

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Mestrado  Doutorado
PPGenf
 Programa de Pós-graduação em Enfermagem UNIRIO

Revista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
 ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM
 ALFREDO PINTO
 E E A P
 UNIRIO

Ministério da Educação

PESQUISA

“I WENT TO THE NEAREST HEALTH CLINIC...”: FREE DEMAND OF THE EMERGENCY SERVICE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

“EU FUI AO POSTO MAIS PRÓXIMO...”: LIVRE DEMANDA DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

“YO FUI AL PUESTO DE SALUD MÁS CERCANO...” LIBRE DEMANDA DEL PRONTO SOCORRO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Marina Casarotto¹, Maria Denise Schimith², Maria de Lourdes Denardin Budó³, Teresinha Heck Weiller⁴, Bruna Sodré Simon⁵

ABSTRACT

Objective: To understand motives and needs that lead the population to seek basic health care assistance at the emergency service of a teaching hospital in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory field study. Data collection through 31 semi-structured interviews, analyzed through thematic analysis. **Results:** The majority of respondents were women, aged 20-50 years. The main reasons for seeking assistance were: lack of resolution at other levels of the health care network, followed by lack or delay in diagnostic support; timetable of distribution of appointments at the basic health unit, long waiting times for medical specialty appointments, and shortage of physicians in the basic health network. **Conclusion:** Health professionals, including nurses, and managers need to join the population in battling this problem, discussing and agreeing on strategies to meet health care needs, aiming at universal, equitable and integral assistance. **Descriptors:** Nursing, Emergency medical services, Health services needs and demand, Health services.

RESUMO

Objetivo: Compreender os motivos e necessidades que estimulam a população a buscar assistência básica de saúde em um Pronto Socorro de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória. Coleta de dados por meio de 31 entrevistas semiestruturada, trabalhadas através da análise temática. **Resultados:** A maioria dos entrevistados era mulheres e a faixa etária predominante entre 20 e 50 anos. Principais motivos foram: falta de resolutividade na atenção básica, seguido pela falta e demora no apoio diagnóstico; o horário de distribuição de senhas na atenção básica; demora da consulta em especialidades médicas e falta de médico na rede básica. **Conclusão:** Profissionais da saúde, dentre eles a enfermagem, e gestores precisam se aliar à população no enfrentamento dessa problemática, discutindo e pactuando estratégias para atender às necessidades de saúde, buscando um atendimento que vise à universalidade, equidade e integralidade. **Descritores:** Enfermagem, Serviços médicos de emergência, Necessidades e demandas de serviços de saúde, Serviços de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los motivos y necesidades que llevan a la población a buscar asistencia básica de salud en un Pronto Socorro de un hospital universitario del interior de Rio Grande do Sul. **Métodos:** Investigación de campo cualitativa, descriptiva y exploratoria. Colecta de datos con 31 entrevistas semiestructuradas, trabajadas a través del análisis temático. **Resultados:** La mayoría de los entrevistados era mujer de rango etario predominantemente entre 20 y 50 años. Los principales motivos fueron: falta de resolutividad en la atención básica, falta o retardo del apoyo diagnóstico, el horario de distribución de la contraseña en la atención básica; tardanza de consultas en especialidades médicas y falta de médico en la red básica. **Conclusión:** Profesionales de la salud, como enfermeros y gestores, necesitan unirse a la población para enfrentar esta problemática, discutiendo y acordando estrategias que contemplen las necesidades de salud, para una atención direccionada a la universalidad, equidad e integridad. **Descriptor:** Enfermería, Servicios médicos de urgência, Necesidades y demandas de servicios de salud, Servicios de salud.

¹ Enfermeira. Residente em Atenção ao Paciente Crítico pela Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). E-mail: marinnacasarotto@yahoo.com.br. ² Doutoranda no Programa de Doutorado Interinstitucional da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo ((DINTER/UNIFESP). Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM. E-mail: ma.denise@yahoo.com.br. ³ Doutora em Enfermagem (PEN/UFSC). Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf/UFSM. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com. ⁴ Doutora em Saúde Pública (USP). Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem. E-mail: weiller2@hotmail.com. ⁵ Acadêmica do oitavo semestre de enfermagem do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSM. Bolsista do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE)/UFSM 2011. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: bru.simon@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 representou uma mudança importante para o sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecendo a saúde como direito social, universal e de cidadania. O SUS significou a incorporação definitiva de amplas camadas da população excluídas do direito à saúde. Neste sentido, avançou ao propor o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, afirmando em lei que a saúde é direito de todos e dever do Estado.¹

A mudança na concepção da política de saúde, influenciada pelo movimento da reforma sanitária e sua incorporação nos textos legais, não se traduziu, de imediato, em ações para assegurar o direito à saúde. Esse cenário é resultante do fato de que a estruturação do SUS teve por base as instituições sanitárias existentes, tanto no campo da medicina previdenciária como da saúde pública, que tinham como característica a centralização, o autoritarismo, a permeabilidade ao clientelismo, aos interesses mercantis e a resistência à participação dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão, sem falar no modelo hospitalocêntrico de atendimento à população.²

O modelo integral preconizado pelo SUS não conseguiu efetivar a resolução dos problemas de saúde nos níveis de atenção necessária para cada caso, principalmente porque a estrutura da atenção básica não comportava de forma total e adequada a livre demanda que buscava o serviço. Além disso, foi construída no imaginário da população, na segunda metade do século XX, a ideia de que apenas o ambiente hospitalar seria próprio e resolutivo para as questões de saúde emergentes, uma vez que o complexo tecnológico médico estruturou-se para o consumo de tecnologias duras. Assim, os usuários permaneceram acreditando que em qualquer

situação de doença, o primeiro local a ser procurado seria um serviço hospitalar, por consequência, um serviço de pronto socorro (urgência/emergência), pois o entendimento dominante é o de que a saúde está diretamente relacionada a esse consumo.

Verificou-se que, apesar dos esforços na construção de novos modelos de atenção/gestão no SUS, esse cenário não teve muito progresso até os dias atuais. O cenário encontrado em serviços de urgência/emergência dos hospitais, públicos ou conveniados ao SUS, é de superlotação por necessidades de saúde que demandariam tecnologias disponíveis em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs). Uma pesquisa realizada em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS) releva que, a organização dos serviços municipais propicia que a demanda drene naturalmente para o Pronto Atendimento (PA), ao invés de buscar as UBSs. Essas são procuradas para consulta médica, conforme o número de fichas disponibilizadas. No entanto, a atenção ofertada no PA constituía-se de consultas e procedimentos ambulatoriais, sem estabelecer vínculo com os usuários, não garantindo continuidade do cuidado.³

A realidade vivenciada no Pronto Socorro (PS) em questão neste estudo, não é diferente. Durante a prática acadêmica, foi possível observar a realidade de superlotação desse serviço. Percebeu-se que a demanda dos atendimentos é de um nível básico de atenção, sem necessidade de estar nesse ambiente de assistência, visto que o PS é um serviço de urgência/emergência e de referência regional. A situação descrita sempre gerou inquietações sobre o motivo que leva as pessoas a procurarem um serviço de urgência/emergência, no qual elas se submetem a esperar horas para serem atendidas e muitas vezes o atendimento que lhes é prestado, não é singular e a integralidade do cuidado nem sempre é assegurada nesse espaço.

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

Muito desse atendimento não-integral, não-singular, advém de uma crença em um modelo ideal, no qual há uma rede regionalizada e hierarquizada normativa que decide a priori o melhor local para o usuário acessar.⁴ Nessa forma de organização, à atenção básica caberia cumprir o papel de acolhimento à demanda compatível com sua capacidade tecnológica e ao PS somente casos que a extrapolassem. No entanto, essa organização, baseada na norma rígida, gera de fato formas de barrar o acesso à população.⁴ Portanto, faz-se necessário redefinir a ideia de redes de atenção e serviços de saúde como uma cadeia de cuidado progressivo, no qual se consideram a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde.⁵

O contexto de transição demográfica e epidemiológica coloca na agenda dos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde o re-pensar da atenção básica, não mais como níveis de densidade tecnológica e sim como a possibilidade de organizar no tempo, no espaço, e no território, o vínculo entre os diferentes atores produtores do cuidado de saúde. Trata-se, então, de um problema da rede de atenção dos serviços de saúde local, mas que também revela a situação de outros pronto-socorros do Brasil. Esses locais sempre lotados são a imagem mais expressiva de que a porta de entrada para o sistema de saúde continua sendo os hospitais, por meio de seus serviços de urgência e emergência.⁶⁻⁷

A partir da vivência neste espaço, sentiu-se a necessidade de estudar essa realidade visto que o PS, na época da coleta de dados, estava propondo a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco visando à organização do serviço e a humanização do atendimento à população.⁷

Assim, esta pesquisa teve como objetivo compreender os motivos e as necessidades que

I went to the nearest...

estimulam a população a buscar a assistência básica de saúde em um PS de um hospital universitário do interior do RS.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória.

O cenário de estudo foi um Pronto Socorro de um hospital universitário, referência em saúde no atendimento de urgências e emergências para os municípios de duas Coordenadorias Regionais de Saúde no interior do RS.

A população estudada foi de acordo com a livre demanda que procurou o serviço de atendimento do PS em turnos aleatórios (manhã, tarde e noite), durante o mês de setembro de 2008. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo pesquisador.⁸ Foram realizadas 31 entrevistas, de acordo com o método de saturação dos dados.⁸

Como critério de inclusão, os entrevistados deveriam ser residentes no município sede do PS, efetuar a consulta médica e não permanecer internados ou em observação na unidade, e não chegarem ao PS com encaminhamento formal de nenhum outro serviço de saúde do município. O quesito de internação foi considerado nessa pesquisa, pois os pacientes que internam na unidade ou permanecem em observação, se caracterizam como pacientes que não poderiam ter seu caso resolvido na atenção básica. Já os pacientes que não internam e nem necessitam de observação, se caracterizam como pacientes que poderiam ter sido atendidos no nível primário ou secundário de atenção.

Foram excluídos deste estudo os pacientes portadores do quadro de emergências médicas; os

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

formalmente encaminhados pelas UBSs ou USFs; os que chegaram ao serviço conduzido pelos Bombeiros ou outras ambulâncias; os que consultaram e permaneceram na unidade, e pacientes de outros municípios.

As entrevistas foram realizadas após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Com o intuito de assegurar o anonimato dos entrevistados, os discursos foram codificados e enumerados de Ent1 a Ent31.

Os dados foram trabalhados através da análise temática. Essa análise consiste em identificar os “núcleos de sentido”, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência seja significativa para o objetivo de análise visado. Assim, a análise temática significa a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso.⁸

Para assegurar a condução ética no processo deste estudo, apoiou-se nas orientações e disposições da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, além da aprovação no Comitê de Ética da Universidade onde está vinculada a pesquisa, com Processo de nº 23081.010427/2008-24.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Verificou-se que entre os pacientes que procuram o PS, os casos graves que necessitavam de cuidados médicos imediatos, eram admitidos diretamente, sem necessitar esperar na recepção por ordem de chegada. Na ocasião da pesquisa, os demais usuários aguardavam na recepção sua vez de atendimento médico, por ordem de chegada, sem uma avaliação técnica.

A maioria dos entrevistados foi mulheres que estavam na faixa etária entre 20 e 50 anos,

I went to the nearest...

coincidindo com os achados de outras pesquisas.¹¹⁻

¹²

Identificou-se que entre os motivos pela procura do PS alegados pelos entrevistados, a falta de resolutividade dos demais níveis da rede, tangenciou a maioria deles, seguido pela falta ou demora no apoio diagnóstico. Com menor prevalência, mas não menos relevantes, foram referidas a necessidade de os usuários chegarem muito cedo para acessar uma vaga nos serviços de atenção básica; a demora da consulta em especialidades médicas; a falta de médico na UBS/USF; e a tecnologia dura disponível no Hospital Universitário.

Evidenciou-se que a maioria dos entrevistados já havia procurado outro serviço de saúde do município na tentativa de resolver sua necessidade de assistência atual. O motivo alegado para procurar o PS, após terem passado pela UBS/USF ou Pronto Atendimento Municipal (PAM), foi o descontentamento com a falta de resolutividade na rede municipal. Para os entrevistados a falta de realização de exames para diagnosticar o problema de saúde atual seria fundamental. As falas abaixo exemplificam isso:

[...] quando a gente tem um problema assim, eles mandam ir para o posto mais próximo, eu fui no posto mais próximo. E lá no (serviço de saúde) eu canso de ir, dão uma injeção e me mandam para casa. Aí eu fui no postinho de saúde, que é o primeiro recurso que a gente toma. E como lá não está resolvendo, eu resolvi vir aqui para ver se eu consigo... (Ent10)

Eu já fui ao posto. Mas é que lá no posto eles já me deram remédio e eu não melhorei. E eu nem quis ir lá de novo, por que madrugar de novo, para ir lá e eles me darem mais um remedinho e mandarem embora... (Ent16)

Por estas falas, perceber-se que os usuários entrevistados possuem consciência que a UBS/USF é uma porta importante para sua demanda. No entanto, ao experienciarem a baixa resolutividade ou o não-acolhimento de sua demanda, os usuários entrevistados optam em buscar a porta da rede

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

que vai lhes assegurar esse acesso, os serviços de urgência/emergência.

Desta forma, as falas retratam a peregrinação do usuário pelo sistema. Muitos tentam entrar pela porta que está mais próxima de sua residência, porém, como não conseguem ter suas demandas atendidas, a partir da avaliação que o usuário realiza por não ter seus problemas resolvidos, percorrem vários caminhos e acabam apelando para a última instância que lhes é proporcionada.¹³

A oferta restrita de serviços faz com que a demanda reprimida procure atendimento em locais que concentrem maior acessibilidade, e os prontos atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Esses locais reúnem uma gama de recursos como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais, exames de imagem e internações; embora estando superlotados, sendo impessoais e atuando sobre a queixa principal. Se comparadas a isso, as UBSs/USFs oferecem consultas médicas.¹⁴

Assim, na perspectiva dos pacientes que optaram pela atenção básica como primeira escolha para a resolução de seu problema de saúde, verificou-se que o fato de as emergências concentrarem recursos tecnológicos somado à resolutividade reduzida na atenção básica, estimula a população a procurar atendimento em prontos atendimentos, visto que, independente do tempo de espera, sua queixa será solucionada.

Outra parcela dos entrevistados relata que o PS foi sua primeira opção para tentar resolver seu caso atual de doença. Justificam essa escolha, tendo em vista experiências anteriores de falta de acolhimento e resolutividade nos serviços procurados, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Se tu tens outras dores, qualquer coisinha que tu tens, se tu vais no (serviço de saúde), tu ficas uma semana e não é atendido.(Ent8)

I went to the nearest...

[...] outras vezes assim que eu precisei que eu fui e procurei o (serviço de saúde) chegava lá o raio X estava estragado, daí teria que levar ele e fazer em outro local, então iriam demorar também, no atendimento [...](Ent18)

Percebe-se, que mesmo sendo a primeira opção de escolha, a experiência prévia já ensinou a não contar com a atenção básica para o acolhimento da necessidade de saúde. Mais uma vez é possível afirmar que não é o desconhecimento que leva a população a procurar direto o atendimento no PS, mas a falta de acessibilidade e resolutividade que encontram nos serviços de atenção básica.

Diante de suas necessidades, a população procura acessar o sistema por onde é possível, contrariando a lógica da rede de serviços em forma de pirâmide. Essa lógica refere-se ao “modelo assistencial ideal”, no entanto, concorda-se que a rede deveria “se amoldar continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir ao usuário por meio da prestação de cuidado integral de saúde. É o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário”.^{15:1937}

Outra pesquisa, também corrobora com o achado desse estudo, pois a demanda reprimida e/ou a falta de resolutividade de alguns atendimentos prestados, em diferentes pontos do Sistema, faz com que usuários tenham que procurar outros serviços ou submeterem-se a mais de um atendimento para obter a satisfação de suas necessidades.

A tecnologia dura encontrada no hospital universitário e seu conceito como instituição de referência foi citada como uma relevante justificativa por alguns usuários para a escolha do serviço como primeira opção para resolução do seu problema de saúde atual.

[...] porque eu acho que aqui é o lugar mais adequado em matéria de aparelhamento.(Ent13)

[...] o recurso que tem aqui não tem em outro lugar.(Ent7)

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

Porque aqui já tem hospital, o renome: universidade[...](Ent30)

Conforme estas falas, os entrevistados revelam uma relação direta entre resolutividade das demandas de saúde e tecnologias duras, demonstrando o quanto é persistente no inconsciente coletivo dessa relação. Verificou-se essa concepção quando os entrevistados relataram que o apoio diagnóstico, como exames laboratoriais e RX, foi fundamental para a escolha do PS como serviço de saúde resolutivo.

Em consonância, outra pesquisa em PS, dispõe que o grau de confiança que o usuário deposita em um serviço de saúde é vinculada à estrutura do serviço no que se refere aos seus recursos tecnológicos e à capacidade técnico-científica de seus profissionais, destacando-se os médicos.¹⁵ A falta de especialidades e baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas UBSs/USFs, aliadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção do alívio para o seu sofrimento, significam a menor qualidade do cuidado de saúde a ser recebido no nível primário.¹⁵

A garantia de atendimento 24h no PS vem acompanhada de facilidades na resolução de problemas de saúde dos usuários. A assistência à saúde confunde-se com a grande produção de consultas médicas, exames e medicalização. Outra facilidade está na acessibilidade a essas unidades, não no sentido de malha viária, mas na possibilidade de acessarem o médico.³ O usuário relata que a unidade de urgência/emergência, além de viabilizar a consulta médica no mesmo dia, ainda pode proporcionar maior resolutividade, pois ele pode sair com seus problemas pesquisados por meio de exames de RX, laboratório e outros.¹³

Os usuários identificaram a demora ou a impossibilidade no atendimento das UBSs/USFs, que ao serem procuradas, exigem agendamento de consultas para o outro dia, tornando-se inadequado à realidade dos indivíduos, ou o horário de distribuição de senhas para consulta

I went to the nearest...

médica no mesmo dia, reafirmando dados de outros estudos já publicados.^{13,15}

A Estratégia de Saúde da Família vem mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro, não se constituindo em um modelo de atenção comprometido com sua população. Além disso, a população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada. Este é o ponto mais importante que a utilização do acolhimento, como ferramenta de organização do serviço, propõe reverter.¹⁶

Outra motivação encontrada foi a necessidade de fazer exames externos e agendados, bem como consultas especializadas.

Vou lá no posto de saúde, na secretaria [...], já faz dois meses que eu estive lá de novo e nada. Aí eu vim para consultar aqui com o otorrino.(Ent1)

Já faz anos. E eu venho tratando com neuro, estou com os exames todos aqui para mostrar, só que pelo SUS é muito demorado. Chega a levar oito meses cada consulta com o neuro e eu não tenho condições de esperar mais. O caso está ficando, assim, cada vez mais grave. [...] como vai demorar muito o meu neuro, ainda tem mais de quatro meses para esperar, eu resolvi vir aqui porque eu não sei o que eu tenho na cabeça.(Ent1)

Percebe-se que a longa espera por consultas especializadas e exames, também reforçam o deslocamento para o atendimento mais rápido no PS. A expectativa dos usuários é ter sua demanda esclarecida. Cabe lembrar que essa demanda foi gerada por algum profissional ou um serviço de saúde que, no entanto, não garantiu a continuidade da atenção, deixando ao usuário fazer essa busca.

A fala dos usuários é reveladora da fragilidade que a rede possui em garantir o acesso e por consequência, a integralidade da atenção à população.¹⁷ Em uma época marcada pela agilidade em todos os aspectos da vida cotidiana, os usuários reclamam da morosidade dos serviços em atender sua demanda. Dessa forma, o usuário

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

usa a autonomia que lhe resta para se locomover entre os serviços de saúde, fazendo suas escolhas e buscando alternativas fora da lógica organizadora do sistema.¹³

Com a ideia de hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso às especialidades, considerando que os serviços básicos de saúde ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente.² No entanto, percebe-se a necessidade de as equipes, nos diferentes serviços, responsabilizarem-se pelas demandas que chegam até elas.

A não-existência de médico na UBS/USF no dia da procura pelo usuário, foi outro fator que apareceu nas respostas dos entrevistados.

Aonde a gente vai não atendem. Não tem médico, por Deus, não tem nada. (Ent50)

Porque no posto [...] eu não sei se clínico geral tem no posto onde eu vou, mas toda vez que eu preciso do meu posto [...], nunca tem o que eu quero. Eu moro ali há quatro anos e eu nunca consegui marcar um dentista para mim para ti teres uma noção. E nunca tem nada naquele posto.[...] (Ent12)

Para os pacientes que procuram o PS, apesar das longas horas de espera, a experiência mostra que serão atendidos pelo médico e realizarão exames complementares, caso seja prescrito. Destaca-se que os pacientes entrevistados tiveram acesso somente à consulta e exames básicos, o que seria possível atender na Atenção Básica, possibilitando ainda o vínculo e a continuidade da assistência às pessoas. Entretanto, a falta de uma equipe de referência no território produz a não-legitimação dos serviços por parte dos usuários.

Atender prontamente, e com uma equipe básica de referência, contando com a ação do médico, é fundamental para a atenção básica. Essa atitude ajudaria a evitar a peregrinação do usuário pelos vários serviços de saúde. Torna-se

I went to the nearest...

necessário, organizar um acolhimento qualificado na atenção básica, segundo o princípio da integralidade, considerando-se a experiência acumulada da saúde pública brasileira, “difícilmente surgirá subitamente, sem que se atente para o fluxo de uma longa história de unidades básicas em número insuficiente, fragilmente organizadas, capengas de recursos, embaralhadas com as pretensas verdades nacionais da Estratégia Saúde da Família e desumanizadas na sua ação”.^{18:2039}

Além disso, as UBSs/USFs devem ampliar suas funções buscando garantir o princípio da integralidade aos problemas de saúde de uma população. Uma possibilidade seria a enfermeira voltar seu trabalho para a clínica, valorizando dessa forma o acolhimento e o vínculo do usuário como serviço, aumentando a resolutividade da rede básica.¹⁶

Em relação à dinâmica da movimentação dos usuários, verifica-se que os profissionais de saúde de outros níveis de atenção são também responsáveis por encaminhamentos de pacientes para o PS.

No posto aonde a gente vai, arrumaram até o carro da prefeitura para trazer a gente, aí não tem como perder. (Ent5)

A médica do posto disse que não era para ir à Secretaria, porque na Secretaria ia demorar muito, que era para vir direto para o hospital. (Ent6)

Pelos relatos, é possível perceber que a rede básica, cuja atribuição principal é a de resolver a maior parte dos problemas de saúde, não vem cumprindo seu papel e, mais grave ainda, vem caindo no descrédito por parte dos usuários entrevistados no PS e, também por alguns profissionais que reforçam isso.

Esses resultados demonstram claramente a utilização do PS como uma “válvula de escape” dos serviços de saúde, prejudicando o atendimento dos casos que realmente necessitam de atendimento de urgência e emergência, pois o excesso da demanda acarreta o acúmulo de

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

tarefas e consequente sobrecarga para toda a equipe de profissionais.¹¹ Esse fato também aponta para a ineficácia da rede de serviços organizados pelo SUS, incapaz de garantir a esses indivíduos um acesso mais fácil à atenção básica, encaminhando-os aos serviços de urgência e emergência.

Quando levantada a suposição da não-existência do PS e questionados quanto à procura de atendimento nesse caso, os usuários entrevistados se dividiram em três opções, a saber: procura por serviço particular, retornar ao PA Municipal e, em minoria, procuraria a UBS/ESF mais próxima da sua casa. Essa suposição trouxe preocupação para alguns entrevistados:

[...] É difícil. Não sei aonde eu iria. Preferia pagar um, na (plano privado). Pagaria na (plano privado). (Ent7)

Iria para o particular, acho. Se não existisse, acho que particular mesmo, ia dar um jeito. (Ent12)

Agora me apertou, eu não imagino. Seria mesmo nos postos da vila, seria PA e mais alguns postos de saúde. (Ent17)

Verifica-se que o PS, no imaginário dos usuários, ainda é o serviço de saúde mais valorizado, fazendo-os sentirem-se espoliados caso não fosse possível acessar essa porta de entrada. Acredita-se que parte da responsabilidade dessa visão cabe aos serviços de atenção básica e à prioridade dos gestores do SUS na organização deste. Assim, a concretização do princípio da integralidade precisa superar o entendimento da rede básica como sinônimo de equipe mínima, simplificada, com baixa resolutividade, que a torna incapaz de acolher as pessoas e de assumir a responsabilidade pela saúde da população de uma área, oferecendo cuidados integrais e contínuos.¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caracterizar-se a livre demanda desse PS, quanto aos motivos para procurar por este R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jul./set. 4(3):2712-21

I went to the nearest...

serviço, percebeu-se que a maioria dos entrevistados alegou a falta de resolutividade da rede de atenção do município como determinante da procura pelo PS. Além disso, foram influentes a tecnologia disponível, a agilidade no atendimento, as experiências anteriores vividas pelo paciente/familiar, a destreza na marcação de exames ou encaminhamento para outros serviços.

O funcionamento das UBSs/USFs ainda não consegue absorver a rapidez e agilidade pretendida pelo usuário. Com todas essas dificuldades, o usuário desloca-se para o PS pela rapidez e pela agilidade para a resolução de seus problemas. Isso mostra que o PS está sendo usado como porta de entrada dos serviços de saúde do município, o que por um lado pode acarretar em um atendimento insuficiente aos usuários que realmente necessitam de atendimento de urgência/emergência, mas por outro revela a busca solitária do usuário por serviços resolutivos, mesmo que não com continuidade do cuidado. Entretanto, é preciso considerar a forma como os profissionais (médicos, enfermeiros, recepcionistas) estão percebendo essa demanda, pois, na visão de modelo ideal, a vocação principal do PS é atendimento em nível terciário e quaternário de atenção. Assim, como ficam as dificuldades pessoais dos usuários em acessar as UBSs/USFs em horários pré-fixados e o fato de ainda necessitarem agendar atendimento quando na presença de uma situação aguda?

Essa experiência cotidiana com os serviços de saúde, o usuário reinterpreta determinadas regras sociais a partir da sua necessidade de acesso e constrói estratégias para garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a ele.

O presente trabalho pretendeu desvendar a realidade do serviço de urgência/emergência do PS na escuta daquele que é o seu principal usuário: o cidadão. Com isto oferecer subsídios à gestão dos serviços de saúde para construir estratégias que contemplem as reais necessidades

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.* da população. Porém, para estabelecer essas estratégias, verificou ser necessário conhecer o contexto dos demais serviços da rede municipal, o que não foi o foco deste estudo, identificando assim seus limites e também a possibilidades de pesquisas futuras. No entanto, os dados aqui apresentados servem para profissionais, gestores e demais membros da sociedade reconhecer os motivos apontados e levar a cabo o desafio de tornar o atendimento no SUS sinônimo de resolutividade, respeitando os usuários como cidadãos de direito.

Reconhecer as concepções e o que determina a procura pelo PS como legítimas, permitiu concluir-se que muito ainda se tem a fazer em benefício do cidadão. Nessa perspectiva, talvez seja mais inclusiva a proposta de múltiplas portas de entrada onde o usuário possa obter acesso em tempo e espaço adequados a ele. Cabe aos profissionais de saúde e governos aliarem-se à população para decidir e investir em ideias e ações que visem usar de alternativas mais dinâmicas para conseguir, de fato, que o SUS atenda com equidade e integralidade toda a população brasileira.

Nessa perspectiva, pode-se fazer uma reflexão sobre o papel da enfermagem frente a essa realidade. A enfermagem está implicada diretamente na construção de rede de cuidados, pois além de ser um dos trabalhadores de saúde que sempre está contemplado no grupo de trabalho tanto na atenção básica quanto no PS, também é chamada a cumprir a função de gestor ou gerência desses espaços. Cumpre-nos defender que a Enfermagem assuma seu compromisso ético, político e social na defesa do usuário.

Espera-se que o resultado desta pesquisa, ao consolidar informações, subsidie a gestão municipal e seus trabalhadores a avançar na implementação da integralidade da atenção. Desta forma, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade, acolhendo a população, seja na atenção básica seja em serviço

I went to the nearest...

de urgência/emergência, com vistas à humanização do atendimento ao usuário.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição Brasileira. Brasília: Congresso Nacional. De 5 de outubro de 1988. [citado em 22 mai 2011]. Disponível em: URL: <http://www.al.ma.gov.br/arquivos/CON1988.pdf>.
2. Vascelos CM; Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS; Minayo MC; Akerman M; Drumond M; Carvalho YM (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Weiller TH. Acessibilidade e acesso na avaliação dos serviços de saúde. Departamento de Enfermagem. UFSM. Santa Maria/RS, Julho; 2009. Apresentação em multimídia no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.
4. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R; Mattos RA (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2007.
5. Pinheiro R; Mattos RA. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 3ª. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
6. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. saúde pública [periódico on line] 1997 jul-set; [citado 10 jun 2011]; 13(3): [aprox. 10 telas]. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>.
7. Pontes APM; Cesso RGD; Oliveira DC; Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do sistema único de saúde. Rev. bras. enferm. [periódico on line] 2010 jul-agos; [citado 10 jun 2011]; 63(4): [aprox. 7 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n412.pdf>.

Casarotto M, Schimith MD, Budó MLD *et al.*

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias dos SUS. Brasília, 2004. [citado 12 jun 2011]. Disponível em: URL http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: 1996. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [citado 10 jun 2011]. Disponível em: URL <http://www.sbhh.com.br/pdf/etica/PesqSeresHumanos.pdf>.
11. Furtado BMASM; Araújo JLC; Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev. bras. epidemiol. [periódico on line] 2004; [citado 10 jun 2011]; 7(3) [aprox. 11 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/06.pdf>.
12. Silva VPM; Silva AK; Heinisch RH; Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arq. catarin. med. [periódico on line] 2007 [citado 29 mai 2011]; 36(4) [aprox. 10 telas]. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/520.pdf>.
13. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte [tese]. Minas Gerais (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
14. Marques GQ; Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Rev. latino-am. enfermagem [periódico on line] 2007 jan-fev; [citado 29 mai 2011]; 15(1) [aprox. 8 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf.
15. Oliveira LH; Mattos RA; Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Cienc. saude colet. [periódico on line] 2009; [citado 12 mai 2011]; 14(5) [aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://scielosp.org/pdf/csc/v14n5/35.pdf>.
16. Schimith MD; Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. saude publica [periódico on line] 2004 nov-dez; [citado 12 mai 2011]; 20(6) [aprox. 8 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>.
17. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a "porta". In: Starfield B. (Org.). Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
18. Puccini PT; Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica da saúde. Cad. saude publica [periódico on line] 2008 set; [citado 20 mai 2011]; 24(9) [aprox. 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n9/09.pdf>.

Recebido em: 03/07/2011

Aprovado em: 21/11/2011