



Cadernos da

SAÚDE COLETIVA

Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha

Cadernos da
SAÚDE COLETIVA

**Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas**



1ª edição

Porto Alegre, 2014

Cadernos da Saúde Coletiva

Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Adriane Pires Batiston

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

Izabella Matos

João Henrique Lara do Amaral

João José Batista de Campos

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Liliana Santos

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Ricardo Burg Ceccim

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Raquel Amsberg de Almeida

Diagramação:

Raquel Amsberg de Almeida

Revisão:

Priscilla Konat Zorzi

Impressão:

Gráfica Ideograf

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA e CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F287 Fazeres em Saúde Coletiva : experiências e reflexões de jovens sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3)

ISBN 978-85-66659-24-5

1.Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitarista. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Série.

NLM WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

POSSIBILIDADES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE/RS



Diego Menger Cezar¹
Ingrid Neumann Basler²
Marilise Oliveira Mesquita³
Iara Elisabeth Gralha Schild⁴
Márcio Neres⁵

Resumo: Este artigo relata o estágio curricular de dois graduandos do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, no período de março a julho de 2013, explorando as possibilidades de promoção e educação em saúde com os usuários do Sistema Único de Saúde neste serviço. Durante o artigo, são descritos a elaboração do Plano de Estágio, a descrição crítica-reflexiva das atividades a campo, os comentários quanto ao aprendizado proporcionado, e as considerações acerca da contribuição do estágio ao campo de formação em saúde coletiva. Pode-se afirmar que, mesmo em um serviço que tradicionalmente executa práticas centradas na biologia da saúde e da doença, pode ser realizado um significativo trabalho de educação e promoção à saúde com os usuários. O serviço de emergência pode ser visto como um campo de atuação do sanitarista: no contato com os usuários na sala de espera, orientando sobre os serviços mais adequados, na informação sobre a rede de serviços e as vantagens de se vincular às suas unidades de referência, no compartilhamento de saberes sobre a melhor manutenção da saúde em condições crônicas, com orientações pós-alta, ou ainda colaborando para a análise crítica dos usuários frente às suas condições de saúde. Uma das grandes contribuições do estágio foi a intensa prática da escuta aos usuários, realizada em conjunto com o serviço social. Tanto no processo de acolhimento quanto na assistência e orientação, praticar a escuta e o diálogo é fundamental para que se possa pensar em ações que beneficiem usuários de serviços de emergência. A possibilidade do contato frequente e intenso com usuários e a oportunidade de identificar as suas necessidades foi essencial para conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Emergência hospitalar; Saúde Coletiva; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Vigilância em Saúde.

Introdução

Previsto como atividade de formação essencial para a graduação, o estágio para o aluno do Bacharelado em Saúde Coletiva é o momento que propicia ao acadêmico aprimorar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da graduação. Neste processo, o graduando se

1 Graduado no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente Administrativo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Email: diegomcezar@gmail.com

2 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Assistente Administrativa no Hospital Moinhos de Vento. Email: ingrid_ingridb@hotmail.com

3 Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atua no Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva. Email: marilise.mesquita@ufrgs.br

4 Assistente Social do setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre/RS.

5 Enfermeiro, Assistente de Coordenação do Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS. Email: nmarcio@ghc.com.br

reconhece como agente ativo e adquire experiências e capacidades que serão fundamentais para sua atuação profissional.

Compõe-se o presente artigo da apresentação do cenário de desenvolvimento das competências e habilidades em saúde coletiva, previstas pelo projeto pedagógico do curso de graduação; apresentação do Plano de Estágio e sua elaboração; descrição das atividades de campo; comentários quanto ao aprendizado proporcionado pela oportunidade; considerações acerca da contribuição do estágio ao campo e formação. O período do estágio foi de março a julho de 2013, na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

O Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição

O GHC é um complexo hospitalar localizado na cidade de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul (RS), vinculado ao Ministério da Saúde. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, doze postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, três centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

Ao todo, dispõe de 1.564 leitos (GHC, 2013), incluindo Unidades de Tratamento Intensivo e emergência. O GHC possui leitos de retaguarda no Hospital Universitário (HU) de Canoas, para onde são transferidos uma parcela dos usuários internados na emergência do HNSC. Tem como missão desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com a excelência e eficácia organizacional através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a função social.

O Serviço de Emergência é vinculado diretamente à Gerência de Pacientes Externos do HNSC. Atualmente, conta com uma coordenação que é composta por um médico e um enfermeiro. Além disso, conta com supervisores assistenciais nos diferentes turnos de trabalho.

O quadro de trabalhadores, no primeiro semestre de 2013, contava com os seguintes profissionais: 30 clínicos contratados, 8 ginecologistas, 11 cirurgiões gerais, 49 enfermeiros e 174 técnicos e auxiliares de enfermagem, 5 assistentes sociais, 21 auxiliares administrativos, 5 fisioterapeutas e 1 nutricionista. Além disso, conta com profissionais dos serviços de apoio da equipe de higienização, apoio ao diagnóstico e terapia e segurança física.

Referente à área física da Emergência, esta segue a seguinte organização: recepção para identificação do usuário, três salas de classificação de risco, sala de espera Área Azul/Verde, cinco consultórios clínicos, um consultório cirúrgico, um consultório ginecológico, duas salas de procedimentos, e uma sala de medicação/inalação. Na Área Laranja há dezesseis leitos de observação com monitorização e dois plantonistas clínicos. Na Área Vermelha, cinco leitos de terapia intensiva, um box de estabilização com desfibrilador, monitorização e respirador, e um plantonista clínico. Conta ainda com sala de atendimento do Serviço Social e três Assistentes Sociais.

O Serviço Social do Hospital Nossa Senhora da Conceição

O Serviço Social surgiu no início do ano de 1994, como parte integrante na assistência e cuidado do usuário que acessa o Serviço de Emergência do HNSC e a proposta de uma maior atenção no processo de acolhimento e cuidado das pessoas. Neste sentido, a Assistência Social do Serviço de Emergência do HNSC vem, desde sua criação até os dias atuais, atuando de forma a democratizar as informações e viabilizando o acesso aos serviços, programas e políticas sociais, tanto da instituição, quanto nos serviços de outras instituições aos quais os usuários possam se beneficiar. Neste processo de “encaminhamento”, o Assistente Social deste serviço procura sempre

esclarecer à população usuária sobre o trabalho desenvolvido pelo profissional resguardando o sigilo profissional que lhe é garantido. Para que seja assegurada a prestação de serviços e a garantia de acesso à população, o Serviço Social da Emergência do HNSC conta com Assistentes Sociais nos três turnos no dia, trabalhando em uma sala localizada no andar térreo do HNSC, com facilidade de acesso, visto que está inserida no contexto do Serviço da Emergência.

O Desenvolvimento do Estágio do Graduando em Saúde Coletiva na Emergência de um Hospital de Referência para o Sistema Único de Saúde

O Plano de Estágio foi elaborado inicialmente pelos estagiários, sendo em seguida pactuado coletivamente entre professor orientador e supervisores. O processo envolveu conversas entre professor orientador e estudantes, e posteriormente entre estagiários e supervisor de campo. As atividades propostas foram listadas em documento entregue na Gerência de Ensino e Pesquisa da Escola GHC, conforme seguem: explorar o ambiente da emergência hospitalar, realizando uma análise crítica do perfil dos usuários que buscam atendimento e suas necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, segundo aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais; acompanhar a dinâmica do acolhimento e classificação de risco, coletando informações complementares sobre a situação de saúde dos usuários e aspectos relacionados ao acesso a rede de atenção básica; orientar usuários da emergência sobre o que são casos de emergência e sobre a rede de atendimento disponível; acompanhar os pacientes internados nos leitos de retaguarda da emergência, buscando conhecer os caminhos percorridos até a internação; buscar informações junto ao serviço social, referentes à atuação perante casos de vulnerabilidade social e a rede de assistência social disponível; promover a educação em saúde aos usuários; colaborar com a dinâmica do trabalho institucional, reconhecendo o sanitarista como agente crítico e ativo desse processo e auxiliando sempre que necessário; realizar atividades que envolvam sistemas de informação em saúde; refletir e avaliar, a partir do trabalhado durante o curso, as possíveis intervenções que podem ser realizadas, a fim de reconhecer os efeitos que podem ser produzidos, conectando o saber com a prática desenvolvida durante o estágio; executar e participar de atividades propostas pelo supervisor do estágio curricular.

A primeira semana de estágio foi o momento de reconhecimento do campo e ambientação quanto à dinâmica do processo de trabalho do Serviço de Emergência. Foram feitos relatos, a cargo da enfermeira responsável pelo plantão noturno, sobre o trabalho da emergência, demonstração da área física e divisão do espaço, apresentação do protocolo de Manchester, acolhimento e classificação de risco, funcionamento da regulação dos leitos e atuação do Serviço Social.

Nas primeiras semanas de estágio, nos sentimos um pouco deslocados a respeito de nossas atividades e *da inserção como promotores de saúde* e colaboradores em algum processo de trabalho. Porém, vimos que a aproximação com o Serviço Social poderia ser um fator que ajudaria nessa ambientação no Serviço de Emergência. Logo no primeiro dia, depois de alguns minutos de apresentação do trabalho do Serviço Social, um primeiro atendimento deu a dimensão da importância da atuação do serviço social na emergência do hospital. Três meninas em situação de vulnerabilidade social e sem saber o que havia acontecido com sua mãe, que falecera há poucas horas, buscaram atendimento neste serviço. Depois de acolhimento e conversa para que fosse entendido o contexto familiar e em quais situações aquelas três meninas ali se encontravam, a assistente social Monique explicou que a mãe delas falecera e deveria ser velada, perguntou sobre a situação financeira, e a conversa parecia cada vez mais difícil. Enfim, Monique explicou todo o caminho que elas deveriam seguir e, ao saírem, a impressão que ficamos foi a total vulnerabilidade destas meninas. A partir disso, foi consenso que atuar em conjunto com o Serviço Social seria uma oportunidade de ter contato próximo com os usuários e suas mais diversas demandas.

Em paralelo, acompanhamos o processo de *Acolhimento e Classificação de Risco*. Por ser a porta de entrada do serviço, foi possível identificar a grande demanda dos usuários e a dificuldade do serviço em dar conta desta. No decorrer do estágio foi possível compartilhar experiências com diversos profissionais, principalmente técnicos e enfermeiros. Esta convivência permitiu a identificação de aspectos da organização do trabalho, das dificuldades dos trabalhadores, das relações de trabalho, e as diferenças de percepção dos profissionais quanto à ótica do acolhimento e classificação de risco.

O acolhimento inicial é feito pelos profissionais administrativos, que identificam o usuário e o incluem na lista de espera da *classificação de risco*. Essa lista é acompanhada pelas enfermeiras dentro dos consultórios que se localizam no saguão da Emergência. Cada consultório possui um técnico de enfermagem que atende o usuário e registra seus sinais vitais, e um enfermeiro que faz a entrevista de classificação de risco. De acordo com estas informações e sinais vitais, este usuário é classificado conforme a sua gravidade e a necessidade de atendimento imediato ou não. Com a prática da classificação de risco, o atendimento passou a dar prioridade para os casos mais graves, indicado por cores: Vermelho para as urgências, preferencialmente reguladas, isto é encaminhadas pelo SAMU e muitas vezes com contato prévio, com atendimento imediato na sala de emergência/estabilização; Laranja para urgências, atendimento mais rápido o possível em até 10 minutos; Amarelo: risco de vida presumido com atendimento priorizado em até 60 minutos; Verde para atendimentos não urgentes; e Azul para casos de não urgência/emergência, atendimento por ordem de chegada ou possível encaminhamento para a atenção básica ou unidade de pronto atendimento (UPA).

Acompanhando o processo de acolhimento e classificação de risco, foi possível identificar alguns aspectos que pertencem a esta dinâmica de atendimento e merecem destaque, como exemplos de diferenças nos procedimentos de acolhimento entre diferentes profissionais. Algumas vezes foi possível identificar que o profissional não fica somente preso ao protocolo, utilizando sua sensibilidade e percepção para identificar a melhor classificação para o usuário. Como a demanda neste serviço é alta, não é possível o acolhimento de todos os casos, porém muitas vezes o enfermeiro, ao identificar que o usuário já havia percorrido diversas unidades do sistema de saúde sem sucesso, o classificava e acolhia para que fosse atendido, mesmo sua queixa não se enquadrando no mínimo necessário para o acolhimento. O mesmo acontecia com queixas de idosos e crianças. Muitos foram os relatos de profissionais que se sensibilizavam com os usuários e os acolhiam na emergência. Há a determinação que todo idoso deve ser acolhido em sua primeira vez na emergência, mesmo não tendo queixas pertinentes a este serviço.

Outra situação que acompanha o processo de trabalho na classificação de risco é a falta de respaldo perante a atuação do enfermeiro na classificação e reorientação do usuário dentro do sistema de saúde. Não foram poucos os relatos de profissionais de enfermagem que se sentiam inseguros ao classificar um usuário e encaminhá-lo a outro serviço. Relatos como “se eu decido não acolher o usuário e o oriento para procurar a UPA, e neste meio tempo algo acontece a ele, não temos respaldo nenhum do nosso conselho de classe” foram frequentes.

Na classificação de risco foi possível ter um contato inicial com os usuários e suas principais demandas de atendimento. Sempre que pertinente, os alunos em estágio atuavam em conjunto com a equipe, fazendo perguntas acerca da situação de saúde do usuário e sua percepção e utilização do sistema de saúde. Muitos foram os relatos de *dificuldade de acesso à rede de atenção básica*, como, por exemplo, encaminhamentos de pacientes de municípios vizinhos que não possuem uma maior cobertura de atenção primária. Também foram frequentes os relatos de experiências anteriores bem-sucedidas no hospital, que fazem com que o usuário se sinta mais seguro ao procurar atendimento em um local onde sabe que terá acesso a uma maior oportunidade de procedimentos.

Algumas questões surgiram quando acompanhamos o processo de acolhimento e classificação de risco. A equipe de profissionais parecia não entender direito como um acadêmico de Saúde Coletiva poderia atuar em conjunto na atividade de classificação de risco. Explicamos que estávamos lá como observadores, que para um profissional poder efetivar uma prática de promoção de saúde o ambiente nem sempre é um fator determinante, e que a emergência tem suas potencialidades no que diz respeito à promoção de saúde. Por outro lado, a classificação de risco é um momento em que o paciente não está em sua melhor condição física e, desta forma, não nos sentimos muito seguros para sugerir alguma conduta que pudesse ajudá-los (tanto à equipe, quanto ao paciente).

Após a classificação, o usuário aguarda a chamada pelo nome para o atendimento em um dos cinco consultórios. Terminada a consulta médica, o atendimento poderá ter vários desfechos. O usuário pode ser liberado, encaminhado para a sala de medicação, observação ou encaminhado à sala de monitorização. Na sala de observação “Verde”, aguardam os pacientes que precisam realizar alguns exames simples ou receber alguma medicação, mas estão com uma condição clínica estável. Neste setor, os usuários permanecem sentados ou deitados em cadeiras, independente do tempo de espera. Eles também podem ser encaminhados para a sala de observação “Laranja”, se estão em uma situação clínica que requer mais atenção. Nesta sala, os usuários dispõem de macas para sua acomodação e equipamentos de monitorização. Os usuários com uma condição de saúde mais grave são encaminhados à sala “Vermelha”, semelhante a uma unidade de terapia intensiva.

No período de estágio, uma situação frequente foi a *lotação do serviço de emergência*. Com a reforma da sala Verde, o espaço foi reduzido e muitos pacientes tinham que aguardar atendimento nos corredores. Após algumas semanas observando e participando do processo de acolhimento e classificação de risco, sentimos que já era o momento de acompanhar algum paciente em seu atendimento no Serviço de Emergência. Neste momento, o Serviço Social foi parte fundamental no apoio ao processo de acompanhamento e análise do perfil do paciente da emergência.

Parte importante do atendimento dentro da emergência é a *atuação do Serviço Social*, que é fundamental em diversas situações complexas que se apresentam neste serviço. Em todo o período de estágio atuamos em conjunto com a assistente social Iara Schild, realizando diversas atividades e estando em contato direto com usuários e a rede assistencial. Foi possível conhecer a gama de programas e rede de serviços de Assistência Social e Previdência disponíveis.

O Serviço Social é responsável pela manutenção do cadastro do paciente enquanto ele está em atendimento na emergência. Todos os casos de usuários atendidos que não possuem acompanhante cadastrado ou telefones de contato em seu prontuário são repassados para o serviço, que faz a *busca ativa* de familiares que possam ficar responsáveis em caso de necessidade de contato.

Durante nosso trabalho junto ao Serviço Social, acompanhávamos a revisão diária da lista de pacientes em atendimento na emergência. Eram analisados os dados do prontuário e verificados os motivos da busca de atendimento. Normalmente procurávamos entrevistar pacientes que estavam na emergência e que acessaram o serviço por outra porta de entrada; possivelmente, se aquele usuário estivesse em acompanhamento na sua UBS de referência, talvez seu agravo não tivesse se tornado um caso de emergência.

Outro ponto importante que deve ser levado em conta é o ambiente em que estávamos inseridos para realização das entrevistas. Na maioria das vezes, entrevistávamos pacientes que já estavam nos leitos de retaguarda da emergência. Esta preferência se deu porque a aproximação com os pacientes que estavam nos leitos se dava de forma mais espontânea, tínhamos mais tempo e eles pareciam mais a vontade em compartilhar seus problemas sem que houvesse muitas pessoas ouvindo.

O contato com os pacientes já internados nos leitos da emergência possibilitou uma maior aproximação e atuação de educação e promoção da saúde, como previa o plano de estágio. Por

meio de uma conversa, e principalmente da escuta com usuários e acompanhantes, foi possível conhecer as *histórias de saúde-doença*, dificuldades em acesso ao sistema de saúde e adesão a tratamentos, além da vulnerabilidade social que é presente em parte dos usuários deste serviço. Identificamos aqui uma ótima oportunidade de realização de outras atividades, como orientações pós-alta, onde o usuário recebe um material informativo de referência para seu tratamento após a internação. Porém, como o processo de alta é dinâmico, não era possível acompanhá-lo sistematicamente, ficando essa proposta resumida apenas à orientação quando identificada a previsão de alta dos pacientes acompanhados.

É de responsabilidade do Serviço Social a investigação de suspeitas e/ou confirmação de violência, negligência, maus tratos e tentativa de suicídio. Durante o estágio foi possível acompanhar alguns casos de denúncias dessas situações por parte de usuários, muitas vezes institucionalizados ou em cuidado domiciliar, que acabaram se transformando em notificação. Sob essa ótica, foi realizado na semana do Dia Internacional da Mulher uma ação de promoção e educação da saúde chamada *Caminhos para a Proteção: Circulando pela rede de atendimento às mulheres vítimas de violência*, onde foram distribuídos kits com materiais informativos da Lei Maria da Penha e orientações sobre como denunciar esses atos.

Uma característica da emergência do HNSC é a frequente procura de atendimento por *peessoas em situação de rua*. Grande parcela destes usuários são portadores de doenças crônicas, HIV, tuberculose e usuários de substâncias psicoativas (SPA), tendo dificuldades de adesão aos tratamentos. Essa situação, combinada com a quebra de laços familiares, dificulta a atuação do serviço social, pois muitas vezes este usuário não possui identificação e vínculo familiar, não sendo possível acionar nenhum familiar para acompanhar a internação ou no momento da alta. Nessas situações, são investigados os vínculos das pessoas em situação de rua com a UBS na qual este usuário é cadastrado e onde ele faz o seu tratamento, para verificar se o mesmo tem comparecido e retirado para uso os medicamentos necessários. Outra situação frequentemente implicada na atuação do Serviço Social nos casos de pessoas em situação de rua é a de usuários sem identificação e nenhum documento ou contato. Devido à sua condição de saúde, muitas vezes os usuários em situação de rua chegam à emergência em estado crítico, o que impossibilita qualquer tentativa de elucidação de sua história. Cabe ao Serviço Social a função de solicitar identificação ao Instituto Geral de Perícias (IGP) e a tentativa de localização de algum familiar.

Durante o estágio, foi possível ter contato com os sistemas informatizados do HNSC, realizando consultorias, verificando prontuários e tendo acesso a alguns dados que auxiliaram na construção de indicadores, são eles: número médio atendimentos por mês; tipo de atendimento: atendimentos clínicos, atendimentos cirúrgicos e atendimentos ginecológicos; média de atendimentos por dia; classificação de risco dos pacientes de alta e média complexidade: vermelho (%), laranja (%), amarelo (%), e paciente de baixa complexidade: verde (%), azul (%), branco (%); principais causas atendimento segundo o fluxograma Manchester: dor abdominal, indisposição adulto, problemas estomatológicos, dor torácica, cefaleia, infecções locais e abscessos, problemas urinários, dispneia, asma, diabetes, onco.

Quanto aos principais municípios de procedência dos usuários atendidos na emergência no período do estágio (março e julho de 2013), 67% são de Porto Alegre, 15% de Alvorada, 6% de Viamão, 2,6% de Cachoeirinha, 2,3% de Gravataí, 1% de Canoas, e 1% de Guaíba.

Quanto aos bairros de procedência dos usuários oriundos de Porto Alegre, 20% vêm do Rubem Berta, 16% do Sarandi, 7% do Protásio Alves, 5,5% da Vila Ipiranga e Vila Jardim, 5% do Passo das Pedras, 4% do Jardim Itu Sabará, 4% do Passo da Areia, 3% da Farrapos, 2,6% do Cristo Redentor, e 2,4% do Mario Quintana.

Quanto à prevalência de gênero, 60% dos usuários são do sexo feminino. Quanto ao quesito raça/cor, 85% se autodeclararam brancos, dado que chama atenção e deve ser monitorado, pois não reflete a real situação encontrada no serviço de emergência. Quanto à escolaridade, 71% apresentam apenas o ensino fundamental como escolaridade. Quanto à faixa etária, 50% dos usuários atendidos estão na faixa dos 50 a 74 anos.

Algumas dificuldades implicadas ao serviço de emergência citadas pela coordenação da emergência e verificadas no decorrer do estágio: pouco gerenciamento de risco tendo implicações na segurança do paciente; falta de monitoramento regular de indicadores de resultado assistencial; falta de política regular de educação em serviço na emergência, discussão de óbitos, sessões clínicas ou seminários para discussão técnica; existem fluxos pouco regulados de “urgenciamento” de pacientes não urgentes para internação via emergência; Tempo médio de permanência dos pacientes internados na emergência: 3,4 dias, destes, 62% aguardam internação para medicina Interna.

Contribuições do Estágio para o Campo da Saúde Coletiva

A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltados às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares (SILVA, 2011). Isto evidencia a necessidade de um novo olhar às pessoas que acessam os serviços de saúde no Brasil. Neste período de estágio, pode-se dizer que esta nova concepção já foi inserida, uma vez que estivemos presentes no campo de trabalho dos profissionais e foi possível observar como são percebidas não só as condições biológicas do indivíduo, mas também quais os determinantes que o levaram à emergência. No entanto, há dificuldades por força da demanda com a qual se trabalha. Muitas vezes, a sobrecarga imposta pelo cotidiano do trabalho faz com que a enfermagem tenha dificuldade de humanizar o cuidado, justamente por entender que em si o cuidado deve ser humanizado. O que queremos dizer é que, por mais humanizado que se queira realizar um trabalho em saúde, num serviço de emergência, os profissionais trabalham sob uma tensão que significa a vida ou a morte daquelas pessoas, deixando a questão da promoção e da humanização em segundo plano de forma geral. Ou seja, percebeu-se que é necessário um profissional com um olhar mais abrangente e que transcenda o plano biológico, que exerça ainda um papel de analisador da demanda social, que aquelas pessoas levam ao serviço para além de seus agravos físicos.

No momento em que entendemos a necessidade da escuta no processo terapêutico de cada paciente, valorizamos a percepção que o profissional do serviço social tem acerca do indivíduo como um todo. Decidimos, então, eleger como primeira escolha de prática profissional durante o estágio a escuta nos leitos de retaguarda do Serviço de Emergência do Hospital Conceição. Neste momento, foi percebida a capacidade de promoção e de educação em saúde que o profissional de Saúde Coletiva é capaz de inserir em um ambiente hospitalar.

O hospital historicamente se constituiu como um espaço para tratamento e cura, local que agrupa um conjunto de aparatos tecnológicos, políticos e legais, se limitando como espaço da clínica, da reabilitação ou cura, distanciando esta de uma prática efetivamente promotora da saúde. Silva (2011) aponta que as relações hierárquicas de poder, autoritárias entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, dificultam a construção de espaços de autonomia e a participação daqueles que buscam atenção à saúde. Durante o período de estágio essa dificuldade foi percebida, pois a emergência possui características de atendimento e assistência próprias, o que dificulta a realização de atividades de promoção e educação na saúde.

Buscando referências para o planejamento do período de estágio, foi possível constatar que este é um território pouco explorado em trabalhos na perspectiva da humanização do atendimento e deve ser possível pensar em promoção da saúde e em educação em saúde. Porém, é necessário que a prática no interior dos hospitais possa ser repensada, diminuindo a distância na relação entre profissionais e usuários (SILVA 2011). Autores apontam (CECILIO, 2006; ROLLO, 2006) algumas estratégias de promoção da saúde, passíveis de implementação dentro do ambiente hospitalar, destacando-se a criação de espaços coletivos que garantam a discussão entre os atores do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. Porém, a grande demanda de atendimentos diminui o tempo que os profissionais têm para praticar a escuta desses usuários. Nessa perspectiva, nossa tentativa foi de propiciar esses momentos de diálogos e escuta no leito do paciente ou nas salas onde este estava em atendimento. Através de acompanhamento dos usuários nos leitos de retaguarda da emergência, foi possível criar espaços de conversações, da fala e da escuta, e da contínua interação entre usuário e serviço, em especial no caso do serviço social, onde foi possível conhecer os medos, as falas ocultas, as cegueiras, e identificar os vazios assistenciais existentes no sistema de saúde. As atividades de educação em saúde, desenvolvidas no espaço hospitalar, incluíam o companheiro(a) e familiares da pessoa hospitalizada, e geralmente colocavam em discussão os efeitos da doença na vida diária da família, que era orientada sobre as possibilidades de acompanhamento após a alta hospitalar.

A promoção da saúde não deve só ocorrer no período anterior à doença, nem deve anteceder a atenção primária, secundária ou a terciária. Cabe às instituições, por meio de seus profissionais, mostrar que o hospital não se constitui como espaço antagônico à promoção da saúde, ao contrário, ele pode ser parte deste contexto, entendendo que a promoção da saúde constitui um *enfoque transversal*, presente em todos os espaços de atenção a saúde, sendo viável e necessária também nos serviços de emergência.

Considerações Finais

Foi consenso em um primeiro momento a dificuldade em visualizar a atuação de um acadêmico de Saúde Coletiva em um serviço de emergência. Passado o momento inicial de adaptação, foi possível, no decorrer do período de estágio, perceber que a emergência do HNSC é um local fundamental como campo de estágio para futuros sanitaristas. A possibilidade do contato frequente e intenso com usuários e a oportunidade de identificar as suas necessidades foi importante para conhecer um pouco da percepção que estes têm sobre o SUS.

Através de relatos espontâneos dos usuários pôde-se compreender a existência de vazios assistenciais e deficiências na Atenção Básica, e a incompreensão ou desconhecimento sobre a organização do sistema, fatores estes que levam este usuário à emergência de um hospital. Uma das grandes contribuições que este estágio traz ao acadêmico é a possibilidade da prática da escuta, em diversas situações que acompanham este serviço. Tanto no processo de acolhimento quanto nos de assistência e de (re)orientação, praticar a escuta e o diálogo é fundamental para que se possa pensar em ações que beneficiem usuários de serviços de emergência, não somente durante o período de atendimento, mas para reduzir retornos.

Após esse período, o acadêmico, em estágio curricular, passa a visualizar o serviço de emergência como campo de atuação do sanitarista: no trabalho com os usuários na sala de espera, no direcionamento dos usuários para as unidades básicas, na orientação sobre os serviços mais adequados, na informação sobre a rede de serviços e as vantagens de se vincular às suas unidades de referência, no compartilhamento de saberes sobre o manejo de condições crônicas de saúde, e ainda colaborando para a análise crítica dos usuários frente às condições de saúde.

Agradecimentos

A todos os trabalhadores do Serviço de Emergência, que nos receberam e compartilharam suas percepções e experiências. Em especial, gostaríamos de agradecer a Assistente Social Iara Elisabeth Schild, que nos acolheu da melhor forma possível, nos dando liberdade para trabalhar em conjunto, possibilitando identificar muitas formas de atuação compartilhada entre Saúde Coletiva e Serviço Social, e nos brindando com sua vasta experiência dentro deste serviço. Agradecemos também ao Supervisor de Campo, enfermeiro Márcio Neres, que contribuiu com informações relevantes para o desenvolvimento de nosso trabalho, e a Supervisora, Prof. Marilise Mesquita, que esteve sempre disponível nos encontros em campo e orientações. Agradeço também as enfermeiras Marivane e Roberta, sempre disponíveis para conversas sobre a inserção da Saúde Coletiva na Emergência.

Referências

- CECILIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- ROLLO, A. A. E possível construir novas praticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 2011 mai-jun; 64(3): 596-9.