o tempo de espera para ser atendido, os profissionais que fazem de conta que a pessoa não é nada, a não valorização da queixa e a equipe de plantão. Tais fatores evidenciam que há uma insatisfação das pessoas com relação a esse atendimento, pois o mesmo se mostra distante do que é esperado e preconizado com relação a humanização. Desta forma é notório a necessidade de se trabalhar a humanização nos serviços de emergência, dando enfoque no acolhimento das pessoas com anemia falciforme.

Já a satisfação com o atendimento foi relacionada ao fato de sair bem do hospital, ter seu problema de saúde resolvido naquele momento, ou ate mesmo ter informações sobre o seu estado de saúde. Fator esse que também está associado a humanização do serviço, onde o profissional escuta e informa o usuário fazendo o possível para diminuir os sintomas trazendo melhora do quadro clinico.

A partir desse estudo constatou-se que a principal causa que leva as pessoas que vivem com anemia falciforme a procurar o serviço de emergência são as crises álgicas que prevalece em todos os participantes. O que dirige a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na unidade de emergência com relação a doença e aos sinais de complicação, que se não observados e valorizados na triagem podem trazer maiores danos a saúde do usuário.

Foi comprovado também que esses usuários reconhecem o significado do acolhimento e do que é um serviço humanizado, deixando claro que esse serviço não ocorre no hospital em estudo, onde as pessoas não são escutadas, na maioria das vezes, e acabam se sentindo um nada, um pedinte, e os profissionais não entendem o que eles estão sentindo e acabam não valorizando a queixa. Apenas algumas equipes que trabalham com humanização, realizam o acolhimento, sendo raras, segundo os colaboradores da pesquisa.

O estudo apresenta implicações para o serviço de emergência, revelando a necessidade

de um atendimento em geral e principalmente de enfermagem com maior atenção ao usuário, um serviço humanizado e mais qualificado para atender as necessidades das pessoas que vivem com anemia falciforme. Além disso, faz-se necessário a realização de novos estudos sobre a satisfação dos usuários que vivem com anemia falciforme em outras unidades de emergência a fim de identificar se os resultados dessa pesquisa apresentam similaridade com outros serviços.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Aline Marques, LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa.** Revista Eletrônica de enfermagem, 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17526>, acesso em 30 de setembro de 2014.

ACOSTA, Aline Marques, DURO, Carmen Lucia Mottin, LIMA, Maria Alice Dias da Silva, **Atividades do Enfermeiro nos sistemas de Triagem/Classificação de Risco nos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa,** Rev Gaúcha Enferm. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023, acesso em 22 de setembro de 2014.

ALBINO, Rubia Maria, GROSSEMAN, Suely, RIGGENBACH, Viviane. **Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 36, no. 4, de 2007. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/523.pdf>, acesso em 10 de setembro de 2014.

ALVES, Aline Cristiane. **Assistência de enfermagem em urgência e emergência prática assistencial de enfermagem ao acolhimento no pronto atendimento 24 hs fundamentada em Wanda de Aguiar Horta;** Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, Junho de 2011.

ANVISA, **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes.** Brasília : 2001. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf> acesso em 24-09 -2013.

_____, **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciformes.** Brasília, 2002. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf>, acesso em 14 de março de 2014.

ARANHA, Joélinton dos Santos, SILVA, Monyque Évelyn dos Santos, SILVA, Jorge Luiz Lima da, **Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica.** Informe-se em promoção da saúde, v.7, n.2.p.23-24, 2011. Disponível em <http://www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>, acesso em 8 de agosto de 2014.

AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro, *et al*, **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):736-45. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>. Acesso em 06-11-13.

BRAGA, J.A.P. **Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes.** Rev. Bras.

Hematol. Hemoter. São José do Rio Preto, v.29, n.3, p. 233-238, July/Sept. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade**. Brasília. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de eventos agudos em doença falciforme**. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências, Portaria n.º 2048/GM, em 5 de novembro de 2002** – Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para tratamento**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília : Ministério da saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Acolhimento nas práticas de produção de saúde** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BATISTA, Lucianne Fialho, **Unidades de atendimento de urgência e Emergência em Salvador: Estudos de localização**. Universidade Federal da Bahia:Faculdade de arquitetura.Programa de pós-graduação em arquitetura e urbanismo. Salvador: 2009.

BY JOHN L. Hick, M.D, STEPHEN, C. Nelson, M.D., KAREN HICK, M.D., and M., Obinna, NWANERI, M.D., **Emergency Management of Sickle Cell Disease Complications Review and Practice Guidelines**. Clinical and health affairs: February, 2006.

CALDAS, Paula, *et al*, **Eventos clínicos e fatores associados em uma coorte de crianças com doença falciforme**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador; Salvador, BA, Gazeta médica da Bahia. Bahia: 2010; 80:3(Ago-Out):14-19.

CAVALCANTI, Juliana Manzoni , MAIO, Marcos Chor. **Entre negros e miscigenados: a**

anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2011, vol.18, n.2, pp. 377-406. ISSN 0104-5970. Acesso em 14-12-13 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702011000200007&script=sci_abstract&tlng=pt

DIAS, Ana Luísa de Araújo. **A (Re)Construção do caminhar: itinerário terapêutico de pessoas com Doença Falciforme com histórico de úlcera de perna** . Universidade Federal da Bahia, Instituto De Saúde Coletiva, Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva, Mestrado Em Saúde Coletiva, Salvador, 2013.

FELIX, Andreza Aparecida, et al. **Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. Vol.32 no.3 São Paulo:2010. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbhh/2010ahead/aop72010.pdf acesso em 05-11-13.

FERREIRA, Mônica Calil Borges, **Doença Falciforme: Um olhar sobre a assistência prestada na Rede Pública Estadual – Hemocentro Regional de Juiz de Fora.** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pos-Graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, 2012.

FIGUEIREDO, Marília Z. A, GOULART, Bárbara N. G. de. **Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa.** Revista Distúrbios da comunicação, v. 25, n. 1 (2013). Acesso em 14-12-13. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>

FILGUEIRAS, Instituto Fernando. **Quem somos?** Disponível em: http://www.iffsaude.org.br/?page_id=727. Acessado em: 18 set. 2013.

FELIX, Andreza Aparecida, SOUZA, Helio M, RIBEIRO, Sonia Beatriz F. **Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010. Acesso em 12-11-14, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2010ahead/aop72010>.

GOUVEIA, Giselle Campos. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro** — Recife: 2009. Acesso em 14-12-13 disponível em www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUEDES, Cristiano, DINIZ, Debora Physis. **Um caso de discriminação genética: o traço falciforme no Brasil:** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(3):501-520, 2007 Acesso em 14-12-13 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n3/v17n3a06.pdf>.

GUIMARÃES, Tania M. R. *et al*, **O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2009;31(1):9-14. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n1/aop0209.pdf> acesso em 17-10-2013.

IBGE, **Regiões de saúde do estado da Bahia**. Disponível em:

http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Santo%20Ant%C3%20nio%20de%20Jesus.

INÁCIO, William dos Santos *et al*, **Avaliação da qualidade no atendimento de emergência em um hospital municipal de campos dos goytacazes**, Acta Biomedica Brasiliensia / Volume 4/ nº 2/ Julho de 2013.

LEFEVRE, Fernando, LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti, **O sujeito coletivo que fala**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n20/17.pdf>, Acesso em 21-10-2014.

LEVANDOVISKI, Patricia Fátima, **Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência**. Escola de enfermagem da Universidade Federal d Rio Grande do Sul, Trabalho de conclusão do curso de enfermagem, Porto Alegre, 2013. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78415/000899148.pdf?sequence=1>, Acesso em 20 de setembro de 2014.

LOBO, Clarisse, MARRA, Vera Neves, SILVA, Regina Maria G. **Crises dolorosas na doença falciforme**, Rev. bras. hematol. hemoter. 2007;29(3):247-258

LOPES, Jenifer Britto, **Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre: 2011.

LOPES, Juliana de Lima *et al*. **Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar**. Acta Paul Enferm 2009;22(2):136-41.

MAFRA, Adriana de Azevedo et al. **Protocolos de Atenção a Saúde: Anemia Falciforme**. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2007. Disponível em portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...anemia acesso em 05-11-13.

MANFREDINI, Vanuza et al. **A fisiopatologia da anemia Falciforme**. Infarma, v.19, nº 1/2, 2007. Disponível em www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/10/infa03.pdf acesso em 06-11-13.

MENEZES, Adeline Soraya de O. da P., LEN, Cláudio Arnaldo, HILÁRIO, Maria Odete E., TERRERI, Maria Teresa R. A., BRAGA, Josefina Aparecida P. **Qualidade de vida em portadores de doença falciforme**. Rev Paul Pediatr 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, et al, **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1419-1440, 2010.

MORAIS, Alexandre Souza, MELLEIRO, Marta Maria. **A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):112-20. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n1/pdf/v15n1a13.pdf>, acesso em 20 de setembro de 2014.

NETO Alcides Viana de Lima, *et al*, **Acolhimento e Humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros**, Rev Enferm Universidade Federal de Santa Maria. 2013 Mai/Ago;3(2):276-286

NUZZO, Dayana V. P. Di, FONSECA, Silvana F. **Anemia falciforme e infecções**. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº5, 2004.

OLIVEIRA, Kelly Cristtine Dias de, **Acolhimento com classificação de risco na política de humanização da atenção de saúde no DF: diagnóstico situacional da articulação na rede de atenção à saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, campus de Ceilândia, Ceilândia – DF, Setembro/2012.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli, *et al*, **Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada**. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 19(3): maio-jun 2011.

PAIVA, Roberto. **Psicologia e Reabilitação para o Portador da Anemia Falciforme**. UNICAMP, 2006

PERIN, Chistiano, et al, **Anemia falciforme**, Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Departamento de Ciências Morfológicas, Porto Alegre, outubro de 2000. Disponível em <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/AnemiaFalciforme.pdf> acesso em 17-10-2013. acesso em 12 de agosto de 2013.

RODRIGUES, Carmen C. M., ARAÚJO, Izilda E. M., MELO, Luciana L. **A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: revisão crítica**. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia: 2010b.

RODRIGUES, Daniela de Oliveira Werneck, FERREIRA, Mônica Calil Borges, Patrícia Montesi, BUSTAMANTE, Maria Teresa Teixeira, CAMPOS, Estela Márcia Saraiva,

OLIVEIRA, Carlos Marcelino de. **Diagnóstico Histórico da Triagem Neonatal para Doença Falciforme**. Rev. APS, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.34-45, Jan 2010a.

SANTOS, Milena Souza, **Anemia falciforme: da doença ao tratamento**. Universidade do Estado de Goiás, Trabalho de conclusão de curso de Farmácia, Anápoles:2011.

SANTORO, Mario Sant'anna, **Rede pública de hematologia e hemoterapia: o mapa do atendimento do paciente portador de doença falciforme no estado do Rio de Janeiro**. Universidade de Estacio de Sá, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: 2010

SERVIN, Santiago Cirilo Noguera *et al.* **Protocolo de Atendimento com Classificação de Risco Sistemas Único de Saúde, Hospitais Municipais/2005 São Luís/ MA**. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf acesso em 15-11-13

SILVA, Wellington dos Santos *et al.* **Avaliação da cobertura do programa de triagem neonatal de hemoglobinopatias em populações do Recôncavo Baiano, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2561-2566, Dec. 2006.

SOARES, Eula Priscila Brandão, *et al.* **Cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de Emergência: Discurso de uma equipe multiprofissional**; Revista Ciencia cuidado e saúde, 2014 abr/jun; 13(2):278-285.

SOARES, FF. *et al.* **Condições de saúde bucal e fatores sociodemográficos de crianças de 6 a 96 meses com doença falciforme no Estado da Bahia**. Rev Odontol. UNESP. Araraquara, v.39, n.2, p.115-121. Març-Abril, 2010

SOUZA E SOUZA, Luís Paulo, *et al.* **A qualidade do atendimento prestado pelos prontos-socorros**. Revista de administração hospitalar e Inovação em saúde. V. 11, n. 3, 2013. Disponível em: <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/rahis/article/view/2129/1367>, acesso em 20 de setembro de 2014.

VALENTIM, Márcia Rejane da Silva , SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos. **Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):285-9. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf> acesso em 06-11-13.

VAN-DUNEM, Joaquim Carlos Vicente Dias. **Fatores prognósticos ao óbito por anemia falciforme em crianças internadas no hospital pediátrico de Luanda – Angola (1997-2002): Um estudo de coorte**. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil). Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 2004.

WATANABE, A. M. **Prevalência de anemia falciforme no estado do Paraná**. Dissertação

(Mestrado em Medicina Interna). Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná; Curitiba, 2007

ZANELATTO, Daiana Maggi, PAI, Daiane Dal, **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem**. Revista ciência cuidado e saúde: 2010 abr/jun; 9(2):358-365.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu Rejane Piton Lemos Santos, graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada **“A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO NUMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA”** sob a orientação da Prf^a Doutora Rosa Cândida Cordeiro.

Este estudo objetiva identificar quais os fatores que podem interferir no grau de satisfação das pessoas com doença falciforme no atendimento numa unidade de emergência em um hospital público no interior da Bahia.

Para tal será realizada uma entrevista possuindo questões objetivas que avaliará quais fatores interferem no grau de satisfação das pessoas com doença falciforme no atendimento de emergência. Assim espera-se que essa pesquisa possa contribuir para o fornecimento de informações sobre a satisfação das pessoas com relação a esse atendimento e que possa produzir informações tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade e eficiência do serviço público oferecido.

Forneceremos informações sobre a pesquisa para sua compreensão e possível participação, que será de forma voluntária, podendo você desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Não haverá benefícios financeiros, quer seja para nós como pesquisadores ou para você, sujeito da pesquisa. Você estará sujeito (a) ao risco que envolve desconforto de lembrar-se de situações vividas, para minimização desse risco, a entrevista será realizado em local reservado, sem a presença de outras pessoas, para que se sinta a vontade em responder sobre o assunto proposto. As datas, horários e local da entrevista serão acordados entre nós, sujeito da pesquisa e pesquisadora, acontecendo estas individualmente. Se houver desistência ou impossibilidade da entrevista no local e horário combinado, ambas as partes deverão remarcar outro dia e horário.

Os resultados da pesquisa serão encaminhados para a coordenação da unidade de

emergência do hospital de referência, para a Secretaria Municipal de Saúde e para os sujeitos envolvidos na pesquisa. Será garantido o sigilo e o anonimato dos entrevistados e da instituição, a fim de evitar constrangimentos e exposição pessoal e profissional dos sujeitos do estudo. Os dados obtidos na entrevista ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável e estarão à disposição dos sujeitos do estudo por até cinco anos. Passado este período os mesmos serão incinerados.

Caso concorde em participar, convidamos você a assinar esse termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos e outra com os pesquisadores. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa a qualquer momento que deseje.

Santo Antonio de Jesus – BA _____de _____de 2013

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Rejane Piton Lemos Santos
Pesquisador Colaborador
ninha_piton@hotmail.com
(75) 8129-2207

Rosa Cândida Cordeiro
Pesquisadora Responsável
rosa.candida@yahoo.com.br
(71) 8789-6684

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – endereço: Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro, Santo Antônio de Jesus – Bahia. CEP: 44.570-000; Telefones (75) 3632-6950 Colegiado de Enfermagem

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nº do cadastro _____

data: ____/____/____

1 – dados pessoais e gerais:

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ____/____/____ sexo: () idade: _____ anos

Cor:**religião:****estado civil:**

() amarela

() católica

() solteiro(a)

() branca

() evangélica

() casado(a)

() indígena

() outras

() separado(a)

() parda

() sem religião

() viúvo (a)

() preta

Possui filhos? () sim () não quantos? _____

Endereço: _____

Bairro: _____ município: _____

Zona: () rural () urbana

2 - Nível de escolaridade:

() analfabeto () 2º grau completo () 1º grau incompleto

() 1º grau completo () 2º grau incompleto () superior incompleto

() superior completo () pós-graduação

3 – Aspectos clínicos

Diagnóstico: _____

Quando foi descoberta a doença?

() 1ª semana após o nascimento () infância () adolescência () adulto

Existem outras pessoas da família com doença falciforme?

() sim () não quantos? _____

Apêndice C

Roteiro para Entrevista

1 – Fale sobre as principais causas que levaram você a procurar atendimento na unidade de emergência.

1 – Conte-me sobre o atendimento que você recebeu na unidade de emergência?

2 – O que você entende por acolhimento?

3 – Você se sentiu satisfeito com o atendimento que recebeu na unidade de emergência?

5 – Existem fatores que interferem na sua satisfação com relação ao atendimento na unidade de emergência?