

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GISELDA QUINTANA MARQUES

**DEMANDAS DO PRONTO ATENDIMENTO E OS PROCESSOS DE TRABALHO
EM SERVIÇOS DE PORTA ABERTA**

Porto Alegre

2004

GISELDA QUINTANA MARQUES

**DEMANDAS DO PRONTO ATENDIMENTO E OS PROCESSOS DE TRABALHO
EM SERVIÇOS DE PORTA ABERTA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

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

Porto Alegre

2004

M357m Marques, Giselda Quintana

Demandas do pronto atendimento e os processos de trabalho em serviços de porta aberta / Giselda Quintana Marques ; orient. Maria Alice Dias da Silva Lima. – Porto Alegre, 2004.

131 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2004.

1. Serviços de saúde. 2. Organização e administração. 3. Qualidade dos cuidados de saúde. 4. SUS (BR). 5. Serviços médicos de emergência. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva. II. Título.

HLSN – 711
NLM – W 84

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

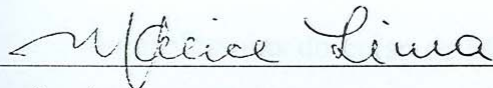
GISELDA QUINTANA MARQUES

**DEMANDAS DO PRONTO ATENDIMENTO E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM
SERVIÇOS DE PORTA ABERTA**

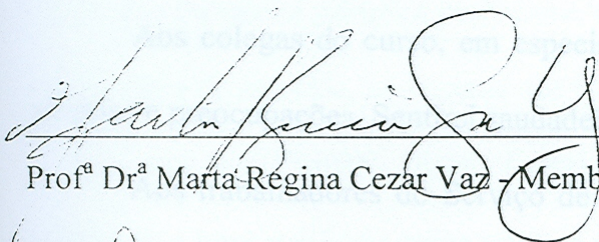
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de junho de 2004

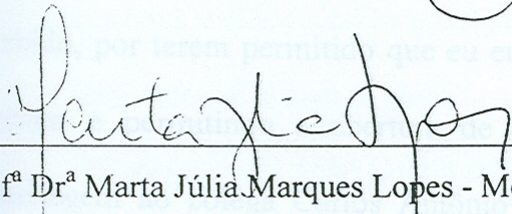
BANCA EXAMINADORA



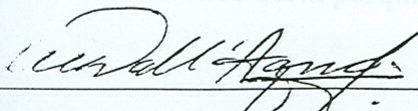
Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima - Presidente



Prof^a Dr^a Marta Regina Cezar Vaz - Membro



Prof^a Dr^a Marta Júlia Marques Lopes - Membro



Prof^a Dr^a Clarice Maria Dall'Agnol - Membro

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima que orientou este estudo, pela dedicação, competência e respeito a minha trajetória profissional. Obrigada pela oportunidade de conhecê-la, pelos bons momentos de discussão que iluminaram o meu caminho e enriqueceram este trabalho.

À colega Professora Dra. Olga R. Eidt, por ter sido persistente, fazendo-me acreditar que era capaz, em tempo hábil, a organizar a primeira etapa do processo de seleção. À grande amiga Fátima T. S. Cunha, por me fazer crescer e acreditar que poderia canalizar minhas potencialidades nessa nova trajetória, mostrando-me que seria mais fácil do que eu imaginava.

Às Professoras Marta Regina Cezar Vaz, Olga R. Eidt e Clarice Maria Dall'Agnol, pelas contribuições apresentadas na qualificação.

Às professoras do curso de Mestrado, pelo conhecimento transmitido e pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

Aos colegas do curso, em especial aqueles (as) que compartilharam comigo conhecimento, alegrias e preocupações. Sentirei saudade!

Aos trabalhadores do Serviço de Pronto Atendimento, pelo acolhimento e pelo carinho recebido, por terem permitido que eu entrasse no seu cotidiano, depositando confiança no meu trabalho e permitindo a abertura de novas perspectivas para os serviços de saúde. Uma homenagem ao colega Carlos Antônio da Silva Silveira, que partiu sem que fosse possível visualizar os resultados desta pesquisa.

À Direção e Coordenadores do Centro de Saúde onde trabalho, pelo apoio dispensado, em especial às Enfermeiras Clarice Venturella, Ivani Bueno Freitas, Margot de Nardi e Dra. Jane Bhoer.

Aos colegas do Serviço de Curativos e Ostomizados Roberto Pachalski, Angela Ribeiro da Silva, Maria Marta Martins, Iara Lúcia da Silva, Jacira Nacad, Darci Cardoso, Virgínia da Silva, Adi Santos e Gustavo Gomboski, pelo apoio, confiança, dedicação e paciência nos meus afastamentos iniciais e pela minha falta de tempo, durante a elaboração do relatório final.

Aos meus amigos e colegas de Secretaria Municipal da Saúde, que estão e estiveram comigo, acreditando que seria possível a construção do SUS, em especial às Enfermeiras Elisa Helena Kuhn, Rosane Mortari Ciconet e Sibebe Fuentes.

Aos incansáveis Helena, Jorge e Vera, pelo suporte e carinho oferecido nestes longos anos de convivência.

Aos meus queridos pais Geyer Alvares Marques e Noely Quintana Marques por terem me mostrado a beleza da vida, o respeito às pessoas, a importância do trabalho e do estudo; à minha mãe, que foi minha primeira professora, e ao meu pai, pelo exemplo que nos dá, reiniciando uma nova etapa de sua vida, ao retornar aos bancos escolares, aos 70 anos.

Aos meus irmãos Gisele, Gilnei e Gislaine, por estarem sempre próximos, em todos os momentos bons e difíceis pelos quais já passamos e, principalmente, por mantermos o espírito de família ensinado pelos nossos pais.

Ao meu amado João Luiz e minha adorada filha Liza, pela força, confiança, dedicação e paciência nesses tempos de Mestrado e por todos os nossos bons momentos juntos. Obrigada por estarem comigo, em mais uma alegria!

RESUMO

O estudo tem por objetivo identificar e analisar os motivos pelos quais os usuários utilizam o pronto atendimento de um Centro de Saúde e analisar a organização do trabalho nesse serviço, identificando como se dão o acesso, o acolhimento e o vínculo de usuários ao Sistema de Saúde. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio da observação livre, por amostragem de tempo. O foco de observação foi a organização do processo de trabalho e o atendimento prestado aos usuários que obtiveram algum tipo de atendimento no Serviço de Pronto Atendimento, no período de agosto, outubro, novembro e dezembro de 2003. A análise dos dados teve uma abordagem dialética. Os dados obtidos foram classificados em estruturas de relevância e, posteriormente, agrupados em dois núcleos: as demandas do pronto atendimento; organização do trabalho e a utilização de tecnologias leves. O processo de trabalho no pronto atendimento está organizado para atender a algumas das necessidades de saúde da população, respondendo, dentro de limites, à finalidade de tratar a queixa principal, encaminhando os usuários, quando necessário, para as referências nos diferentes níveis de complexidade, normatizados na hierarquização do Sistema de Saúde. O acolhimento está presente nas ações dos profissionais, mas ainda é pouco explorado como estratégia de ampliação de acesso e vínculo com o Sistema. Os principais motivos pelos quais os usuários procuraram o serviço foram: situações graves e de risco, queixas agudas que envolviam desconforto físico e emocional, necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes, atendimento complementar ao recebido em outros serviços de saúde e vínculo com o próprio serviço. Ficou evidenciado que para os usuários a procura por um serviço de saúde é diferente daquela identificada pelo trabalhador. O usuário busca o pronto atendimento para resolução de necessidades que lhe trazem dificuldade e

desconforto; para os trabalhadores, as necessidades do usuário são definidas com base no modelo biológico e na organização do Sistema.

Descritores: serviços de saúde, organização e administração, qualidade dos cuidados de saúde, Sistema Único de Saúde (BR), serviços médicos de emergência

RESUMEN

El estudio tiene la finalidad de identificar y analizar los motivos que llevan a los usuarios a utilizar el servicio de urgencia de un centro de salud, así como analizar la organización del trabajo en ese servicio, identificando las formas de acceso, recepción y vínculo de los usuarios con el Sistema de Salud. Se trata de un estudio de caso, con abordaje cualitativo. La colecta de datos se realizó a través de observación libre por muestreo de tiempo. La observación se concentró en la organización del proceso de trabajo y en la atención prestada a los usuarios que obtuvieron algún tipo de atención en el Servicio Emergencia, en el periodo de agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2003. El análisis de datos tuvo un abordaje dialéctico. Los datos obtenidos se han clasificado en estructuras de relevancia y, posteriormente, se han agrupado en dos núcleos: Demandas de los servicios de emergencia; la organización del trabajo y utilización de tecnologías livianas. El proceso de trabajo en los servicios de emergencia está organizado para atender a algunas de las necesidades de salud de la población, respondiendo, dentro de ciertos límites, a la finalidad de atender a la principal queja, y encaminar al usuario, cuando ello es necesario, a las referencias en los diversos niveles de complejidad normatizados dentro de la jerarquía de los Sistemas de Salud. La recepción está presente en las acciones de los profesionales, pero aún es poco explotada como estrategia de ampliación de acceso y vínculo con el Sistema. Los motivos principales por los cuales los usuarios utilizaron el servicio fueron: situaciones graves y de riesgo, quejas relativas a malestar físico y emocional, necesidades puntuales caracterizadas como no urgentes, atención complementaria a la recibida en otros servicios de salud y el vínculo con el propio servicio. Se hizo evidente que para el usuario la búsqueda por un servicio de salud es distinta a aquella identificada por el trabajador del mismo. El usuario busca el servicio de emergencia para resolver necesidades que le traen dificultad y

malestar; para los trabajadores, las necesidades del usuarios se definen con base en el modelo biológico y en la organización del sistema.

Descriptor: *servicios de salud, organización y administración, calidad de los cuidados de salud, Servicio Único de Salud (Brasil), servicios médicos de emergencia.*

Título: *Demandas de los servicios de emergencia y los procesos de trabajo en los servicios de puerta abierta*

ABSTRACT

This study is aimed at identifying and analyzing users' reasons to use the emergency services of a Health Center, as well as examining the organization of work in that service, identifying how users' access to, acceptance by and bond to the Health system takes place. It is a case study of qualitative approach. Data collection was carried out as free observation by time sampling. Observation focus was on the organization of the work process and on care given to users that obtained some kind of attention at the Emergency Service in August, October, November and December 2003. Data analysis was based on a dialectic approach. Data obtained were classified in relevance structures and later grouped in two sets: Demands to the emergency services; work organization and use of light technologies. Work process in emergency services is organized in order to meet some of the population's health needs, responding as much as possible to the aim of treating the main complaint, referring the user, when necessary, to references of distinct complexity levels regulated in the Health System's hierarchy. Acceptance is present in the actions of professionals, but it is still little explored as a strategy to widen access and bond to the System. The main reasons for users to seek the service were: serious situations and risk situations, acute complaints that involved physical and emotional discomfort, specific needs characterized as non-urgent, complementary care regarding that received in other health services and the bond to the service itself. It has been demonstrated that users see the search for a good service differently from what workers see. The former seeks emergency services to solve problems that bring them difficulty and discomfort; to the latter, users' needs are defined based on the biological model and the System's organization.

Descriptors: *health services, organization and administration, quality in health care, SUS (Unified Health System, Brazil), emergency medical services.*

Title: *Demands of the emergency services and the work process in open-door services*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	24
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 Caracterização do estudo.....	37
4.2 Exploração do campo.....	38
4.3 Trabalho de campo.....	43
4.4 Método de análise dos dados.....	47
5 DEMANDAS DO PRONTO ATENDIMENTO.....	50
6 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES.....	75
6.1 Fluxos de atendimento, acesso e acolhimento de usuários aos serviços.....	78
6.2 Processo de trabalho da enfermagem no pronto atendimento e o autogoverno do trabalhador.....	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
ANEXO A - Apreciação do Comitê de Ética em Ensino e Pesquisa.....	127
ANEXO B - Instrumento de encaminhamento de usuário para avaliação em Unidade de origem.....	128
ANEXO C - Boletim de atendimento do Serviço de Pronto Atendimento.....	129
ANEXO D - Critérios de gravidade para a triagem de pacientes adultos na sala de	

pré-consulta.....	130
ANEXO E - Critérios de gravidade para a triagem de pacientes pediátricos na sala	
de pré-consulta.....	131

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo são identificados os motivos de usuários¹ para utilização dos serviços de pronto atendimento, tendo como contexto de análise a organização do trabalho em saúde, utilizando as tecnologias leves² como ferramentas na busca da resolução dos problemas de saúde da população.

O interesse em abordar esse tema surgiu a partir do trabalho desenvolvido em um Centro de Saúde de grande porte. Esse serviço, está ligado hierarquicamente à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, desenvolvendo atividades de nível primário (Unidade Básica de Saúde e Pronto Atendimento) e secundário (Ambulatório de Especialidades). Coordenei, por duas vezes, o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e identificava que, era muito freqüente, a população usuária, principalmente adulta, freqüentá-lo de forma complementar à Unidade Básica de Saúde (UBS). Também era freqüente, no discurso dos trabalhadores, que esse serviço realizava atendimentos eletivos e que não se caracterizavam como de urgência ou de pronto atendimento, descaracterizando sua missão. Em 2001, parecia aos gerentes, que os atendimentos, lá prestados, competiam com os realizados na UBS, visto que um número significativo de clientela era proveniente de bairros próximos à unidade (MARQUES, 2001; PICCOLI, 2001; PORTO ALEGRE, 2001, 2002), muitos atendimentos se caracterizavam como eletivos e que poderiam ser realizados na UBS, com predominância de agravos de longa duração, com concentração dos atendimentos nas faixas etárias dos maiores de 40 anos (PORTO ALEGRE, 2001, 2002).

¹ O usuário, neste estudo, é definido como sendo o indivíduo portador de alguma necessidade/problema em saúde que busca atendimento nos serviços de atenção básica/primária, de atenção secundária ou serviços hospitalares.

² Essa expressão é usada por Merhy (2002) para designar as tecnologias de relações quais sejam: a produção de vínculo, o acolhimento, a autonomização do usuário, a gestão como forma de governar processos de trabalho.

Também havia a hipótese de que a facilidade de acesso conseguida no pronto atendimento seria um incentivo à população, que buscava essas ações em detrimento às desenvolvidas na UBS.

A minha trajetória profissional na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Porto Alegre foi marcada pela participação direta e indireta na construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando em diferentes níveis da atenção, tanto na Assessoria de Planejamento, na Gerência Distrital, na Coordenação de Unidade de Atenção Básica e de Pronto Atendimento, quanto na prestação da assistência, como enfermeira, em Centro de Saúde.

A partir dos processos de municipalização da Saúde muito já foi modificado na estrutura dos serviços, na reorganização da atenção, na ampliação dos recursos humanos e no estabelecimento de políticas que busquem a satisfação das necessidades da população.

Apesar de algumas mudanças serem significativas, o que se tem visto, na prática, é que, mesmo com os esforços dos gestores, dos gerentes e dos profissionais, ainda existe ineficiência nos serviços de saúde e insatisfação da clientela. Esta ineficiência tem relação com o sistema, como um todo. A relação entre a oferta e a demanda tem sido baseada na realização de procedimentos médicos, independentemente dos perfis de morbi-mortalidade da população e das reais necessidades de saúde do cidadão, da existência de cobertura assistencial, nas diferentes áreas da cidade, da complementaridade e integração das ações desenvolvidas ou da hierarquização da rede de serviços.

O acesso à atenção básica, na maioria dos casos, é desorganizado e baseado na procura espontânea às unidades de Saúde sem correlação com suas especificidades e sua capacidade resolutiva. Essa baixa resolutividade dos serviços pode ser resultado da forma como o trabalho é operacionalizado, e cujo instrumental de organização, em muitos casos, não obtém um produto de qualidade e, assim, a ação do profissional que oferece seus instrumentos

também é de baixa qualidade, não respondendo às necessidades da população. A burocratização do acesso e a pulverização de tecnologias, impedem ao usuário, aos trabalhadores e aos gerentes do sistema a visualização das potencialidades assistenciais instaladas.

Os gestores municipais têm trabalhado com a idéia de reforçar a atenção básica como sendo a porta de entrada para o sistema, buscando instalar UBS de médio porte e do tipo equipes do Programa de Saúde da Família, pequeno porte, nas áreas de vazios ou, ainda, adscrevendo a clientela aos ambulatórios de especialidades básicas dos grandes hospitais, na tentativa de acolher o maior número de cidadãos com ações desenvolvidas diretamente nas comunidades, aumentando a capacidade de atenção e de assistência à população.

As equipes de saúde, na atenção básica, exceção feita as equipes de saúde da família, são compostas, em sua grande maioria, por médicos, enfermeiras, auxiliares/técnicos de enfermagem, administrativo, dentistas e auxiliares de consultório dentário. Os demais profissionais (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais entre outros), estão lotados nas unidades especializadas no nível secundário. Outra forte atuação das unidades é relativa ao desenvolvimento de programas que, na sua maioria, são priorizados pela Secretaria Municipal da Saúde (Imunizações, Pré-nenê, Pré-crescer, Saúde da Mulher, Pré-natal, entre outros).

A organização do trabalho nas unidades de Saúde tem priorizado a consulta médica, agendada nos guichês de marcação, como sendo a principal ação desenvolvida. Ainda é possível encontrar serviços organizados no modelo de consulta³, onde é o médico que define as prioridades do cliente, relegando a um segundo plano os demais profissionais e as ações clínicas. Nesse modelo, a enfermagem atua de forma subordinada ou complementar aos atos médicos.

³ Essa expressão é usada por autores como Mendes Gonçalves (1994) e Almeida et al. (1997) para caracterizar os modelos de organização de serviços básicos em que os processos de trabalho são voltados para a consulta médica, como atendimento individual e com base na queixa principal, do tipo pronto atendimento.

A falta de priorização política, aliada à dificuldade de mudança no sistema e nos hábitos culturais e crenças da população faz com que esta acesse os serviços, para resolução de suas necessidades, onde exista a porta aberta.

Ludwig (2000) ao investigar a compreensão do usuário sobre o atendimento em um serviço de emergência, constata que os usuários procuram os serviços de pronto atendimento/emergências para a resolução de seus problemas de saúde, independentemente da sua gravidade. Esse fenômeno, segundo ela, deve-se à baixa resolutividade nos serviços de atenção básica, ao encaminhamento informal dos profissionais da saúde para o que não pode ser resolvido no âmbito do ambulatório, a falta de organização e hierarquia do sistema, um aumento da demanda e uma pequena oferta de serviços, fazendo com que haja superlotação, desconforto, demora para o atendimento e má qualidade da assistência prestada nos hospitais.

O modelo de assistência predominante no ideário da população ainda é o da atenção médico-hospitalar, centrada no atendimento médico (CECÍLIO, 1997). O hospital, representado pelo pronto atendimento e as emergências, apesar de superlotado, impessoal e atuando sobre a queixa principal, aparece como o local que reúne um somatório de recursos da Medicina oficial, quais sejam: consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, se necessário, enquanto que as unidades de atenção básica oferecem apenas a consulta médica (COHN et al., 1991; KNAUTH, 1991; CANESQUI, 1992). Para a maioria da população, incluindo-se os trabalhadores da saúde, é a estrutura hospitalar que oferece maior segurança e resolutividade aos pacientes⁴ lá atendidos, assim como maior *status* aos profissionais que lá trabalham.

Ludwig (2000) constata, em seu estudo, que os usuários acessam os serviços de acordo com suas prioridades e onde existe maior facilidade, o que, muitas vezes, não coincide com a missão da instituição/serviço e com as prioridades dos trabalhadores que lá estão. Esse fato,

⁴ Neste estudo a palavra paciente é usada como sinônimo de usuário e cliente.

além de causar desconforto, proporciona situações indesejáveis, como a desvalorização das queixas/necessidades dos pacientes, massificação e não responsabilização pelo atendimento, que acabam resultando em mau atendimento.

Pode-se supor que a maioria dos usuários não reconhece no SUS um sistema hierarquizado, onde a porta da atenção básica lhe garanta o acesso aos demais níveis do sistema de forma ágil, segura e resolutiva; procura, então, o serviço que lhe proporcione um atendimento mais econômico, concentrado em um mesmo local, que a seu ver ofereça um nível de resolutividade mais alto que os demais serviços. Cohn et al. (1991) afirmam que o usuário efetivo ou em potencial só compreende a regionalização e a hierarquização do Sistema de Saúde quando ele próprio enfrenta as resistências que se impõem entre a possibilidade de acesso e a utilização efetiva.

Ludwig (2000) acrescenta que a procura pelos serviços de saúde se dá por uma auto-avaliação que o usuário faz de seu estado de saúde. A seu ver, a escolha se dará de acordo com a percepção do usuário do que é simples ou grave, mas que sempre resultará em uma procura espontânea aos serviços.

Degani (2002) observa que a procura por serviços de saúde não ocorre apenas pelo desejo ou pela esperança do atendimento; se fundamenta em avaliação de experiências vividas pelo paciente, vizinhos ou familiares, que acabam determinando qual o serviço que deverá ser acessado. Ainda influenciam essa escolha a facilidade de acesso, a tecnologia disponível e maior resolutividade dos serviços ofertados. Essa escolha poderá ocorrer independentemente de encaminhamentos feitos pelos profissionais ou pelos serviços de saúde.

Pesquisa realizada por Nascimento et al. (2002) sobre os fatores que interferem no acesso de usuários a um Ambulatório Básico de Saúde, aponta que dentre eles, estão a proximidade da moradia, agilidade e rapidez na marcação da primeira consulta e de

reconsultas, destreza para a marcação de exames complementares, qualidade no atendimento médico e eficácia no atendimento geral do posto.

Completando a idéia da procura por atendimento pelo usuário, Ramos (2001), no seu estudo sobre acesso e acolhimento, refere que a escolha do serviço de saúde é fortemente influenciada pela forma como o usuário é recebido pela equipe de profissionais. A confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe, são fatores marcantes na sua tomada de decisão.

No que se refere à atenção básica, o estudo de Schimith (2002) sobre acolhimento e vínculo em uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), cujo modelo de assistência é o da vigilância da saúde, mostra que mesmo para a população adscrita ao território, há dificuldade no acesso, no acolhimento e na formação de vínculo. Em seu estudo fica claro que ainda não há uma responsabilização dos trabalhadores para com os usuários, as ações de saúde não proporcionam a sua autonomia, principalmente as realizadas pela enfermagem, bem como o serviço não está organizado para acolher a demanda excedente ou para o que não corresponder ao cardápio⁵ de ações oferecido pela unidade.

Por sua vez, Degani (2002), em estudo sobre a resolutividade dos problemas de saúde em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária, orientada sob os moldes dos Cuidados Primários em Saúde, demonstra que há uma enorme insatisfação por parte da clientela da unidade quanto à resolução de seus problemas de saúde, às formas de acesso e ao acolhimento dos usuários.

Mas a procura por atendimento nas emergências e pronto atendimentos também ocorre por encaminhamentos informais dos trabalhadores de saúde que orientam verbalmente os usuários a acessarem esses serviços sempre que sentirem “qualquer coisa” (LUDWIG, 2000), esgotarem-se as fichas para consulta médica (MARQUES, 2001; SCHIMITH, 2002;

⁵ Expressão usada por Merhy (1997a) para indicar as ações/serviços ofertados aos usuários na recepção das UBS ou por equipes de acolhimento.

DEGANI, 2002), para renovação e prescrição de receitas ou na falta do profissional médico no local de atendimento (MARQUES, 2001), bem como o fato de eles oferecerem serviços nas 24 horas, proporcionando maior conveniência do usuário, que poderá utilizá-los após o retorno do trabalho (STEIN, 1998).

As dificuldades no acesso, no acolhimento e na resolução de problemas não se dão somente nos serviços de atenção básica; mesmo os hospitais impõem ao usuário inúmeras restrições. Ludwig (2000, p. 70) afirma que “ao usuário são impostos bloqueios desde a sua chegada ao setor, de forma que é obrigado a passar por um ‘funil’ até conseguir, ou não, o atendimento pretendido”.

O não acesso também ocorre pelas desistências que são ocasionadas pela demora no atendimento, pela restrição do número de atendimentos imposta aos usuários, pela limitação de recursos humanos e materiais, pelo acolhimento inadequado proporcionado pelos trabalhadores da saúde e pela falta de vínculo com os serviços, ocasionado pela baixa resolutividade das ações.

O estudo realizado por Marques (2001), observando os boletins de atendimento do SPA, conforme o local de moradia dos usuários de Porto Alegre (POA) evidenciou, no mês de abril/2001, que 63,1% da clientela era proveniente dos bairros em torno da unidade, pertencentes ao território da UBS. Em outubro do mesmo ano, Piccoli (2001) realizou semelhante investigação, constatando que 63 % dos usuários que freqüentaram os serviços do SPA eram oriundos dos mesmos bairros citados na pesquisa anterior. Portanto, cabe identificar por que esses usuários buscam os serviços de pronto atendimento e não os da atenção básica.

No ano 2000, a procura por atendimentos clínicos no SPA correspondeu a um terço da demanda por consultas clínicas na UBS do mesmo Centro. No período, a oferta de consultas clínicas na UBS era de 756 consultas/semanais e a oferta de consultas pediátricas, de 508

consultas/semanais; mesmo assim, existia uma importante demanda reprimida que acessava o SPA em procura da resolução de suas necessidades, seja de consulta ou procedimentos de enfermagem (MARQUES, 2001).

Observa-se que o SPA tem servido como porta de entrada para o acolhimento das demandas excedentes das UBS, seja pela forma de organização do trabalho, que prioriza a consulta agendada e impõe resistências ao acesso, pela oferta menor que a demanda ou pela escolha individual de cada usuário. Se um número significativo de usuários está acessando o SPA, cabe identificar e analisar os seus motivos, bem como analisar como se dá o acesso, o acolhimento e o vínculo dos usuários ao sistema, por meio da caracterização da organização e do processo de trabalho nesse serviço.

Neste estudo são analisados aspectos relativos ao acesso, ao acolhimento, à formação de vínculo dos usuários, produzindo conhecimento para elaboração de estratégias que fortaleçam o acolhimento do usuário ao Sistema de Saúde, ampliando o espaço para as tecnologias leves e atraindo os trabalhadores, os usuários e as instituições para que construam um sistema mais solidário, humanizado, com autonomização e com responsabilização pelo atendimento.

Com base no acima exposto e tendo os usuários e os trabalhadores⁶ de saúde como figuras-chave na construção de novas práticas nos serviços de saúde, é que foram buscadas respostas para os seguintes questionamentos:

- Quais são os motivos que levam os usuários a utilizarem o SPA?
- De que forma os usuários utilizam os serviços do SPA?
- Qual a finalidade do pronto atendimento para os usuários?
- Existe algum serviço de saúde/profissional/equipe com o qual os usuários mantêm vínculo?

⁶ Neste estudo a palavra trabalhador foi usada como sinônimo de profissional e funcionário de saúde.

- A organização do trabalho do SPA possibilita o acesso, o acolhimento e a formação do vínculo dos usuários ao Sistema?

Os resultados obtidos com o estudo podem subsidiar a reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde para que modifiquem as formas de acolhimento, acesso e vínculo do usuário ao Sistema de Saúde e para a adoção de políticas públicas que invistam na qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

- Identificar e analisar os motivos pelos quais os usuários utilizam o Serviço de Pronto Atendimento de uma Unidade Básica de Saúde.
- Analisar a organização do trabalho do Serviço de Pronto Atendimento de uma Unidade Básica de Saúde, identificando como se dão o acesso, o acolhimento e a formação de vínculo de usuários ao Sistema de Saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

As mudanças na legislação, instituídas pela Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080 (BRASIL, 1990a), propuseram ao setor Saúde uma reorganização político-administrativa com base nas seguintes diretrizes gerais: universalização da atenção, equidade no atendimento, integralidade das ações, descentralização da execução e da tomada de decisão, participação da sociedade em diversos *fóruns*, a integração institucional, com comando único em cada esfera de governo, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; organização distrital, tendo o distrito sanitário como unidade operacional básica. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dessa Área, em todo o território nacional, sejam eles de direito público ou privado.

O modelo de assistência proposto pelo SUS rompe com a questão técnica das décadas anteriores e propõe um conceito ampliado de saúde, pressupondo que ela seja decorrente das condições de vida e de trabalho da população. Seu objetivo é defender a vida e os atores sociais são os cidadãos, no cenário da sociedade (MENDES, 1993).

Para Merhy; Cecílio; Nogueira Filho (1991) os modelos tecno-assistenciais se referem à organização dos serviços de saúde, a partir de um determinado arranjo de saberes, aos projetos de construção de ações específicas, bem como às estratégias políticas dos grupos sociais. Assim, um modelo de atenção estabelece relações cambiantes entre o técnico e o político, não sendo, nem só um, e tampouco, só o outro (CAMPOS, 1997a).

Na busca de um modelo que mudasse o tradicional, flexneriano⁷, muitos Estados e Municípios brasileiros, adotaram como estratégia de reorganização dos serviços, o Modelo da

⁷ O paradigma flexneriano é orientado para a prática clínico-assistencial, de caráter individual, curativa e com ênfase nos aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais, devoção à tecnologia como centro das atividades científicas e da assistência à saúde (MENDES, 1996).

Vigilância da Saúde, que também foi proposto, posteriormente, pelo Ministério da Saúde para o Programa Saúde da Família (PSF). Esse modelo tem um forte enfoque na atenção básica e está organizado em forma de pirâmide, privilegiando as ações de vigilância da saúde em um território definido, tendo como base, para o planejamento, a Epidemiologia. No modelo piramidal, o acesso da população se dá pela porta da atenção básica, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários, atingindo diferentes níveis de complexidade tecnológica (referência e contra-referência), sendo o Estado responsável pela regulação do sistema (PAIM, 1994; CECÍLIO, 1997).

Para Mendes (1996) o modelo da vigilância tem, como estratégias de intervenção, a promoção da saúde (educação para a saúde, hábitos de vida, saneamento com qualidade de vida), a prevenção das enfermidades (pré-natal, diagnóstico precoce de doenças crônicas, vacinação) e a atenção curativa (tratamento de doenças, prolongamento da vida, diminuição de sintomas e reabilitação de seqüelas).

Autores como Mendes, 1993; Cecílio, 1997; Franco; Merhy, 1999, apresentam esse modelo de assistência alicerçado nos seguintes pressupostos: a concepção de território com adscrição da clientela, a intersetorialidade, a integralidade, a hierarquização e o enfoque, com base em problemas de saúde.

Mendes (1993) define o **território** como um espaço físico, limitado e completo, que é muito mais do que uma linha imaginária dividindo áreas populacionais. Ele é concebido como um espaço vivo e em processo, construído constantemente, produto de uma dinâmica onde os sujeitos sociais sempre estão em tensão.

O mesmo autor destaca o princípio da **adscrição** como sendo, “[...] a responsabilidade política, jurídica, administrativa e técnica dos serviços de saúde e das autoridades sanitárias locais ante a população que nasce, vive, adocece e morre naquele espaço.” (MENDES, 1993, p.150)

A **intersectorialidade** é a comunicação e a integração entre os setores. Segundo Paim (1994, p.56) ela “[...] transcende os espaços institucionalizados do sistema de ‘serviços de saúde’, se expande para outros órgãos de ação governamental e não-governamental, e envolve uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais.”

A **integralidade** da atenção tem o objetivo de implementar ações para superar o modelo centrado na especialidade, no procedimento e nos atos médicos (concepção de que o indivíduo é único e não fragmentado). Pela diretriz da integralidade será possível a relação entre as diversas áreas do conhecimento (relação entre saberes) e a interface com ações intersectoriais (relação de um serviço com os demais, formando redes e constituindo um sistema com múltiplas relações), disponibilizando toda a tecnologia para reduzir agravos à saúde, buscando a qualidade de vida do cidadão e o atendimento das reais necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade (MENDES, 1993; CECÍLIO, 2001).

A **hierarquização** prevê níveis de atenção, conforme aumenta a complexidade das ações. Essa afirmação nos remete ao que Mendes (1993, p. 148) diz:

“[...] é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produção de distintas complexidades e, portanto, com diferentes custos sociais, escalonados por níveis de atenção [...] a hierarquização está determinada pela garantia da resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica de cada nível e ao nível do sistema como um todo.”

O Sistema de Saúde pensado em forma de pirâmide é composto por níveis de atenção, com complexidade crescente e ascendente, cuja integração contribui para a saúde da população. O primeiro nível, constituído pela ampla base, é o da atenção primária, onde se estabelecem os contatos entre os indivíduos, as famílias, o ambiente e os demais serviços; pode ser chamado de atenção primária ou básica, sendo a porta de entrada do Sistema de Saúde. Os demais níveis, prestam serviços mais especializados, cuja complexidade aumenta a

cada nível. No secundário, parte intermediária da pirâmide, podem-se encontrar ações de média complexidade, a serem realizadas em ambulatórios de centros de saúde e/ou de hospitais. Nesse nível também podem ser encontrados os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, hospitais gerais distritais e os serviços de pronto atendimento. No topo da pirâmide estão os hospitais de maior complexidade, de nível terciário ou quaternário onde são realizados os tratamentos de alto custo (PAIM, 1994; CECÍLIO, 1997).

Outro eixo da vigilância é o **enfoque por problemas**, que é definido por Mendes, (1996, p. 249) como sendo “[...] a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser [...]”, considerando-se os padrões e os valores de um indivíduo ou sociedade. É uma forma alternativa de organização dos serviços que vai na contramão dos métodos clássicos de organização da assistência, baseada na demanda espontânea aos serviços e nos programas verticais de Saúde Pública.

Os conceitos-chave, acima citados, são elementos que, juntos, ordenam a concepção de um dos modelos de assistência que busca a resolução e a satisfação dos problemas/necessidades da população.

A resolubilidade é definida por Ferreira (1988, p.1224) como sendo, “a qualidade de resolúvel; que foi resolvido, combinado, acertado; que fez desaparecer aos poucos, que achou a solução de, que fez desaparecer [...]”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990b, p.10) refere-se à resolubilidade como sendo “ [...] a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto⁸ coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.”

⁸ Por impacto, deve-se entender “... as mudanças, quantitativas e qualitativas, no estado atual e futuro da saúde da população que possam ser atribuídas aos serviços de saúde” (MENDES, 1996, p. 276).

Merhy (1997a, p. 139) entende que para se obter a resolutividade deve-se “colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.” A ação resolutiva não se limita a uma conduta; implica criar um processo que tenha como produto uma mudança no estado do usuário e obtenha uma satisfação de suas expectativas.

A resolutividade ainda pode ser entendida como sendo a capacidade do Sistema de Saúde, nos seus limites tecnológicos e de complexidade, em resolver os problemas de saúde dos usuários, em cada nível de assistência, bem como responsabilizar-se pela vida dos cidadãos de seu território, dando respostas até o nível de sua complexidade (CHIORO; SCAFF, 1999).

O conceito da atenção básica rompe com a idéia da atenção primária de baixo custo, pensada e organizada para a população de baixa renda, simplificada e feita com baixa tecnologia. A atenção básica pode ser caracterizada, como sendo:

“[...] um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, [...] voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.[...] a ampliação deste conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.” (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000, p. 18)

Ela deverá ter uma alta resolutividade para os problemas de saúde da população de um território, chamado de área de responsabilidade ou atuação. No âmbito da atenção básica, 80% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos ou minimizados, cabendo ao nível secundário 15% do atendimento ao que não foi resolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ao terciário, apenas 5% das ações (CHIORO; SCAFF, 1999).

Por sua vez, Cecílio (1997), questiona o modelo tecno-assistencial que pensa o Sistema de Saúde em forma de pirâmide hierarquizada de serviços, conforme foi citado

anteriormente, onde, na base, estão as unidades de saúde e, no topo, o hospital, com toda a riqueza de tecnologias e com acesso restrito a poucos. Acredita, o autor, que embora essa forma de organização do sistema coloque em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma perspectiva racionalizadora, tem sido ineficiente em resolver os problemas de saúde dos usuários que, no cotidiano, continuam buscando os serviços de saúde onde existe a porta aberta. Esse modelo não conseguiu alterar, significativamente, o desconforto, o sofrimento, a insegurança e o sentimento de abandono do usuário nas filas de espera dos serviços e de marcação de exames e procedimentos.

Assim sendo, propõe uma nova organização, na tentativa de corrigir esta distorção, qual seja, um sistema pensado em forma de círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas em vários pontos do sistema e não mais unicamente na base (unidades primárias de Saúde). Questiona a idéia de um topo de hierarquia tecnológica e defende a idéia de que o usuário deva acessar a tecnologia certa, no espaço e na ocasião mais adequados, que poderá ser uma unidade básica, especializada, o pronto atendimento ambulatorial ou o hospitalar.

Outro aspecto apontado por Cecílio (1997) é de que no modelo de pirâmide não existe uma clareza de qual seria o verdadeiro papel das Unidades Básicas de Saúde. Seria um Centro de Saúde com predominância das ações voltadas para os aspectos da vigilância ou uma visão de que as unidades têm que se comprometer com as ações de pronto atendimento, de forma a atender à demanda sem deixar ninguém de fora? Segundo o autor, essa dicotomia tem sido um dilema, pois dificilmente as unidades básicas terão estrutura e capacidade resolutiva para desenvolver os dois aspectos, além de perder o seu papel mais reconhecido pelos usuários.

Ele lança a idéia de que o modelo de pirâmide é muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual o usuário possa contar, e enfatiza a tese de que não adianta insistir na idéia de que este modelo é ótimo e que só não está bom porque não foi implantado na sua íntegra. Propõe que se pense novos fluxos e circuitos dentro do

sistema, seguindo os movimentos dos usuários, seus desejos e necessidades e na incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão, buscando mais humanização e comprometimento com a vida das pessoas que o utilizam.

Franco; Merhy (1999) defendem a idéia de que não é modificando a estrutura, os recursos e o formato da atenção que se modificam os modelos assistenciais. Contrapõem-se à idéia de que os modelos propostos, a partir da Declaração de Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANISATION, 1978), quais sejam, o dos Cuidados Primários em Saúde (Medicina Comunitária) e o da Vigilância da Saúde, sejam suficientes e responsáveis pela ordenação do sistema. Eles afirmam que esses modelos não conseguiram alterar a micropolítica dos processos de trabalho, continuam colocando o médico no centro da atenção, são direcionados aos procedimentos e não conseguiram modificar substancialmente os fazeres do cotidiano de cada profissional que, em última instância, é o que define o perfil da assistência. A seu ver a população continua recorrendo aos serviços de saúde na busca de resolução de seus problemas e não há nesses um esquema para atendê-la de forma que responda, satisfatoriamente, aos seus anseios.

Os autores afirmam que a única forma de construir um novo modelo de assistência que considere o usuário como o centro do cuidado, será a mudança dos sujeitos que se colocam como protagonistas da atenção e apostam na reorganização dos processos de trabalho, incluindo os trabalhadores na gestão dos serviços. Franco e Merhy (1999, p. 13) afirmam:

“[...] será necessário constituir uma nova ética entre os profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.[...] constituir um novo modelo assistencial, pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde.”

Assim, propõem um modelo de assistência que deverá levar em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo/responsabilização e da autonomização. O acolhimento é visto como universalização do acesso, o vínculo seria o estabelecimento de referências dos usuários a uma equipe de trabalhadores e a responsabilização desses com aqueles, na produção do cuidado. A autonomização seria o resultado esperado da produção do cuidado, a autonomia do usuário (CAMPOS, 1994; FRANCO; MERHY, 1999; CECÍLIO, 2001).

Merhy (2002) afirma que, no campo da Saúde, o objeto é a produção do cuidado; é por meio deste que se acredita obter a cura e a saúde. O autor instiga a pensar que quanto maior a composição da caixa de ferramentas⁹ usadas para os atos de cuidado, maior será a possibilidade de se compreenderem os problemas de saúde, maior será a capacidade de resolvê-los de forma adequada e satisfatória aos usuários, bem como auxiliaria na composição dos próprios processos de trabalho. Na realidade dos serviços de saúde, o que se tem visto é a produção de atos na forma de procedimentos e de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura dos indivíduos.

O conceito de cura leva em conta o coeficiente de autonomia da própria pessoa. Assim sendo, a cura pressupõe a luta para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para lidarem com as dificuldades, eliminando-as ou esforçando-se para reduzir seus malefícios (CAMPOS, 1997a).

Campos (1994, 1997b) e Merhy (1997a) afirmam que um dos sintomas mais graves da atual crise sanitária brasileira é o estilo de ser trabalhador e de produzir saúde. Esse modo de agir coisifica a relação trabalhador-usuário, reduz o universo das necessidades e dos saberes, torna os processos de trabalho previsíveis e estruturados e faz com que os agentes desse processo deixem de ser sujeitos e passem a meros cumpridores de rituais, trocando a complexidade da vida pela simplicidade do raciocínio nosológico, tornando os procedimentos

⁹ Expressão usada por Merhy (2002, p. 118) que se refere a um "... conjunto de saberes de que se dispõe para ação de produção dos atos de saúde".

e atos terapêuticos eficientes em si e justificados pela frieza do rigor científico. Na busca de resultados, os profissionais consomem exageradamente atividades-meio, que, na maioria das vezes, geram mais necessidade de consumir necessidades-meio. Sendo assim, perdem a noção de seu objeto de trabalho, tornando-se fetichizados pelos exames, os remédios, os atos, as campanhas e os programas de saúde, fazendo com que a relação com o usuário seja burocrática e despersonalizada. Para os autores, o usuário espera que a relação com o trabalhador propicie a resolução de seus problemas/sofrimento, ofereça ações efetivas que causem satisfação, lhe dêem capacidade para resolver problemas e melhorem a sua vida, o que, em última análise, significa a obtenção da sua autonomia.

Campos (1997a) lembra que além do clássico padrão de intervenção terapêutica, urgiria trazer para o espaço das práticas de saúde a valorização da fala e da escuta. Para ele, sem a renovação dos modos de comunicação dos profissionais, dos pacientes e da sociedade, onde haja a escuta de uns pelos outros, será impossível a diminuição da dependência do homem à instituição médica.

Dussault (1992) revela que os usuários nem sempre têm a informação para definir suas necessidades e a maneira de atendê-las, sendo que esta falta de informação os coloca em posição de subordinação potencial diante do profissional.

Almeida et al. (1997, p. 88) acrescenta que no atendimento aos usuários é possível observar “[...] um silêncio passivo dos clientes: as auxiliares de enfermagem falam e eles ouvem, ou melhor, ficam calados, em geral em pé, durante todo o rápido atendimento.” Em seu estudo constatou que o conceito de resolutividade expresso pelos usuários está focalizado na qualidade da consulta (baseada na funcionalidade do corpo biológico) e na experiência clínica, não apontando para os outros aspectos do processo saúde–doença. A consulta médica, em si, parece atender às necessidades da população, independente da continuidade e da

complementariedade. Na sua opinião, mesmo no modelo clínico, individualizante e biologicista, a assistência médica não se resume na consulta.

Para Merhy, (2002, p.121) “[...] de um modo geral o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento e sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.”

Concordando com algumas destas afirmações, Ludwig (2000) refere que a avaliação feita pelos usuários sobre o atendimento prestado no serviço tem como base uma noção de bom e ruim, certo e errado, porque eles não possuem conhecimento técnico para avaliar as ações a que se submetem e, muitas vezes, assumem um discurso contraditório entre revelar as deficiências do serviço e a gratidão por ter obtido o atendimento no local.

Alguns autores acreditam que é possível, a partir dessa crise da saúde, construir um modelo de assistência que responda aos anseios dos usuários. Esse modelo só terá êxito se estiver alicerçado na participação dos trabalhadores, na responsabilização por uma assistência de qualidade, na disponibilização de toda a tecnologia existente a serviço do usuário, primando pela cidadanização da assistência e reconstruindo a dignidade do trabalhador e do usuário (CAMPOS, 1994, 1997a; CECÍLIO, 1997; FRANCO; MERHY, 1999; MERHY, 1997b, 2002).

Sendo assim, o modelo tecno-assistencial será definido por aquele (s) que detiver (em) o poder de hegemonizar o processo. Eles podem ser definidos por diferentes atores ou circunstâncias, entre elas: as pressões de grupos políticos, a necessidade de recursos inscritos no universo tecnológico operado pelos trabalhadores na produção de serviços e a grande autonomia no modo de trabalhar a assistência que, por si, define, em grande medida, o seu perfil (FRANCO; MERHY, 1999).

Sendo o trabalho em saúde fortemente influenciado e comandado pelas relações entre sujeitos, Merhy (1997b, 2002) propõe que se tome como eixo analítico vital dos modelos

tecnico-assistenciais as tecnologias leves e seu modo de articulação com as outras. Ele classifica as tecnologias em leves, leve-duras e duras. As **leves** são as tecnologias de relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as **leve-duras** são os saberes estruturados como a Clínica, a Epidemiologia, a Psiquiatria, o taylorismo, o fayolismo e as tecnologias **duras** são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

Neste estudo não se está propondo hierarquizar tais tecnologias, pois não são passíveis de hierarquização pela importância ou complexidade. Podem ser consumidas, conforme as necessidades de cada pessoa, trabalhador ou serviço. Um dos grandes desafios impostos aos trabalhadores, às instituições e à sociedade é a busca de um novo modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em conta as diretrizes do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e a autonomia dos sujeitos.

Matumoto (1998, p. 25-26) destaca quatro pressupostos para apresentar a noção de acolhimento em um serviço de saúde, que são:

- o acolhimento como acesso universal, que diz respeito a toda situação de atendimento prestado pelos profissionais e não se restringindo apenas ao setor de recepção da Unidade;
- o acolhimento como a relação de aproximação entre as pessoas, de modo humanizado, valorizando a fala e a escuta, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia;
- o acolhimento como forma de responsabilização que está relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a resolução dos problemas dos usuários;
- o acolhimento como forma de reorganização dos processos de trabalho, valorizando os ruídos do cotidiano, em defesa da vida.

Para Franco; Bueno; Merhy (1999), acesso universal significa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo-lhes a acolhida, a escuta e dando-lhes

uma resposta positiva, capaz de resolver seus problemas e propiciar uma relação de confiança e apoio ao usuário.

Campos (1997a) sugere que deveríamos trabalhar com um contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde. Nesse contrato estariam explicitados o projeto terapêutico, os elementos técnicos, as possibilidades de acesso e de intercâmbio usuário/serviço.

O acolhimento, como forma de responsabilização, pressupõe o reforço do vínculo, compromisso do profissional/equipe de saúde com o usuário, tanto na produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes, quanto no aumento do percentual de curas (CAMPOS, 1994, 1997a).

A partir das diretrizes do acolhimento, modificam-se os processos de trabalho e o impacto dessas mudanças se dará sobre todos os profissionais, que terão suas ações potencializadas e valorizadas pelos usuários, colegas de trabalho e instituição. Dessa forma a equipe é convidada a assumir um novo papel na organização do trabalho, utilizando todo o seu arsenal tecnológico na assistência, na escuta e na solução de problemas de saúde dos usuários. Essa nova concepção de modelo assistencial pressupõe sujeitos engajados na luta pela qualidade de vida, tendo os usuários como o centro do atendimento e os trabalhadores como co-gestores dos seus processo de trabalho.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo teve como referencial metodológico a pesquisa qualitativa, com uma abordagem de Estudo de Caso.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (1993), permite apreender a realidade e compreender os fenômenos e processos sociais que se manifestam no cotidiano do trabalho e que têm reflexo direto e indireto na vida das pessoas que buscam e que recebem atendimento em saúde. Essa abordagem favorece a observação de vários elementos, de forma simultânea, buscando entender e descrever o contexto onde o fenômeno ocorre.

O enfoque de estudo de caso permitiu um aprofundamento da unidade estudada, que foi vista na sua singularidade (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Com o estudo de caso foi buscada a caracterização da realidade vivida no serviço de pronto atendimento ambulatorial, as relações que se estabeleceram entre os usuários, os trabalhadores de saúde, a organização de saúde e os recursos tecnológicos disponíveis.

Segundo Lüdke; André (1986), o estudo de caso objetiva a descoberta e permite que aspectos importantes emergam durante a pesquisa, levando à melhor compreensão do fenômeno estudado. Ele enfatiza a interpretação em contexto; busca retratar a realidade de forma completa e profunda; revela experiência vicária e permite generalizações; usa uma variedade de fontes de informação; procura representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes em uma situação social.

4.2 Exploração do campo

O presente estudo foi realizado no Serviço de Pronto Atendimento de um Centro de Saúde, gerenciado sob as diretrizes estratégicas da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), de Porto Alegre. A escolha do campo se justifica porque o serviço apresenta características diferentes dos demais existentes na cidade, funciona até o terceiro turno, apresenta uma procura predominantemente de adultos e está localizado em região próxima de dois Hospitais com portas de entrada para a urgência.

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul; possui 1.360.590 habitantes, sendo que quase a totalidade da população mora em zona urbana (1.320.739 hab.) apresenta taxa de alfabetização de 96, 7% e a população com 10 anos ou mais é de 1.154.262 hab. (IBGE, 2000).

O Centro de Saúde foi construído na década de 70, pela esfera federal, com uma área construída de aproximadamente vinte mil metros quadrados, tendo sido concebido como um grande Ambulatório de Especialidades Médicas. Estadualizado em 1989, passou totalmente para a gerência municipal, em agosto de 1996. Esse serviço, anteriormente chamado de Posto de Atendimento Médico (PAM) recebeu, na municipalização, outras características que foram: divisão dos ambulatórios em Especialidades e Unidade de Atenção Básica, reorganização do acesso pelo pré-agendamento de consultas, hierarquização dos serviços, passando a Centro de Saúde de atenção primária (UBS e Pronto Atendimento) e secundária (Ambulatório de Especialidades).

Em Porto Alegre, a municipalização, em gestão plena, ocorreu em 1996, quando a Secretaria Municipal da Saúde assumiu o compromisso legal, responsabilizando-se, como gestor da saúde no Município, por todas as ações de saúde dos serviços estatais e públicos conveniados com o SUS.

O desafio da municipalização se iniciou com a regionalização dos serviços e da prestação da assistência. A discussão da aglutinação dos distritos sanitários para a formação de instâncias administrativas regionais ocorreu no processo de municipalização com a ampla discussão das instâncias sociais em seus espaços de participação.

As instâncias administrativas dos distritos foram chamadas de Gerências Distritais de Saúde. Inicialmente, foram em número de seis e, em 2002, passaram para oito e distribuídas obedecendo aos limites geográficos das dezesseis regiões do Orçamento Participativo Municipal.¹⁰

O Sistema Municipal de Saúde de Porto Alegre está organizado para que a atenção básica seja a sua porta de entrada e que cada UBS tenha um território de responsabilidade, chamado de área de atuação e o pronto atendimento e as emergências, hospitalares ou não, sejam referência para situações de urgência de maior complexidade ou gravidade. Os usuários somente poderão acessar as demais especialidades, quando as básicas (Clínica, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia e Odontologia) esgotarem a sua complexidade. Essa complexidade é determinada por critérios estabelecidos pelos profissionais, serviços e instituições. O acesso às especialidades não-básicas se dará através da emissão de um documento de referência e contra-referência que ficará de posse dos serviços de saúde para que se responsabilizem pela continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Essa espera poderá ser ágil ou demorada, conforme a oferta de serviços das instituições estatais, públicas ou privadas conveniadas. Cabe ao Gestor Municipal a compra desses serviços pela negociação política com as instituições. Na forma como está proposto o sistema, o serviço especializado deverá responsabilizar-se pela continuidade da assistência e devolver o paciente para o nível primário, quando se esgotar a sua atuação.

¹⁰ Conforme resolução da III Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre, realizada de 11 a 13 de maio de 2000 (Porto Alegre, 2000).

Na municipalização, a SMS herdou uma estrutura gigantesca, sucateada e organizada para a consulta médica; isso é evidenciado, inclusive, na forma como as áreas físicas dos postos de saúde foram projetadas, aos moldes dos grandes ambulatórios, por especialidade médica, da década de 70 e 80. As formas de acesso, anteriores à municipalização, eram fichas para consulta médica, distribuídas nos guichês de atendimento, cedo da manhã, sem o critério de pré-agendamento ou encaminhamentos formais, para todas as especialidades, sem que houvesse a divisão por níveis de hierarquia e complexidade. A disputa por esse atendimento se dava nos guichês de marcação, por ordem de chegada nas filas, sem o estabelecimento de critérios de prioridade e/ou gravidade. Tradicionalmente, a procura por atendimento especializado era espontânea, sendo os usuários provenientes dos mais variados locais da cidade, da região metropolitana e do interior¹¹.

Nesse Centro, onde foi realizada a pesquisa, compõem a UBS: a Clínica de adulto (área 10), a Pediatria (área 8), Obstetrícia e Ginecologia (área 11), a Odontologia (área 16), o serviço do idoso (área 14), o serviço de imunizações e teste do pezinho (área 9), assim como os programas de atendimento à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso.

O acesso da população ao atendimento médico na UBS é feito por meio da consulta agendada, sendo que por ocasião da coleta de dados desta pesquisa, as consultas eram: um terço pré-agendada (somente para moradores da área de atuação), um terço agendada no dia da consulta (para absorver a demanda espontânea do dia, por livre procura), e um terço para reconsultas, que poderiam ser pré-agendadas independentemente do local de moradia do usuário, mediante a apresentação de comprovante de retorno (*ticket* de reconsulta fornecido pelo médico, resultado de exames, receitas médicas, entre outros).

¹¹ Estudo realizado por Marques (2001) abordando a origem dos usuários do SPA, em abril/2001, constatou que 90,5% dos usuários do serviço eram provenientes dos bairros de POA, 2,5% apresentaram endereços incompletos que impossibilitaram a identificação da origem e 7% eram moradores da região metropolitana/interior.

O Serviço de Pronto Atendimento está ligado administrativamente à UBS e realiza atendimentos referente a Enfermagem, Pediatria e Clínica e de sala de observação e reanimação. Os procedimentos de enfermagem para aplicação de injetáveis, nebulizações e glicemia capilar são realizados mediante a apresentação da prescrição médica. Os demais fazem parte da dinâmica de atendimento (pressão arterial, eletrocardiograma, oximetria de pulso, soroterapia, administração de medicamentos, sondagens vesicais e enterais, etc). Esse serviço oferece atendimentos somente em dias úteis, sendo que os clínicos e de enfermagem são prestados das 7h às 20h e o atendimento médico-pediátrico, no período das 7h às 18h.

Faziam parte da equipe do pronto atendimento, na ocasião da coleta de dados desta pesquisa, dois (2) vigilantes, na portaria do serviço, sendo um no turno diurno e outro até às 20h, fazendo parte da escala noturna do posto (de empresa contratada), um (1) motorista das 7h às 18h, escalado pelo Núcleo de Transportes da SMS, uma (1) funcionária administrativa, no turno da manhã, no guichê de recepção, três (3) enfermeiras, dez (10) auxiliares/técnicos de enfermagem, sete (7) médicos clínicos, quatro (4) médicos pediatras, duas (2) auxiliares de limpeza (de empresa contratada), sendo uma, das 7h às 16h e a outra, das 16h às 20h, além de uma (1) Coordenadora do serviço, que fazia parte da escala de plantonistas médicos. Os servidores públicos são provenientes das três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

O Serviço de Pronto Atendimento está localizado no Centro de Saúde, com entrada exclusiva, permitindo acesso direto de quem vem da rua, chegando a pé, de ônibus ou carro. Existe também, acesso interno para os usuários que vêm das demais unidades do Centro.

A área física é composta por uma sala de espera ampla, do tipo saguão, com bancos de madeira, para uso exclusivo dos usuários do SPA e seus acompanhantes; há um aparelho de televisão nessa sala, 2 banheiros, sendo um feminino e outro masculino, uma recepção com guichê aberto, sem vidros, um espaço reservado para a pré-consulta, uma pequena sala de

acolhimento, uma sala de observação com 2 leitos para adultos e 4 cadeiras acolchoadas com braçadeira, outra sala equipada para atendimento de urgência (reanimação), com entrada exclusiva, espaço para aplicação de injetáveis, adaptado junto à sala de reanimação, uma sala de nebulização, um banheiro interno para pacientes em atendimento, 3 consultórios, um corredor interno em frente aos consultórios, com cadeiras para os pacientes que aguardam pela consulta médica, cozinha equipada para refeições, sala de estar, depósito de roupas de uso, depósito de materiais, tipo almoxarifado, sala de coordenação, 2 banheiros e vestiário para funcionários.

Os equipamentos disponíveis são: carro de reanimação com desfibrilador, gavetas contendo materiais e medicamentos para atendimento de urgência¹², torpedos grandes de oxigênio, com válvulas 1012, torpedo pequeno para transporte, glicosímetro, eletrocardiógrafo, compressores para nebulização, aspirador, estetoscópios, esfignomanômetros, oxímetro de pulso, otoscópios, balança infantil, balança para adulto, material para sondagem vesical.

O Centro de Saúde não dispõe, no local, de serviços de laboratório e radiologia, o que, em algumas situações, e de acordo com a gravidade dos casos, tem se tornado um problema. Esses serviços foram desativados em 1999 e 2001, respectivamente, devido ao seu sucateamento, dificuldades na manutenção de equipamentos e aquisição de insumos, assim como, à redução de trabalhadores pelas freqüentes aposentadorias de funcionários federais e estaduais¹³ e a dificuldade de reposição, na mesma proporção. Sendo assim, desde então, todos os exames de laboratório e de radiologia são realizados em serviços contratados pelo SUS. No caso do SPA, esses serviços não estão localizados próximo à unidade, nem organizados para dar resposta rápida, nos casos agudos e urgentes. Nesse caso, o paciente

¹² O serviço não dispõe de respirador artificial; os casos graves são encaminhados pelo Serviço de Atendimento Médico Urgente (SAMU) para os hospitais.

¹³ A partir das mudanças na legislação, e mais precisamente, com a municipalização da Saúde, a reposição de servidores na rede ambulatorial própria, passou a ser de responsabilidade do município (BRASIL, 1990a).

precisa se deslocar, por meios próprios, até o serviço de referência e, após, retornar ao serviço, com o resultado do exame, para reavaliação médica. O fato de os exames de apoio diagnóstico não serem ágeis gera dificuldades ao serviço e aos usuários. Nem sempre o resultado chega no mesmo turno ou no mesmo dia do atendimento inicial; sendo assim, nem sempre é o mesmo plantonista que reavalia o paciente. Em casos de baixo risco, é solicitado, ao paciente, que retorne no turno do médico que lhe solicitou o exame. Nos casos agudos, com base na clínica, os pacientes iniciarão tratamento sem investigação laboratorial ou de radiologia (infecções respiratórias agudas e infecções do trato urinário). O SPA também não conta com vínculos fortes de retaguarda para internações.

4.3 Trabalho de Campo

A entrada em campo ocorreu após a apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, que é responsável, na SMS, por realizar essa apreciação e a liberação do campo pela Direção do Centro de Saúde. Este trâmite se deu através do processo administrativo nº 1.019941.03.0, iniciado em 18 de abril de 2003 e liberado em 18 de junho de 2003. (ANEXO A)

Após a apreciação da Direção do Centro de Saúde e da Coordenação Geral de Administração e Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde (CGADTS) da Secretaria Municipal de Saúde, foi marcada reunião, em julho de 2003, com a Coordenadora do Serviço de Pronto Atendimento, para apresentação do projeto e esclarecimento de possíveis dúvidas, bem como para revisão das estratégias para entrada em campo. Foi sugerida, pela pesquisadora, uma reunião com os trabalhadores para apresentação e discussão dos objetivos e da abrangência da pesquisa, estratégia justificada como desnecessária, pela coordenadora,

visto que ela já havia conversado com os funcionários e disponibilizado o projeto de pesquisa para que eles o lessem.

A Coordenadora manifestou muito interesse pela pesquisa, colocando-se à disposição para esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento do serviço e sugerindo estratégias para abordagem dos sujeitos.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação livre efetuada pela própria pesquisadora. Os documentos consultados serviram de apoio para a análise, abrangendo os dados estatísticos do serviço, documentos e resoluções do Centro de Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde, boletins de atendimento de pacientes, que eram lidos durante o trabalho de campo e anotados os dados de interesse da pesquisadora, como idade, diagnóstico, queixa principal, condutas, local de moradia do usuário.

A abordagem de usuários por meio de entrevista, conforme constava no projeto de pesquisa, foi abandonada, no decorrer do trabalho de campo, pois se identificou que havia dificuldade para a sua realização, devido às condições de saúde apresentadas pelos pacientes, durante o atendimento. A dor, o desconforto físico a que estavam expostos impossibilitaram essa abordagem. Ao término do atendimento era visível a sua vontade de deixar o serviço o mais breve possível, o que é compreensível, tendo em vista o tempo de espera, a ansiedade e o desconforto a que estiveram submetidos. A abordagem de usuários, antes do atendimento, no saguão de espera, não abarcaria todos os sujeitos, pois ficam aguardando atendimento somente os usuários com necessidades eletivas. A observação direta, por outro lado, permitiu identificar os motivos da procura de atendimento, no serviço, respondendo, assim, aos objetivos da pesquisa.

Segundo Lüdke; André (1986) a observação permite à pesquisadora um contato direto com a realidade que deseja compreender, favorecendo uma aproximação da perspectiva dos

sujeitos envolvidos no contexto, permitindo, também, a descoberta de fatos novos relativos ao fenômeno estudado.

Para Triviños (1987), a observação não significa somente olhar, mas destacar o que se sobressai no conjunto; significa que o fenômeno social deva ser abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado nos seus atos, atividades, significados e relações.

Foi realizada a observação livre por amostragem de tempo, proposta por Triviños (1987). O foco de observação foi a organização do processo de trabalho e o atendimento prestado aos usuários que obtiveram algum tipo de atendimento no Serviço de Pronto Atendimento, no período de agosto, outubro, novembro e dezembro de 2003.

O número de observações foi definido no decorrer do trabalho de campo, correspondendo ao total de 64h30min. Os períodos de observação tiveram duração mínima de 2h30min e máxima de 6h30min cada uma, em horários escalonados, de forma intencional, nos dias da semana e nos 3 turnos de trabalho.

A observação foi realizada na sala de espera do SPA e no saguão de marcação de consultas do Centro de Saúde, na recepção do SPA, no espaço da pré-consulta, no corredor de espera, em frente aos consultórios, na sala de observação e de procedimentos. A maior parte da observação se concentrou no espaço da pré-consulta e na sala de observação. Esses dois locais, por serem abertos e amplos, proporcionaram a visão de outros espaços de atendimento, sendo possível observar o seu funcionamento. Do espaço reservado para a pré-consulta foi possível observar a recepção, o saguão e o corredor de espera, na frente dos consultórios. Na sala de observação são realizados quase todos os procedimentos, tanto da enfermagem, quanto médicos. No Quadro 1, onde consta, o local SPA, faz-se referência a diferentes espaços de observação, no mesmo dia.

Quadro 3- Distribuição da amostragem de tempo, turnos de trabalho e local no período da Observação.

Código	Data	Dia da semana	Horario	Tempo	Local
OBS 1	11/08/03	Segunda-feira	7h-10h	3h	Saguão do CS e guichês de marcação
OBS 2	18/08/03	Segunda-feira	8h-11h	3h	Sala observação
OBS 3	02/10/03	Quinta-feira	17h-20h	3h	Sala de Pré-consulta
OBS 4	06/10/03	Segunda-feira	17h-20h	3h	Sala de Pré-consulta
OBS 5	15/10/03	Quarta-feira	15h-17h30min	2h30min	Sala observação
OBS 6	04/11/03	Terça-feira	13h30min-20h	6h30min	Sala de Pré-consulta
OBS 7	10/11/03	Segunda-feira	15h-18h	3h	Sala de Pré-consulta
OBS 8	13/11/03	Quinta-feira	15h-18h	3h	Sala de Pré-consulta
OBS 9	03/12/03	Quarta-feira	8h-12h	4h	Sala de Pré-consulta
OBS 10	04/12/03	Quinta-feira	9h-12h	3h	Sala observação
OBS 11	08/12/03	Segunda-feira	11h30min-16h	4h30min	SPA
OBS 12	2/12/03	Terça-feira	8h-13h	5h	SPA
OBS 13	10/12/03	Quarta-feira	12h-16h	4h	Sala observação
OBS 14	11/12/03	Quinta-feira	12h-15h	3h	Sala de Pré-consulta
OBS 15	12/12/03	Sexta-feira	8h-13h	5h	Sala observação
OBS 16	19/12/03	Sexta-feira	13h-18h	5h	SPA
OBS 17	27/12/03	Sexta-feira	16h-20h	4h	SPA

Fonte: Diário de Campo usado na pesquisa.

O registro das observações se deu por meio de diário de campo, com anotações de natureza descritiva (descrevendo os comportamentos, as ações, as atitudes, o meio físico, os fluxos e as atividades) e de natureza reflexiva (registrando inquietações, idéias, uma nova hipótese e indagações do observador). As reflexões foram registradas de forma breve, em uma frase curta (TRIVIÑOS, 1987).

Aos trabalhadores de saúde foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), o qual garantia os aspectos éticos apontados por Goldim (2000) e pela resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O estudo não ofereceu

risco aos participantes da pesquisa, pois lhes foi assegurado o anonimato e o caráter confidencial das informações, não sendo solicitado, aos usuários, o consentimento de forma escrita.

As anotações em diário de campo foram realizadas durante as observações, registrando-se, de forma breve, os rituais, as conversas, os gestos, comportamentos e expressões que dissessem respeito à pesquisa. O desenvolvimento desses registros foram feitos no mesmo dia, na transcrição para o software *Ethnograph*. Os sujeitos não tiveram acesso ao diário de campo, mas foram fornecidos esclarecimentos sobre a pesquisa, sempre que solicitados, tanto por trabalhadores quanto por usuários. Foi garantida a comunicação dos resultados do estudo para os profissionais pela cópia da dissertação e por apresentação formal, em reunião de serviço, se houver interesse da instituição.

Os registros em diário de campo, contendo as informações das observações serão guardados por 5 anos, até serem destruídos.

As observações foram codificadas como **OBS 1, OBS 2...** e assim sucessivamente, por ordem cronológica, até a **OBS 17**. Para garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados, ao se fazer referência aos trabalhadores de enfermagem foi utilizado, por serem em maior número, o sexo feminino, e para os profissionais médicos, o sexo masculino. Os demais trabalhadores foram identificados dentro das suas funções e participaram da pesquisa de forma coadjuante.

4.4 Método de análise dos dados

A análise foi realizada por meio de uma abordagem dialética, na qual os dados empíricos foram contemplados em suas particularidades, historicidade e contexto social

(MINAYO, 1993). Essa autora operacionaliza os passos da análise da seguinte forma: ordenação dos dados, classificação e análise final.

Na etapa de ordenação, o pesquisador tem um panorama de suas descobertas no campo, nela são feitas a digitação dos dados coletados na observação, a releitura do material, ordenação dos relatos e a classificação dos mesmos. A classificação dos dados se constitui em um processo em que o pesquisador cruza o material coletado com o referencial teórico, seus pressupostos e hipóteses. Nessa fase é feita uma releitura exaustiva e repetida dos textos (leitura flutuante), onde são apreendidas as estruturas de relevância, as idéias centrais e os momentos-chave do tema em foco. A partir daí são estabelecidas as categorias empíricas que são confrontadas com as analíticas, já destacadas como balizas da investigação, buscando, assim, as relações dialéticas entre elas. Na etapa de análise final, o material empírico e o teórico são articulados de forma a obter uma interpretação e abstração, objetivando um movimento de ir e vir que ultrapasse a simples descrição dos fatos e estabeleça relações que permitam novas explicações, colocando em dúvida os conceitos evidentes, constituindo novas concepções e superando os limites estabelecidos *a priori*.

A classificação dos dados, nesta pesquisa, foi realizada com os dados obtidos nas observações registradas no diário de campo, os quais foram transcritos e transportados para o software Ethnograph versão 5.0 (Qualis Research Associates), que foi utilizado para a operacionalização da análise, agilizando a organização do material em estruturas de relevância. São elas: acolhimento, acesso, vínculo, integralidade, direitos do usuário, motivos para uso do serviço, normas do serviço, lotação do serviço, referência, divisão do trabalho, triagem, percepção do trabalho, escala, transporte, organização do trabalho, território, resolutividade e tipos de atendimento.

Na interpretação dos dados e na elaboração do relatório final foi possível desvendar alguns condicionamentos, proporcionando uma visão mais ampla do trabalho realizado no

serviço, assim como foi destacada a dimensão do trabalho da enfermagem, permitindo vislumbrar algumas estratégias de ação que levassem em conta a governabilidade e o potencial do usuário e do trabalhador daquele serviço.

Para a apresentação do relatório final, as estruturas de relevância identificadas foram reagrupadas em dois núcleos: **demandas do pronto atendimento; organização do trabalho e a utilização de tecnologias leves**. O segundo núcleo foi subdividido em dois subnúcleos: fluxos de atendimento, acesso e acolhimento de usuários aos serviços; processo de trabalho da enfermagem no pronto atendimento e o autogoverno do trabalhador.

5 DEMANDAS DO PRONTO ATENDIMENTO

A procura por serviços de saúde envolve fatores, que, dependendo como estão ordenados, definirão a escolha pelo usuário. Assim, são influentes a tecnologia disponível, a resolutividade da atenção, a acolhida, as condições de acesso (distância da moradia, as formas, o tempo e o custo de deslocamento), a agilidade no atendimento, as experiências vividas pelo paciente/familiar, a destreza na marcação de exames ou encaminhamento para outros serviços, a gravidade ou a urgência do problema/necessidade, bem como o vínculo estabelecido pelo usuário com profissionais, serviços e com o Sistema de Saúde (LUDWIG, 2000; RAMOS, 2001; ROSA, 2001; DEGANI, 2002; NASCIMENTO et al., 2002; SANTOS, 2004).

Ainda foram descritos como motivos para a procura dos serviços, os encaminhamentos formais e informais fornecidos pelos profissionais/unidades hospitalares ou não, as demandas excedentes das unidades de atenção primária (UBS) e dos serviços ambulatoriais especializados (STEIN, 1998; RAMOS, 2001; DEGANI, 2002; SCHIMITH, 2002; PORTO ALEGRE, 2002).

Foram identificados como motivos pelos quais os usuários acessaram o Serviço de Pronto Atendimento, no período estabelecido para a coleta de dados: situações graves e de risco para os pacientes, queixas agudas, necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes, busca de atendimentos complementares aos recebidos em outros serviços de saúde e vínculo com o SPA.

Pode-se afirmar que os usuários procuram esse pronto atendimento com a finalidade de solucionar suas necessidades, sejam elas urgentes ou não, algumas vezes, expressas, através da queixa, de forma inespecífica, que é a forma pela qual as portas do atendimento se abrirão para eles.

Sendo assim, o SPA, na maioria das vezes, tem sido resolutivo na solução de necessidades agudas e graves, proporcionando ao usuário alívio de sintomas, conforto e providenciando acesso a diferentes tecnologias, desde as mais simples às mais complexas, no próprio serviço ou no hospital, liberando os serviços de atenção básica e secundária desse fim, o que significa, que esse serviço atende às necessidades dessa população, que não encontra resposta rápida nos demais serviços ambulatoriais.

Para as demais queixas identificadas, a resolutividade das ações fica na dependência da satisfação das necessidades do usuário, pois sendo uma busca espontânea, o compromisso com a cura fica expresso no limite da sua expectativa, muito pouco com a do Sistema.

Foi possível identificar que pacientes em situação de risco ou gravidade que estejam próximos da área física do Centro de Saúde são trazidos para avaliação no SPA e quando não resolvido o problema nesse local, são transferidos para serviços de maior complexidade tecnológica. Fazem parte desses casos os pacientes com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas cardíacos, crises convulsivas, acidentes de trânsito, que são tratados na via pública, males súbitos, distúrbios psiquiátricos, entre outros.

O paciente chegou ao serviço, torporoso, trazido por amigos. Eles informavam que ele era paciente psiquiátrico. Ao exame constatou-se pressão arterial [PA] 100 x 70 mmHg, temperatura axilar [Tax] 36° C, glicemia capilar 143mg/dl, saturação [PO2] 96%, frequência cardíaca [FC] 119 batimentos cardíacos por minuto [bpm]. Informavam que o paciente morava sozinho. Suspeitavam que ele tivesse ingerido medicação em dose excessiva. O paciente estava agitado e pouco colaborativo. Ficou em sala de observação [SO] por algum tempo, não foram usadas medicações psiquiátricas. A acompanhante parecia ter vínculo forte com o paciente. Eles ficavam de mãos dadas. Na sua presença, ele ficava mais calmo. O médico suspeitou que a acompanhante fosse a irmã dele, que não se identificara para não assumir a responsabilidade frente às condutas do serviço, forçando, assim, uma internação. Como a queixa era difusa e os dados clínicos eram normais, ele foi transferido para o Hospital Z para avaliação cardiológica e neurológica. (OBS 11)

A enfermeira relatou que atenderam uma jovem de 20 anos com taquicardia (150 bpm). A paciente ficou longo tempo em SO e não conseguiram revertê-la. Informou que o médico se assessorou com o plantonista da Unidade de

Tratamento Intensivo [UTI] do Hospital Z para realizar o protocolo de taquicardia, mas teve que ser transportada pelo SAMU para esse Hospital. (OBS 5)

Paciente masculino, 62 anos, morador de Guajuviras, Canoas, histórico de doença broncopneumonar severa, sem tratamento sistemático, estava sentado e sonolento, recebendo oxigenoterapia, monitoramento por eletrocardiograma [ECG]. saturação 98 %, FC 84 bpm, O familiar trouxe o paciente que estava acompanhando o velório do irmão. Lá sentiu-se mal com falta de ar importante. Entrada no SPA às 9h55min, com PA 130 x 90 mmHg, Tax 36,4°C, FC 91 bpm. Fez nebulização com Soro Fisiológico [SF], Berotec e Atroven, recebendo oxigênio [O₂] úmido por cateter nasal a 3litros por minuto [l/min]. Às 10h45min recebeu soroterapia endovenosa com Soro Fisiológico 0,9 %, 125 ml com Dipirona, 1 ampola. O médico chamou os familiares para discutir as condições do paciente e a referência necessária após a alta. Segundo os familiares o paciente era muito rebelde e não obedecia aos tratamentos prescritos. Hoje, acumulou duas situações difíceis, a sua saúde debilitada e a morte do irmão. O médico e os familiares, depois de conversarem longamente com o paciente, decidiram levá-lo para a emergência do Hospital K. Às 12h45min teve alta da SO e foi conduzido para o hospital em carro próprio. (OBS 13)

Às 10h15 min chegou uma paciente, de taxi, carregada por 2 familiares; 46 anos, moradora do bairro Higienópolis, com histórico de hipertensão, diabetes, com desvio da comissura labial e hemiplegia à esquerda. Foi recebida pela enfermagem, colocada no leito, verificados os sinais vitais, investigado o que houve, colocada no oxímetro de pulso. Apresentava PA 210 x 110 mmHg, Tax 36° C, saturação 100%, FC 70 bpm. O esposo ficou junto dela, na sala de observação. Informava que ela acordou, de madrugada, com dormência no braço, que piorou com o passar do tempo. Apresentava dificuldade para falar. O médico foi chamado no consultório para o atendimento na SO. Ela recebeu Capoten 25 mg, sublingual e aguardou a evolução. Suspeita de AVC transitório. O médico perguntou: tem algum convênio? Paciente: INPS. Médico (sorrindo): INPS não é convênio. Paciente parecia bem, conversava com o familiar, ria, ficavam de cochichos e sorrisos. Ela tentava levantar a perna e ria muito devido ao grau de dificuldade em fazê-lo. Foi questionada pelo médico: a senhora tomou café da manhã?. Disse: sim. Naquele momento PA 140 x 100 mmHg. O médico decidiu encaminhá-la para o serviço de emergência do Hospital K. Foi transportada no carro do serviço. (OBS 2)

Nos relatos descritos os pacientes receberam o primeiro atendimento no SPA e foram transferidos para hospitais de Porto Alegre, para continuidade da assistência. Eles foram encaminhados para serviços de emergência, sem comunicação prévia entre eles, com exceção da jovem transportada pelo SAMU, conforme relatado na observação 5 (OBS 5). Os médicos forneceram orientações aos familiares e encaminharam o resumo do atendimento com

solicitação de avaliação mais detalhada do caso. Nas situações de maior gravidade, as emergências dos Hospitais servem como porta de entrada para os usuários que são encaminhados para as unidades de internação ou para outros serviços, de acordo com o critério estabelecido pelo Hospital.

O SPA dispõe de uma sala de reanimação que fica ao lado da sala de observação, com entrada exclusiva e direta pelo saguão de espera. Está organizada e equipada para receber pacientes em estado crítico (parada cardíaca). Os casos de extrema gravidade são em menor número, se comparados com os demais atendimentos do serviço. As razões para isso podem estar contidas na crescente atuação dos serviços pré-hospitalares, que atendem as demandas a domicílio, bem como a proximidade de Hospitais, que apresentam perfil reconhecido para este tipo de atenção.

Rosa (2001) refere que, nos últimos anos, vem aumentando a superlotação das emergências dos hospitais com pessoas em estado crítico de saúde, impedindo qualquer tipo de encaminhamento para outras instituições, extrapolando, assim, a capacidade física das salas de observação, cujos pacientes permanecem em macas, até a liberação do leito de internação.

A chamada "crise do sistema", tem levado alguns autores a afirmar que as emergências dos hospitais têm sido a porta de entrada para o Sistema de Saúde (STEIN, 1998, LUDWIG, 2000; ROSA, 2001). Considera-se que esta afirmação não está de todo incorreta, mas não contém todas as possibilidades de oferta de portas de entrada. Sem dúvida, é crescente o número de pacientes que chegam aos hospitais e que lotam as emergências, por motivos que vão desde o excesso de demanda e a menor oferta de serviços, à forma como está organizado o sistema que prioriza a consulta como principal forma de acesso, que coloca o hospital no topo da referência tecnológica, além de concentrar uma maior diversidade de tecnologia em um só local, o que inicialmente, diminui o custo de deslocamento ao usuário.

Nos relatos de trabalhadores e gerentes, no discurso da mídia (CORREIO DO POVO, 2004a; 2004b), ouve-se que a superlotação de setores de urgência e emergência dos hospitais do SUS seria amenizada se os portadores de doenças de menor gravidade acessassem as UBS, como se apenas esses usuários superlotassem os serviços. Em Porto Alegre, existem 120 unidades, responsáveis pelo atendimento diário da população, mesmo assim, este quantitativo não é suficiente, pois nem todos os problemas de saúde da população são resolvidos com a quantidade e qualidade do serviço ofertado na atenção básica. Nos meses de inverno as emergências hospitalares ficam superlotadas com pacientes portadores de doenças respiratórias, o que, para alguns autores, poderia ser resolvido se esses acessassem os postos de saúde.

Para os autores Stein (1998); Ludwig (2000); Rosa (2001) a atenção primária, pelas UBS, tem sido a responsável pelo aumento de demanda aos serviços de pronto atendimento e emergências hospitalares, pois não tem respondido, de forma eficaz, às demandas da população, além de encaminharem muitos pacientes para os serviços de emergência.

Por outro lado, não se está considerando a capacidade resolutiva desses serviços, pois a maioria das unidades não apresentam estrutura para abarcar todas as demandas que lhes chegam, principalmente porque estão organizadas de forma a responder à maioria das solicitações por meio da consulta médica agendada, que se esgota, na maioria das vezes, quando terminam as fichas de atendimento.

Os usuários que acessam o SPA para a resolução de situações agudas apresentam queixas (demandas) relacionadas a crises hipertensivas, dor, disfunções respiratórias, diarreias e vômito. No setor da pediatria os motivos mais comuns de procura de atendimento são os problemas respiratórios, no inverno e as gastroenterites, nos meses mais quentes. No inverno as disfunções respiratórias se elevam. Nessa especialidade são atendidas crianças até 12 anos; após essa idade, são encaminhadas ao clínico, o que aumenta as demandas para esse

profissional, pois abarca todas as idades, a partir do início da adolescência. A pressão de demanda pediátrica é muito pequena, sendo que no período de coleta de dados, poucos foram os pacientes acompanhados em sala de observação, a maioria dos atendimentos se deram pela consulta.

Menino, 9 anos, com queixa de vômitos e diarreia. Estava desidratado. Diagnóstico de gastroenterite. Recebeu plasil por soroterapia endovenosa e soro de rehidratação oral ficando em observação na SO. (OBS 12)

Chegaram na SO, vindos do consultório do SPA, pai e criança, para administração de antitérmico. A auxiliar leu a prescrição e pediu para eles aguardarem um pouquinho. Ela saiu da sala e foi conversar com o pediatra. Quando retornou, informou ao pai que ele e a criança deveriam aguardar no saguão de espera do SPA até a febre ceder. Somente após a normalização da temperatura seriam liberados pela médica. A auxiliar iniciou o preparo da medicação; o pai perguntou: o que o médico prescreveu? Ela: Dipirona e pediu que a criança bebesse tudo de uma só vez. A criança bebeu em um só gole. O pai e a auxiliar elogiaram o êxito! Saíram, os dois, para o saguão; a criança tossia. Aproximadamente uma hora e meia depois, a auxiliar lembrou-se de que havia deixado a criança e o pai aguardando no saguão. Foi até lá e não os encontrou. Foi até a frente do prédio e procurou por eles. Perguntou ao guarda se tinha visto os dois, dando as características da dupla. Ele respondeu não tê-los visto. Ela supôs que tinham ido embora ou que estavam na fila da farmácia. A criança, acompanhada do pai, retornou ao serviço, conforme o anteriormente combinado. A enfermeira enquanto verificava a temperatura, lia as condutas escritas no boletim de atendimento. A criança estava sem febre. Foi liberada para o domicílio, após conversa com o médico. (OBS 5)

O número de atendimentos pediátricos no SPA é significativamente menor se comparado ao número dos clínicos. Durante o período de observação, poucas crianças foram acompanhadas na SO e na sala de pré-consulta.

A procura por consultas pediátricas é maior à tarde do que no turno da manhã. A concentração de pediatras na UBS é maior pela manhã, ficando a demanda reprimida para o turno da tarde ou, ainda, pode-se observar que mães/pais vêm ao posto com as crianças no turno da manhã para pegar a consulta do dia e, se não conseguem, dirigem-se imediatamente ao SPA, mesmo quando, no guichê da UBS, há consultas disponíveis para o turno da tarde, pois não esperam para o atendimento agendado.

Nos adultos, os níveis tensionais elevados e a dor (abdominal, pélvica, torácica, e enxaqueca) são as queixas mais freqüentes que motivam a procura do pronto atendimento.

A paciente, de 45 anos, chegou com crise hipertensiva e dor cervical. PA 210 x 140 mmHg. Ficou em SO, por 4 horas. Iniciou tratamento no turno da manhã e teve alta à tarde. Na alta, PA 160 x 110 mm Hg. Foi orientada a procurar um médico clínico para acompanhamento e controle da pressão. Refere nunca ter tido crise hipertensiva antes. O médico e a auxiliar de enfermagem conversaram com ela, orientando sobre as condutas. (OBS 6)

Às 7h20min foi atendido um paciente, de 57 anos, morador da área, com queixa de falta de ar, PA 120 x 60 mmHg, saturação 96%, FC 97 bpm. Fez nebulização com SF 4ml, Berotec 10 gotas, Atrovent 20 gotas. Às 7h55min estava com saturação 85%, nebulizou novamente e recebeu Solução Fisiológica 0,9%, 125 ml, Solucortef e Aminofilina, endovenosa. Estava recebendo oxigênio 3 litros, por óculos nasal. Às 8h30min, saturação 95%, FC 100bpm. Às 8h55min, repetiu a nebulização. Às 9h10min, saturação 92-93%. Às 10h, nebulizou, novamente. Estava sentado em cadeira, não conseguia deitar-se. Permaneceu em SO por tempo prolongado. (OBS 10)

A auxiliar chamou para atendimento um paciente pós-consulta, que estava em mau estado geral e apresentando náusea, vômito, tontura, PA 150 x 80 mmHg, Tax 36, 3°C, recebeu carvão ativado, via oral, e SF 0,9%, 250ml com Plasil 1amp e Buscopan Composto, 5ml, endovenoso. O paciente recebeu a medicação na SO, sentado em cadeira. Após foi reavaliado pelo médico e dispensado com alta para o domicílio. (OBS 4)

O paciente, de 59 anos, morador de Gravataí, com PA 150 x 80 mmHg, Tax 36°C, glicemia 55 mg/dl, apresentava, desde o dia anterior, dor abdominal em flanco direito que piorava ao esforço. Recebeu analgesia endovenosa e glicose hipertônica, via oral. Repetiu a glicemia capilar (92 mg/dl), às 11h recebeu alta para o domicílio, após alívio da dor. (OBS 9)

Um número significativo de pacientes adultos passam pela consulta ou são avaliados diretamente na sala de observação, são atendidos no serviço e liberados ao domicílio. Os relatos acima permitem identificar procedimentos/cuidados que são realizados no SPA, tais como nebulizações, medicações, avaliações e encaminhamentos. Esses pacientes tinham queixas agudas, que foram pinçadas e tratadas. Esse serviço tem condições e capacidade de atendê-las; constata-se que os cuidados prestados resolvem as necessidades do momento. Nas situações em que se faz necessária a continuidade do atendimento, os pacientes são

orientados, verbalmente, a procurar os serviços de atenção básica para a investigação e acompanhamento ou para acesso ao nível secundário. Não sendo esse acesso sempre fácil e, por vezes, demorado, os sintomas agudos fazem com que os usuários busquem os serviços onde exista a porta aberta, que poderá ser, a volta ao pronto atendimento, para tratamento da mesma queixa.

Na pré-consulta foi triada uma paciente com queixa de dor de cabeça havia um mês. Disse que já tinha vindo ao SPA pela mesma queixa. A auxiliar questionou se ela estava usando algum medicamento. Ela disse: estou tomando Voltaren e Neosaldina, por minha conta. Auxiliar perguntou: tu fazes acompanhamento médico? Ela: não. O meu ginecologista autorizou o uso da Neosaldina, mas estou tomando muitos comprimidos e a dor continua. Auxiliar: Já procurou um clínico? Ela: Já, mas no guichê me informaram que precisa vir muito cedo para marcar a consulta (mais ou menos às 5h). Auxiliar: mas aqui só vão tratar a sua dor, mas a senhora precisa investigar! Já está há tanto tempo assim, que deveria investir na consulta clínica. Ela terminou de verificar os sinais vitais e encaminhou a paciente para o saguão a fim de aguardar o chamamento para a consulta. (OBS 15)

Na pré-consulta uma paciente queixava-se de dor intensa, do tipo enxaqueca. Disse a auxiliar: o atendimento que vão lhe dar é de emergência e não haverá investigação de nada, somente serão tratados os sintomas. Para fazer investigação, a senhora deverá agendar uma consulta com um clínico na UBS mais próxima da sua casa. Aqui a senhora só vai receber medicação para o alívio da dor. Frisou que encaminhamentos não são fornecidos no Pronto Atendimento.(OBS7)

Ficou evidente a hierarquização da atenção, colocando o pronto atendimento como um local onde apenas são atendidas queixas pontuais, não servindo como porta de entrada para o Sistema nas situações consideradas eletivas. A maioria das condutas reforçam a idéia de que, no SPA, só são tratados os sintomas, pois o "correto" para o início da investigação é a UBS. Outra questão interessante, é a de que apenas o médico clínico está habilitado a prestar um atendimento integral, papel esse, negado ao ginecologista.

Identificou-se, também, que a responsabilidade pelo acesso aos diferentes pontos do Sistema é atribuída, na maioria dos casos, ao usuário.

Na SO encontrava-se uma paciente, com 45 anos, que estava deitada e tinha chegado com crise hipertensiva e dor cervical. Na admissão, PA 210 x 140 mmHg. Ficou em observação por 4 horas. Foi avaliada pelo plantonista da manhã e teve alta com o plantonista da tarde. Na alta PA 160 x 110 mmHg. Recebeu 3 medicações anti-hipertensivas. Foi orientada a agendar consulta clínica para acompanhamento e controle de PA. Ela referiu nunca ter tido crise hipertensiva antes e, foi a primeira vez que teve os sintomas. O médico conversou com ela e depois a auxiliar de enfermagem também conversou, dando a orientação de que deveria procurar um cardiologista o mais breve possível. Foi bem enfática e se dispôs a fazer uma escala em um pedaço de papel das pressões arteriais daquele dia. Pediu que ela viesse diariamente na área clínica da UBS para controle e agendamento da consulta com o clínico. A paciente estava pálida, parecia atordoada, ouviu as orientações e pareceu receptiva às orientações recebidas. Perguntou: vocês sabem a que horas preciso chegar no posto para agendar a consulta na UBS? Auxiliar: onde você mora? e ao mesmo tempo procurou com os olhos o endereço na ficha. Disse: ahh... é do bairro...e a paciente confirma o bairro. Auxiliar: Pode vir cedo... pelas 4h da manhã, mas primeiro faz o controle da PA por alguns dias. (OBS 6)

Às 13h chegou no serviço uma senhora deficiente mental, com 55 anos, obesa, hipertensa, acompanhada da mãe idosa e menino adolescente, eram moradores do bairro. A enfermeira recebeu a paciente na pré-consulta e verificou a PA. Ela estava hipertensa PA 220 x 110 mmHg. A mãe disse que vieram ao posto porque a vizinha verificou a pressão e estava 170 x 90 mmHg. Ela não fazia uso de medicação, não tinha vínculo com clínico ou cardiologista. A mãe tratava os sintomas da filha com chás caseiros. A paciente falava de forma desorganizada. A mãe disse que a filha era deficiente física e mental, desde o nascimento. A enfermeira decidiu levá-la para a SO e deixá-la em observação para verificar a pressão novamente. Ela achava que o fato de estarem em um ambiente estranho poderia ter contribuído para a elevação da PA. Como a pressão não cedeu, foi avaliada pelo médico que prescreveu um anti-hipertensivo e mandou aguardar.[...] Às 14h30min a PA foi verificada novamente, 150 x 100mmHg. Foi reavaliada pelo médico. A mãe perguntou: o doutor vai prescrever algum remedinho? Não se ouviu o que ele respondeu. Eles conversaram. A mãe perguntou se já podia ir embora com a filha. A auxiliar questionou: o que o Doutor lhe disse? Ela: que poderíamos ir. Auxiliar: a senhora por favor aguarde até eu terminar essa instalação do soro que já lhe dou as instruções para a alta. Ela terminou o que estava fazendo e olhou o boletim. Disse: Está pronto! Ela acompanhou as duas até a saída do SPA, empurrando a cadeira de rodas. No boletim estava escrito alta para o domicílio, indicando que procurassem atendimento clínico continuado na UBS. (OBS 11)

Constatou-se que no SPA muitos atendimentos são feitos de forma rotineira, tendo um fim em si mesmo. Nem sempre são discutidas com o paciente as condutas tomadas e a continuidade do atendimento. O serviço/trabalhadores nem sempre se responsabilizam pela garantia do acesso à referência, seja ela interna ou externa, mesmo nos casos agudos que

necessitem de avaliação, em um curto espaço de tempo, como por exemplo, nas crises hipertensivas, ou de reajustes de medicação, entre outros. O foco da atenção é a queixa principal, o que não está desfocado da condição de pronto atendimento, mas que não garante a seqüência da ação iniciada no serviço, sendo tarefa do usuário, lutar pela continuidade do atendimento, seja ele, na UBS ou no serviço especializado, fato esse, que nem sempre está claro para ele, pois poderá não ter a mesma noção de gravidade e de risco percebida pelos trabalhadores e desconhecer os caminhos do Sistema, sem contar a falta de resolutividade de alguns atendimentos a que são submetidos.

O serviço conta com um instrumento de encaminhamento (ANEXO B), onde informa ter sido o paciente atendido e a necessidade de reavaliação em um tempo que será estabelecido pelo profissional, mas que não tem sido utilizado por ele, como recurso potente de garantia de acesso ao Sistema.

A falta de resolutividade de alguns atendimentos faz com que usuários tenham que se submeter a mais de um atendimento para obter a satisfação de suas necessidades.

Uma paciente idosa, de 79 anos, obesa, foi avaliada na pré-consulta com queixa de mal-estar, sensação de opressão. Quando questionada se já havia procurado um médico, ela referiu que sim. Disse: vim cedo, fiquei na fila e agendei uma consulta para o mesmo dia, à tarde. Fui em casa, de taxi, e voltei. Esperei pelo médico e quando fui atendida ele nem olhou pro meu rosto. Ele escrevia sem olhar para mim. Pediu exames e terminou a consulta. Ela falou: Como posso fazer os exames se ele nem me ouviu e não sabe o que tenho? Já faz 2 semanas que estou assim e vejo que não estou bem. Hoje vim aqui ver se consigo alguma coisa. Foram verificados seus sinais vitais e a paciente aguardou consulta no saguão. (OBS 17)

A procura pelo pronto atendimento poderá ser o meio, aparentemente, mais fácil e rápido de obter a resolução de problemas de saúde. Neste caso a usuária tinha uma queixa inespecífica; embora não tivesse clareza de sua patologia, sabia que algo estava errado no funcionamento do seu corpo. Ela já havia tentado acesso pela consulta agendada, na UBS, o que lhe causou frustração. Aparentemente, esta usuária sabia o que queria, quando acessou a

UBS; não conseguindo satisfação de suas necessidades, tentou diferente estratégia para obter o que procurava.

Franco; Bueno; Merhy (1999) dizem que a ação resolutiva tem o objetivo de defender a vida das pessoas, sendo possível somente quando há acolhimento e vínculo. Fica evidente, no que foi explicitado acima, que o atendimento prestado na consulta médica não estabeleceu uma relação de aproximação, confiança e escuta, não foi efetivado o acolhimento e muito menos o vínculo, nem com profissional e nem com a UBS, na medida em que a paciente procurou outro serviço da mesma instituição.

O usuário sempre procura, na relação com o trabalhador, uma acolhida que seja capaz de interferir no seu problema; não conseguindo, buscará conhecer os obstáculos que lhe causam sofrimento para poder resolvê-los (MERHY, 1997a).

Ficou evidenciado no relato abaixo que os serviços de emergência nem sempre conseguem responder por atendimentos considerados de menor gravidade, fazendo com que os pacientes se submetam a peregrinações pelos serviços.

Na recepção encontrava-se uma senhora que era moradora do território de uma das UBS não municipalizadas, que estava fechada devido ao assalto ocorrido no dia anterior. A paciente não dispunha da medicação de uso continuado. Era diabética e hipertensa. Ela informava que o posto fornecia, mensalmente, as medicações para os pacientes cadastrados. Como o posto estava fechado, não conseguiu pegar a medicação, estando peregrinando, desde cedo, na tentativa de conseguí-la. Ela não possuía receita atualizada porque no posto, com a receita antiga, conseguia retirá-la. A enfermeira ouviu a história, pediu que a senhora entrasse para verificar a glicemia capilar e disse: vou conversar com o médico do plantão sobre a sua situação. A senhora mostrou o boletim de atendimento do hospital onde passou a manhã. Ela tinha 57 anos, era obesa, estava ansiosa e tensa pela situação pela qual estava passando. Foi atendida na emergência do hospital, às 9h, a glicemia era de 399 mg/dl, às 9h45min tinha recebido insulina regular 4U, endovenosa e 4U subcutânea, repetindo mais 4U endovenosa às 11h10min. Ela informava que apesar disso, não lhe foi prescrita, a medicação. Foi encaminhada pela emergência para a assistente social que lhe encaminhou para a UBS do hospital, mas ninguém resolveu o seu problema. Ela mexeu na bolsa e mostrou a caixa de insulina, mas não achava a receita da medicação. Mais tarde, encontrou uma receita antiga de anti-hipertensivos. A enfermeira levou a paciente para a SO, verificou seus sinais vitais e a glicemia capilar foi de 411 mg/dl. Então, foi encaminhada para a consulta imediata. Após,

recebeu 4U de insulina regular e ficou em SO até repetir nova glicemia. Foi reavaliada pelo médico que prescreveu os medicamentos e a encaminhou para a farmácia do posto antes que fechasse, às 18h. A glicemia continuava alta, 390 mg/dl; seria reavaliada pelo médico. (OBS 8)

Essa usuária deparou-se com a falta de atenção, o descaso e a falta de humanidade para com ela. Com a receita desatualizada, não conseguiria, nas farmácias do SUS, o fornecimento da medicação, tendo que passar por uma consulta para conseguí-la. O mais incompreensível dessa situação é que ela necessitou passar por 4 serviços (a emergência, o Serviço Social, a unidade básica do hospital e finalmente pelo SPA) para obter resposta à sua necessidade, que era de obter a medicação usada de forma continuada. Se os pacientes que possuem vínculo com serviço/médico e a garantia do fornecimento da medicação, em situações adversas, são jogados ao sabor dos ventos e da boa vontade de profissionais de saúde, o que dizer, então, daqueles que nem isso têm.

Mas as mazelas do sistema, aliadas à falta de comunicação entre setores, ao desinteresse/despreocupação em resolver os problemas da população fazem com que em uma mesma instituição o usuário, por vezes, se submeta ao que segue:

O paciente veio ao SPA portando documento de referência e contra-referência do ambulatório de cirurgia do Centro de Saúde em estudo, solicitando a realização de drenagem de abscesso. Na recepção foi informada de que o posto não realizava drenagens e que deveria procurar a emergência do Hospital K ou o Hospital B (nos dias e horários pré-definidos). A paciente ficou furiosa. Contou que estava no posto desde às 5h da manhã esperando para agendar consulta com o médico clínico, foi orientada de que esse a encaminharia ao médico da drenagem. Ela conseguiu agendar, no guichê central, consulta com médico clínico. Passou pela consulta e foi orientada a agendar uma consulta, no guichê das especialidades, com um dos cirurgiões do posto. Voltou ao guichê central e conseguiu a consulta para o mesmo dia, no turno da manhã. Esperou pela consulta. O cirurgião, encaminhou a paciente para o SPA para a drenagem, pois sua consulta era de avaliação e não envolvia o procedimento e, no Centro de Pequenas Cirurgias [CPC], não eram realizados procedimentos sépticos. Chegando no SPA, foi encaminhada para outro serviço da rede SUS. Ela revelou que faria denúncia aos jornalistas que, nesse dia, estavam no saguão do posto, entrevistando usuários. Perguntou: Como pode dois médicos não saber que no posto não fazem este tipo de procedimento? Foi informada de que os médicos tinham se equivocado no encaminhamento, pois o posto não fazia esse tipo de

procedimento. Ela disse: vou no consultório do último médico porque é um absurdo que as pessoas sejam feitas de bobas e que os médicos não saibam que no posto não drenam abscesso. Ela se retirou falando alto pelo saguão e corredores. (OBS 10)

Nesse relato mais de um equívoco foi descrito. Primeiro, para realização de drenagem de abscesso, não é necessário documento de referência e contra-referência, pois esse procedimento é realizado em pronto atendimento cirúrgico, por demanda espontânea ou por agendamento para o dia, já que, na maioria das vezes, necessita de tratamento medicamentoso e cirúrgico. O encaminhamento formal poderia facilitar o acesso, indicando que a paciente já havia sido avaliada por profissional de saúde, mas não é condição para a realização do procedimento. Sendo assim, não haveria a necessidade de ela ter consultado um clínico para acessar o sistema. No guichê de marcação, não é rotina perguntar pelo motivo da consulta, apenas é entregue a ficha, a não ser que o usuário questione ao funcionário. O primeiro médico, também não informou o fluxo correto e fez um encaminhamento para o cirurgião, no nível secundário, que, no consultório, apenas constataria o problema e não realizaria o procedimento. Desconhecimento? Descaso? Ela conseguiu uma consulta para o mesmo dia, o cirurgião encaminha para outro serviço, neste caso o pronto atendimento, que há vários anos, presta somente atendimentos clínicos. Os profissionais que fizeram os encaminhamentos também trabalham, há anos, na unidade. Depois de passar por quatro serviços, por duas vezes, no guichê de atendimento, por 2 médicos e na recepção do SPA, a usuária continuava com a sua necessidade não resolvida, sendo encaminhada verbalmente para outro serviço, sem que lhe fosse garantido o atendimento.

Colocando em foco a integralidade e a intersectorialidade nesse atendimento, pergunta-se: De quem seria a responsabilidade do acesso desta paciente ao sistema? Parece que existe uma ineficiência nessa questão, pois não está claro para os trabalhadores o papel e a responsabilidade de cada um e a do todo. Cada um executa o seu trabalho, o que não é seu é

de outros, mesmo desconhecendo o que os outros fazem, caracterizando a alienação no trabalho.

Campos (1994, 1997b) diz que no campo da Saúde esse padrão de alienação faz com que o trabalhador se descomprometa com a cura do paciente; no máximo lhe é exigida a parte do tratamento que é atribuída a cada profissional, o exame X, a terapêutica Y. O resultado desse tipo de alienação é o descaso e a desumanização no atendimento, com conseqüente diminuição de sua eficácia. Outro tipo de alienação, diz respeito à divisão do trabalho que leva à fragmentação das ações e, com isso, separa o trabalhador da sua "OBRA"¹⁴, quando o trabalho é realizado de forma segmentada, através de intervenções isoladas, o produto final é a própria intervenção, tornando-se os atos esvaziados de sentido e com conseqüente desresponsabilização do trabalhador pelo cuidado prestado.

No cotidiano, o usuário tem demonstrado que aprende a lidar com os limites que lhe são impostos e mostra que, de certa forma, apreende as regras e as normatizações que o disciplinam no atendimento. Os obstáculos para o atendimento podem ser driblados, da seguinte forma:

Na pré-consulta foi avaliada uma usuária proveniente do bairro Sarandi. Veio de ônibus ao posto, acompanhada do filho. A auxiliar perguntou o motivo da consulta e ela respondeu: dor nas costas, muito forte, sofro da coluna (mostrando a região das costas e do pescoço onde sentia dor). Não consigo dormir há dias. Auxiliar: a senhora toma alguma medicação? Ela: tomo, mas não tenho nenhuma agora. A auxiliar torna a perguntar: a senhora mora no Sarandi, lá tem posto de saúde? Ela: sim. Eu tenho um posto perto da minha casa, mas não consigo ficha lá, só tem 2 clínicos e é preciso levantar muito cedo pra pegar ficha e, às vezes, não se consegue. Agora (referindo-se ao mês de dezembro), só tem um médico. Com essas dores, não consigo ficar na fila por muito tempo. Mas, lá atendem muito bem. A minha doutora é muito boa e o outro médico, Dr. G. é muito legal também. A senhora conhece eles? A auxiliar disse que não. A conversa aconteceu enquanto os sinais vitais eram verificados e registrados no boletim de atendimento. A auxiliar pediu que ela aguardasse no saguão pelo chamamento da consulta. (OBS 17)

¹⁴ A expressão 'OBRA' é entendida pelo autor como sendo o resultado do trabalho reconhecido tanto pelo trabalhador de saúde quanto pelo usuário.

Pela agilidade na obtenção da consulta, pois é conseguida para o mesmo dia da procura, alguns usuários buscam o pronto atendimento para obter respostas pontuais a suas necessidades. Essa procura se dá independentemente do vínculo com o serviço, e parece ter relação com a resolução da queixa/necessidade, nesse caso, a dor e a prescrição da medicação, para retirá-la na farmácia do SUS.

Na sala da pré-consulta encontrava-se uma senhora com queixa de urticária, estava bastante ansiosa e incomodada com o prurido no corpo. PA 140x100 mmHg. Ela já havia consultado com dermatologista, mas quando conseguia agendar a consulta, a urticária não estava mais ativa e, assim, não conseguia mostrá-la para a médica. A enfermeira conversou com o médico de plantão e ele decidiu atendê-la. Ela aguardou no saguão pelo atendimento. (OBS II)

Alguns pacientes procuram os serviços de saúde para resolução de necessidades não urgentes, mas que lhes afligem. O tempo de espera entre o surgimento do problema, a procura pelo serviço, o agendamento e a consulta poderão demorar dias ou semanas, o que poderá desaparecer ou agravar a sintomatologia.

Na triagem uma senhora trazia uma criança com suspeita de varicela, apresentando lesões com crostas secas. A enfermeira mostrou as poucas lesões da criança, dizendo: varicela não dá tão poucas lesões [...]. A senhora respondeu: não...varicela pode dar poucas lesões e é só o médico que define se é ou não. (OBS II)

A forma como estão organizados a maioria dos processos de trabalho em saúde, tem reforçado, no ideário da população, que o único profissional capacitado para prestar cuidados ao sujeito doente é o médico, principalmente no que se refere ao diagnóstico e à terapêutica. Assim sendo, muitos usuários vão aos serviços em busca do atendimento médico, que também é reforçado pelo discurso e pelas práticas dos demais trabalhadores.

A espera pelo atendimento se inicia muito antes de o usuário acessar os serviços de saúde. Ela pode começar em casa, desde o momento em que surge a necessidade e que o

sujeito possa imaginar a possibilidade do "não tem vaga". Essa fila de espera imaginária, fica escondida, pela estruturação dos serviços, assim como nas vezes em que os trabalhadores pedem para o usuário voltar em outro dia para tentar a vaga. Segundo Matumoto (1998, p.196), "[...] o tempo de espera em casa, às vezes de muitos dias, representa a contradição do serviço no exercício da universalidade, acessibilidade e do próprio processo de efetivação do SUS".

Na prática, o trabalhador quando presta um atendimento, pouco consegue ver o antes e o depois do usuário, seu percurso pelo sistema, as dificuldades pelos quais passou ou passará para obtenção da satisfação de suas necessidades. O usuário, por sua vez, se submete, na maioria das vezes, ao que dizem ou fazem os trabalhadores, em nome do sistema, dos saberes, das normas e das políticas institucionais.

Completando a idéia de que acessam ao pronto atendimento pacientes que possuem vínculo com profissionais/serviços, foi possível observar que o fazem de forma a complementar o atendimento recebido. Essa procura apresentou-se de três formas: em busca da prescrição de medicamentos, para complementar o atendimento iniciado em outros serviços e para realização de procedimentos de enfermagem.

A dificuldade enfrentada pelos usuários na busca da prescrição de medicamentos de uso continuado será exemplificada a seguir:

O médico saiu do consultório e procurou a enfermeira para descrever o caso de um paciente que veio ao SPA (04/11/03) em busca da renovação da receita de anti-hipertensivos com data de setembro/2003 que já tinha sido dispensada pela farmácia. O usuário pertencia ao território de uma das UBS do distrito. As medicações tinham sido prescritas com um quantitativo para aproximadamente 1 mês. O médico, indignado, afirmava ser recorrente o fato das Unidades não se responsabilizarem pelo fornecimento integral da medicação a pacientes crônicos que ficavam peregrinando pelos serviços em busca da medicação. Voltou ao consultório e depois contou que não havia prescrito a medicação e que havia mandado uma nota em receituário, pelo paciente, pedindo ao coordenador do serviço que orientasse e cobrasse dos médicos da UBS a prescrição completa, onde incluísse as palavras: USO CONTÍNUO. Afirmou que estava cansado de ouvir sempre as mesmas coisas

e que haviam poucos movimentos de solução desses fatos pelos gerentes do sistema. O paciente levou consigo a carta. (OBS 6)

O fornecimento de medicações nas farmácias do SUS é somente mediante a receita médica, que deverá conter, data, carimbo e assinatura do profissional. Após receber o carimbo e rubrica de fornecimento da farmácia, não será possível dispensar com a mesma receita, a não ser que o médico escreva na prescrição: **uso contínuo (ado)**. Somente assim, a farmácia está autorizada a fornecer a medicação com a mesma receita, em um prazo de 6 meses, que após o vencimento, deverá ser renovada (os medicamentos psicotrópicos respondem a outro protocolo). Quando, na receita, não é colocada a palavra uso contínuo (ado) o usuário poderá: voltar ao seu médico e obter mais uma prescrição, ocupando uma consulta; peregrinar pelos serviços, mais provavelmente nos de pronto atendimento, tentando obter a prescrição e/ou não tomar a medicação, até obtê-la. Ele, ainda, dependendo do seu poder aquisitivo, poderá comprá-la, o que não é aplicável para um número significativo de usuários do SUS.

Identificou-se a complementariedade do atendimento prestado no SPA, com o atendimento recebido na clínica de especialidades ou UBS, conforme o relatado a seguir:

O médico atendeu uma paciente de 53 anos, vinda de Nova Prata, com o transporte municipal, para consultar no Ambulatório de Especialidades (Endocrinologia). Ela tinha consultado pela manhã, sendo que o médico pediu-lhe uma série de exames que foram realizados em laboratório conveniado ao SUS, no centro de Porto Alegre. Esse deslocamento foi feito de taxi, juntamente com uma acompanhante. Agora queixava-se de intensa dor no estômago. Estavam investigando colelitíase. PA 140x100 mmHg, Tax 36,8°C. Recebeu soroterapia endovenosa com soro Glicosado 5%, Buscopan Composto 1 ampola, 60 gotas/min. Ela estava muito preocupada porque poderia perder o transporte municipal que viria ao CS às 16h. O médico disse que era freqüente os pacientes consultarem no ambulatório e depois descerem ao SPA para atendimento, pois os médicos não resolvem a dor, a dispnéia, etc. Recebeu alta às 14h. (OBS 11)

Foi possível encontrar demandas de pacientes provenientes dos serviços especializados do próprio Centro de Saúde, que, não alcançando a resolução dos problemas de forma integral, procuram o pronto atendimento para complementar o que já havia sido

iniciado. Este fato reforça que os serviços ambulatoriais, sejam de atenção primária ou secundária, não estão estruturados a prestar atendimentos nos casos agudos, encaminhando usuários para os de pronto atendimento/emergências. Esse fato também foi descrito por Ludwig (2000).

Faz-se importante ressaltar que os trabalhadores priorizam os problemas a serem trabalhados, segundo um conjunto de saberes que determinam uma dada organização dos serviços. Assim, para as unidades, seja na UBS ou na Clínica de Especialidades a queixa aguda não é reconhecida como uma prioridade, porque o perfil é entendido como sendo de pronto atendimento. Por sua vez, no pronto atendimento, as queixas não urgentes, ditas eletivas, são caracterizadas como do perfil das unidades ambulatoriais, sendo então, para lá encaminhadas.

Esse fato, além de trazer insatisfação por parte dos usuários que são encaminhados de um lado para outro, sem respostas a suas necessidades, elevando-se os custos do atendimento e a multiplicidade de ações sobre o mesmo problema, traz ao trabalhador uma sensação de que os pacientes estão no lugar errado e que vêm ao serviço para buscar atendimentos desnecessários, distorcendo a missão do serviço onde trabalham.

O volume de pacientes, a repetição de queixas, a rotina de atendimentos muitas vezes fazem com que os profissionais limitem-se a atender apenas as queixas, burocratizando ações e procedimentos.

Uma paciente hipertensa foi encaminhada, pelas auxiliares de enfermagem da UBS, área clínica, para avaliação no SPA, tinha 64 anos, moradora do bairro, e cadastrada na unidade. Na pré-consulta PA 200 x 120 mmHg, ela foi encaminhada imediatamente para a avaliação médica em SO. Sem conversar com a paciente e com base no relato da enfermagem, o médico prescreveu Captopril sublingual. Enquanto aguardava, na observação, foi perguntada se tinha vínculo com a área clínica e ela respondeu que sim, informou que era atendida por uma médica, mas como essa faltava muito, tendo que remarcar 2 vezes a consulta, na terceira marcou para outro médico. Esse retirou a medicação que vinha usando, por 3 dias e pediu que viesse ao posto fazer o controle da PA. Após 40 minutos a enfermeira verificou a pressão novamente,

estava PA 190 x 110 mmHg. Recebeu Atenasina e ficou sentada em cadeira aguardando reavaliação. Não parecia muito satisfeita em permanecer por tempo prolongado no serviço. Pediu para ir embora, dizendo que sua pressão sempre foi rebelde e que não apresentava sintomas; informou que na manhã seguinte teria consulta com o clínico. Foi convencida de que precisava aguardar até a PA ceder. Ela ficou cochilando na cadeira com a cabeça recostada na parede. Deveria aguardar nova reavaliação. (OBS 17)

Chegou um paciente, de 70 anos, morador da Wenceslau Escobar, que veio encaminhado da área 5, serviço de Cardiologia, queixando-se de dor e ardência no peito. Era cardiopata severo, apresentava lesão de coronária, angioplastia. Recebeu Captopril e ficou na observação. PA 160 x 80 mmHg, Tax 36°C. Na alta PA 110 x 70 mmHg. (OBS 11)

Anteriormente, era o SPA que realizava o controle de PA de pacientes da unidade; em 2003, este procedimento foi transferido para a UBS; na área clínica, o controle dos usuários do território e, no Serviço de Cardiologia, nível secundário, o controle dos demais. Essa conduta tinha a finalidade de reforçar o vínculo de usuários com os ambulatórios de clínica básica e de especialidades, priorizando o atendimento continuado, em detrimento do pronto atendimento.

Quando as auxiliares de enfermagem desses serviços se deparam com situações agudas, como nas crises hipertensivas, encaminham seus pacientes para avaliação, no SPA.

Nos ambulatórios, dificilmente, há encaixe de pacientes nas agendas médicas, até porque esta é uma negociação com o médico que, na maioria das vezes, é realizada pela enfermeira da unidade, além do que esses serviços não dispõem de tecnologia para tal fim. Essa constatação foi evidenciada na fala de um dos profissionais do SPA:

[...] os médicos que vieram do ambulatório, por designação gerencial, para cumprirem parte da carga horária no pronto atendimento, preferiram não atender na sala de urgência, pois alegavam não ter perfil para esse tipo de atendimento; então a enfermagem acabava chamando o médico que já estava lá havia mais tempo. (OBS 2)

Cecílio (1997, 2001) afirma que as UBS não têm conseguido dar conta de todas as demandas que chegam a ela, tanto em quantidade quanto em qualidade, pois é impossível

resolver, de forma satisfatória, todos os atributos que lhe são dados (vigilância, ações continuadas e de pronto atendimento), principalmente quando todo o seu atendimento está organizado com base na consulta médica agendada e no atendimento continuado. Sendo difícil abarcar todo o atendimento, a integralidade da atenção poderia ser conseguida por uma boa articulação entre serviços, cada um cumprindo a sua parte no atendimento. Para o autor, um paciente hipertenso que tenha vínculo com um serviço ambulatorial, quando atendido, na urgência, não poderia sair desse serviço, sem orientação e sem a consulta agendada no serviço de origem.

A complementariedade do atendimento, iniciado em outros serviços, também, pode se dar para a realização de procedimentos de enfermagem, como: glicemia capilar, nebulizações, aplicação de injetáveis e sondagens nasoenterais e vesicais.

A UBS e o Ambulatório de Especialidades não dispõem de áreas para aplicação de medicações injetáveis e nebulizações. Os pacientes que necessitem desse tipo de serviço são encaminhados ao SPA ou ao serviço mais próximo da residência do usuário. Eles freqüentam o serviço, ocasionalmente, por vários dias ou semanas, dependendo da necessidade. Tendo em vista o volume de procedimentos, foi criado um espaço exclusivo para tal fim, juntamente à sala de reanimação, separados, os ambientes, por biombo, proporcionando maior privacidade ao usuário.

A auxiliar da SO recebeu paciente para administração de medicação injetável. Ela preparou a medicação enquanto a paciente aguardava, sentada, na cadeira da SO. Quando a prescrição da medicação vem de fora do SPA, ela é copiada no boletim de atendimento, assim como o nome e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico, o mesmo para as nebulizações. O paciente foi encaminhado para a sala de aplicação de injetáveis. (OBS 2)

O SPA não realizava sondagens vesicais até há alguns meses. Este procedimento era realizado no Serviço de Curativos do mesmo Centro de Saúde. Por definição da Coordenação de Enfermagem, juntamente com as enfermeiras da unidade, definiu-se que este procedimento

passaria a ser realizado no pronto atendimento, por ser um ambiente mais preparado para solucionar intercorrências comuns nesse tipo de procedimento, evitando a exposição do paciente e da enfermagem. A maioria dos pacientes que necessitavam de sondagem eram oriundos do ambulatório de Urologia. Eles ficavam durante alguns meses sondados, aguardando cirurgia. Avaliou-se que o SPA seria o local mais indicado para a realização do procedimento, devido a presença do plantonista médico.

A enfermeira providenciou todos os materiais, preparou o ambiente e chamou o paciente que já estava aguardando no saguão do SPA havia algum tempo. A enfermeira da manhã, na troca de turno, havia pedido que ela o atendesse. O paciente veio do ambulatório de especialidades, após consulta com o urologista, que prescreveu a substituição da sonda que havia sido colocada no Hospital A, durante a internação. A enfermeira conversava com o paciente enquanto fazia o procedimento. No final ela orientou sobre os cuidados com a sonda e questionou o local de sua moradia. Ele respondeu um pouco confuso: Belém. Ela perguntou: esse lugar é em POA? Ele disse: faz pouco tempo que eu moro aqui. A enfermeira informou que ele não precisava atravessar a cidade para trocar a sonda. O senhor pode trocar em um posto próximo da sua casa. Ele disse: ninguém troca, eu já procurei por tudo... eles não trocam. Prefiro vir aqui que eu sei que trocam. A enfermeira insistiu para que ele fosse no CS X, que era mais perto da casa dele. Ele não estava convencido. Saiu acompanhado da enfermeira que conversou com seus familiares, orientando sobre os cuidados com a sonda e insistiu com eles de que deveriam procurar atendimento em um posto mais próximo da sua casa. (OBS 11)

Na situação descrita, o usuário procurou um serviço de saúde que estava localizado em região distante de sua moradia. A garantia do acesso e da resolutividade do problema de saúde pode assegurar o vínculo com o serviço e ser o motivo principal da procura pelo atendimento.

Os usuários podem procurar os serviços, não apenas pela localização geográfica, mas pela qualidade do serviço, a garantia e agilidade no acesso, por experiências positivas, bem como pelo acolhimento prestado. Esses aspectos são reforçados nos estudos de Ramos (2000); Ludwig (2000); Degani (2002); Santos (2004).

A procura por procedimentos de enfermagem poderá ser espontânea, por necessidade do usuário, dentro de seu quadro de saúde.

Na SO encontrava-se uma paciente recebendo soroterapia endovenosa, estava pálida, expressão de dor. No boletim constava queixa de dor abdominal em cólica, náusea e diarreia. Depois de algum tempo em SO a enfermeira perguntou: estás melhor? Ela: um pouco. Contou que tem retocolite ulcerativa e que estava próxima de uma crise. Ela disse: sei que está por iniciar a crise, por isso vim fazer a medicação. Ela era moradora do território da UBS. Recebeu Soro Fisiológico 0,9%, Buscopan Composto e Plasil. Ficou em SO por mais ou menos 2 horas. Teve alta para o domicílio. (OBS 16)

A usuária conhecia seu diagnóstico, as manifestações da doença e as reações do seu corpo, por isso acessou o pronto atendimento para alívio dos sintomas. Sua necessidade parece ter sido satisfeita.

No relato a seguir, embora tenha um contexto parecido com o descrito anteriormente, a necessidade foi expressa, mas não respondia adequadamente ao cardápio ofertado e, por isso, teve que ser negociada, para ser aceita.

Na recepção foi acolhido um rapaz com sintomatologia de hiperglicemia. Era diabético, costumava medir a glicemia, diariamente, com glicosímetro próprio. Agora estava sem o aparelho e referia não estar se sentindo bem. Pediu para que fosse verificada a glicemia capilar. A auxiliar conversou com a enfermeira, pois a rotina do serviço era fazê-lo somente com a prescrição médica. A enfermeira autorizou que o procedimento fosse feito e pediu que a auxiliar dissesse ao paciente que da próxima vez trouxesse a solicitação médica. (OBS 7)

A exigência da prescrição parece ser uma condição imposta apenas para barrar o acesso livre daqueles usuários crônicos, que vão ao serviço somente para verificar a glicemia, assim como a PA. Julga-se uma estratégia equivocada que os trabalhadores utilizam em nome do institucionalizado, já que, burocratizando o acesso, aumentariam as necessidades de consultas, diminuindo a autonomia do usuário e da enfermagem que poderia agir com mais liberdade, contribuindo no autocuidado dessas pessoas. Nas ações de pronto atendimento, na maioria das vezes, o trabalhador não percebe que está gerando mais necessidades de

consultas, na medida em que só consegue vislumbrar a oferta de consultas médicas como a solução para os problemas de saúde da população.

Nos últimos anos, ampliaram-se os espaços de participação do usuário no seu cuidado, quando ele passa a ser sujeito participante do seu tratamento e autocuidado, apesar disso, no cotidiano dos serviços, esta lógica tem sido contraditória, pois a autonomia pressupõe o direito de decidir por si próprio, seja em relação ao corpo, cuidados ou tratamentos e, o que se tem visto, é a pouca valorização da auto-determinação do sujeito, que acaba sendo moldada ao que é ofertado e na forma como isso é feito.

O vínculo com o serviço pode ser constatado, tanto nas falas dos funcionários, quanto no acompanhamento da triagem, na pré-consulta, e na sala de observação. *Os funcionários dizem que conhecem muitos dos pacientes que freqüentam o serviço e que alguns preferem vir ao SPA a ir para o posto, perto de casa.(OBS 5).* Durante as observações de campo pôde-se acompanhar algumas dessas pessoas.

Na sala de pré-consulta, as auxiliares de enfermagem verificavam PA e Tax. de dois usuários. O homem estava quieto, não se mexia, não reagia, tinha expressão triste, olhos caídos, estava sujo e mal cheiroso. Mais tarde era levado para a SO para instalação de soro. Foi perguntado: O que ele tem? A auxiliar informou que ele morava na rua, ficando muitas vezes na frente do posto. Não se alimentava, e com freqüência vinha ao serviço fazer soro com glicose e vitaminas. Algumas vezes os funcionários davam comida para ele; no inverno, sopa quente. Naquele dia estava fraco, queixando-se de tonturas. (OBS 3)

Na pré-consulta era avaliado paciente com expressão de dor, que teve dificuldade em retirar o casaco para verificar a pressão. Ficou apoiado no cotovelo com a mão no rosto. A auxiliar chamava-o pelo nome e perguntou se estava trabalhando. Ele respondeu: sim e ficou de olhos fechados o tempo todo. Referia dor nas costas havia uma semana. A auxiliar disse que ele era conhecido e era morador de albergue. Não sabia a sua idade. (OBS 8)

Alguns funcionários se apiedam dos pacientes moradores de rua/albergues, fornecendo-lhes ajuda como de alimentos, roupas e medicamentos. Nos dois casos pôde-se observar que havia carinho e vínculo.

O vínculo também foi identificado na procura espontânea pelo serviço e por determinado profissional médico, como pode ser evidenciado, nos relatos:

Chegaram na recepção do SPA duas pessoas solicitando verificação da pressão, para controle. A funcionária explicou que o serviço não verificava a PA e que deveriam procurar a área clínica. Elas tiveram dificuldade em aceitar o deslocamento até a área 10; depois de muito explicar elas foram embora. A funcionária disse que a definição de não verificar a pressão no SPA era complicada porque as pessoas não entendiam e insistiam em ser atendidas. Ela completou: os que tem vínculo são os mais resistentes. (OBS 9)

No guichê uma usuária procurava pelo Dr. X; a funcionária respondeu que ele não estava trabalhando naquele dia e informou os dias de seu plantão. A senhora disse: preciso consultar com ele e não sabia os dias de seu plantão. (OBS 9)

Como foi possível destacar nos dados empíricos, são muitos os motivos pelos quais os usuários acessam os serviços do SPA, mas não há dúvidas que o fazem para resoluções de necessidades, urgentes ou não, o que pode parecer aos olhos dos trabalhadores e gestores, que em situações não urgentes, os estariam utilizando de forma desfocada ou desnecessária.

A manifestação de uma necessidade pelo usuário pode expressar a solução pensada, por ele, do que representa um problema. Assim sendo, a definição do problema leva em conta o conceito de saúde-doença apreendido por ele nas suas relações sociais e no seu cotidiano. A compreensão e caracterização do problema pelos trabalhadores, torna o atendimento mais acolhedor e resulta em uma abordagem que leva a uma solução competente que satisfaça o usuário.

Pode-se afirmar que a finalidade da procura para o usuário é diferente daquela percebida pelo trabalhador, que será definida com base no discurso tecno-científico e na organização do Sistema. Conversando com um dos profissionais do serviço sobre esse tema ele afirmava:

[...] o problema do SPA é a eterna falta de identidade do serviço, ou seja, para que serve este serviço, se pra cá vem tudo. Na UBS também não há consulta que chegue, porque tem muita gente com necessidade de atendimento. Acaba que, muitas vezes, vem ao SPA o que não deveria estar aqui, mas que é uma necessidade da pessoa. Veja, no último plantão, um homem gripado e com o nariz entupido procurou o SPA, às 20h. O serviço estava fechando, tivemos que atendê-lo, aquilo era uma urgência para ele porque não conseguia respirar direito. (OBS 8)

Esse relato ilustra a divergência de interpretação da finalidade do atendimento de parte do usuário e do trabalhador, pois ao mesmo tempo que o profissional refere a inadequação quando diz: "*[...] se pra cá (referindo-se ao SPA) vem tudo.*", também reconhece que os pacientes têm necessidades a serem atendidas, a dificuldade está no acolhimento de demandas que não correspondam ao perfil do serviço.

Outra questão não menos importante é que chegam ao pronto atendimento usuários com necessidades que geram consultas e procedimentos de enfermagem, o que sugere que são demandas com maior gravidade e de complexidades diferentes das que acessam os demais serviços ambulatoriais, exigindo dos profissionais atenção redobrada para o risco de vida, o que define os perfis de atendimento do ambulatório e da urgência.

Constata-se que o SPA tem sido resolutivo às demandas graves e agudas, pois essas atendem ao perfil do serviço, e por isso, pouco são questionadas pela equipe, tanto no que se refere aos cuidados prestados pela enfermagem quanto pelos médicos. As chamadas queixas eletivas avaliadas no momento da triagem ou na consulta, são por vezes negociadas com o usuário. A resolutividade das necessidades apresentadas pelo usuário, fica exposto no limite da sua expectativa.

A forma como está organizado o trabalho, que prioriza a queixa principal, desconhece o antes e o depois dos atendimentos, a despreocupação com a cura, a desresponsabilização pela seqüência do atendimento, e, principalmente, o reforço da necessidade de consultas médicas como a única forma de acessar os serviços, faz com que, um número significativo de

atendimentos prestados no SPA, tenha um fim em si mesmo e que a satisfação das necessidades do usuário seja dada por si e não pelo Sistema.

6 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS

LEVES

O trabalho pode ser definido como um ato humano pelo qual os homens sociais produzem e reproduzem a sua existência, tanto no plano material quanto subjetivo, ambos condicionando-se mutuamente (PEDUZZI, 1998).

A organização dos processos de trabalho em saúde leva em conta o encontro do trabalhador que tem um saber tecnológico, constituído historicamente (saberes em geral e os específicos de cada profissão), com a matéria prima (insumos), os instrumentos de trabalho (normas, rotinas, diretrizes políticas, exames, consultas, equipamentos), com o agente consumidor (usuário), no momento do trabalho em si. Esse encontro resultará num produto, o cuidado, que na saúde é consumido, pelo usuário, no mesmo momento em que é produzido. (MERHY, 1997b, 2002; PIRES, 1999).

O processo de trabalho é determinado pela sua finalidade, pela idealização do resultado que foi projetado, pelo trabalhador, muito antes da sua realização. O produto obtido terá contido a intenção do trabalhador que realiza a ação. Por outro lado, o objeto da ação daquele produtor (o usuário) também interage no processo, colocando nesse espaço a sua intencionalidade, conhecimento e representações. Nessa troca de subjetividades estará expressa a concepção de saúde e doença de quem produz e de quem recebe os cuidados, assim como o modo de produção dos mesmos.

As formas de cuidado que os usuários representam podem ser diferentes daquelas norteadas pelo discurso técnico-científico. Saúde poderá ser considerada como felicidade, alegria, força para o trabalho, divergindo de uma concepção centrada na doença ou na sua ausência. A doença poderá ser representada por situações relacionadas às habilidades e às experiências cotidianas. Com a finalidade de obter a satisfação de suas necessidades o usuário poderá se apropriar dos termos médicos e os readaptar à sua subjetividade, camuflando, por meio da queixa, suas reais necessidades (TEIXEIRA, 2000).

Merhy (1997b, 2002) subdivide o ato produtivo em duas dimensões, quais sejam: o trabalho vivo e o trabalho morto. O primeiro representa o trabalho em si e se constitui das ações propriamente ditas, que ocorrem no cotidiano do trabalho, na relação que o trabalhador de saúde estabelece com o usuário. No trabalho vivo há um espaço de julgamento, de tomada de decisão, de reflexão, de intencionalidade, de integração e de utilização de saberes específicos para situações particulares. O trabalho morto é expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados que estabelecem processos de trabalho padronizados e repetitivos, onde pouco ou nada é visto da autonomia do trabalhador.

Assim, a forma como se organizam os processos de trabalho, pelos elementos que o constituem, se configurará em um determinado modo de produção que terá como resultado um produto, que denotará a intenção/projeto dos trabalhadores. Um modelo se transformará em prática cotidiana, quando todos ou a maioria dos sujeitos da organização/instituição o executarem.

A organização tecnológica do trabalho no serviço em estudo enfatiza o modelo clínico, tendo como finalidade a transformação do corpo anatomobiológico, pela restauração desse corpo, fundamentada nos saberes instrumentais da Anatomia, Fisiologia, Biologia, Patologia e Farmacologia. Esses saberes constituem-se no saber clínico, que opera transformações no

corpo doente, com base no que é normal e patológico, objetivando o normal, por meio do diagnóstico e da terapêutica.

A lógica como são produzidos os cuidados, nesse modelo, faz com que os profissionais tratem o indivíduo abstraindo sua doença, como se ela se apresentasse da mesma maneira e com as mesmas características em todos os pacientes. Assim, os aspectos individuais de cada pessoa ficam relegados a um segundo plano. Fatores sociais, econômicos, o sofrimento físico e psíquico, singulares a cada indivíduo, também podem ser desvalorizados, não fazendo parte das necessidades a serem tratadas (LIMA, 1998).

Os atendimentos no SPA têm como base a queixa principal, estando todos organizados dando enfoque na consulta, nos procedimentos e no parecer médico. A enfermagem atua de forma complementar, com autonomia relativa, servindo muito mais como suporte às ações médicas.

Na próxima sessão será apresentado o fluxo do usuário e dos atendimentos no SPA, de forma a evidenciar o modo de produção desse serviço, explicitando o acesso, o acolhimento e o vínculo do usuário ao Sistema de Saúde, e na seguinte, será apresentado o processo de trabalho da enfermagem no pronto atendimento, discutindo o autogoverno do trabalhador, na perspectiva da ampliação de seus espaços de autonomia e na utilização de tecnologias leves, no seu fazer cotidiano.

6.1 Fluxos de atendimento, acesso e acolhimento de usuários aos serviços

A classificação de acesso utilizada nesta sessão é a do acesso funcional, que inclui os tipos de serviço ofertados, os horários de funcionamento e a qualidade do atendimento¹⁵ (ADAMI, 1993; UNGLERT, 1993; RAMOS, 2001).

O acolhimento será analisado de forma que signifique muito mais do que tratar bem os pacientes. Essa acolhida deverá levar em conta o respeito, o interesse e a responsabilização pelos problemas/necessidades de usuários.

O acesso da população ao serviço é espontâneo, devendo o usuário preencher um boletim de atendimento (ANEXOS C), para posterior avaliação da enfermagem, na pré-consulta; esta avaliação determinará o tipo de atendimento a ser utilizado. Os critérios de acesso e de prioridade são preestabelecidos pela instituição/serviço (ANEXOS D e E) e por critério do profissional no trabalho vivo em ato¹⁶.

O preenchimento do boletim é manual, feito na recepção do Pronto Atendimento. As folhas em branco são colocadas, em uma prancheta, à disposição do usuário. Pela manhã é a funcionária administrativa que orienta o seu preenchimento. Nos turnos da tarde e noite os usuários são orientados pela enfermagem. Não existe um funcionário escalado para esta função. Muitas vezes é o próprio usuário que preenche, sozinho, o boletim. Existe uma primeira triagem, na recepção, onde são realizados questionamentos, na tentativa de organizar a demanda e descartar possíveis necessidades que não correspondam ao que é ofertado. Os boletins preenchidos são separados em três escaninhos: atendimento clínico, pediátrico e de enfermagem.

¹⁵ Esses autores classificaram o acesso de quatro formas: o geográfico, o econômico, o cultural e o funcional.

¹⁶ Esta expressão é usada por Merhy (1997b; 2002) quando salienta o autogoverno do trabalhador nas relações com o usuário.

Após o preenchimento do boletim, o usuário deverá aguardar, no saguão, o chamado da enfermagem para a segunda triagem, que ocorrerá no espaço da pré-consulta. Ela serve para ouvir a história do paciente, definir a queixa principal e estabelecer as prioridades de atendimento. Fazem parte dessa avaliação a verificação da pressão arterial e da temperatura axilar, a investigação do motivo do atendimento, da queixa principal e os sinais de gravidade que possam definir a tomada de decisão. Se as necessidades forem urgentes, os pacientes serão encaminhados diretamente para a sala de observação ou consultório, se não, voltarão para a sala de espera e aguardarão o chamado para consulta nos blocos de consultas eletivas.

A recepção de um serviço de saúde é um ponto estratégico. Por ela passam todos os usuários que necessitam de cuidados urgentes ou não; por isso deve ser pensada de forma que consiga dar respostas qualificadas ao usuário (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

A seguir serão apresentados alguns relatos de como essa avaliação é feita, tanto no guichê de recepção, quanto na sala de pré-consulta.

Na recepção, duas senhoras procuravam por atendimento. Uma delas teve os dedos prensados por queda de janela sobre a mão. O acidente ocorreu na noite anterior; como a dor não cessava e formou-se hematoma e edema, elas vieram para avaliação. Explicaram repetidas vezes o acidente doméstico e foram orientadas a procurar por atendimento traumatológico no Hospital X ou em clínica ambulatorial de traumatologia. Perguntaram as indicações de como poderiam chegar, de ônibus, até o hospital. Elas foram orientadas pela funcionária e saíram agradecidas. (OBS 13)

As senhoras foram orientadas, no guichê de recepção, a procurar o serviço que pudesse responder a sua necessidade, visto que o SPA não oferecia os serviços de Traumatologia. A funcionária fez a escuta das senhoras, permitindo a elas a expressão das preocupações e necessidades. A orientação do recurso mais próximo e adequado foi fornecida de forma cordial, embora o atendimento de sua necessidade, *a priori*, não estivesse garantido. Em

algumas situações sociais, o serviço disponibiliza o transporte ao usuário, principalmente quando ele está desacompanhado.

Acolher não significa solucionar todos os problemas que chegam ao serviço, mas a atenção dispensada na relação de atendimento, que envolverá a escuta, a responsabilização e o respeito à pessoa que porta a necessidade. Matumoto (1998, p.88) diz que "uma dispensa de atendimento pode ser acolhedora, se houver a disposição do trabalhador em escutar, procurar dar o atendimento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário, na situação."

No relato a seguir, a auxiliar de enfermagem definiu que a necessidade não era urgente e por isso encaminhou o paciente para o saguão de espera, onde deveria aguardar pelo chamado das consultas eletivas, que são agendadas, por hora, em blocos de atendimento.

O paciente estava na pré-consulta, queixava-se de dor nas costas e no peito. A dor teve início pela manhã. Quando questionado se tinha feito algum esforço, respondeu que tinha carregado peso, um dia antes. Foram verificados os sinais vitais e o paciente aguardou a consulta no saguão. (OBS 14)

Quando as auxiliares de enfermagem definem que o atendimento deve ser imediato os pacientes são encaminhados para a sala de observação. É importante ressaltar que na maioria dos plantões existe apenas um médico na escala, sendo ele o responsável por todos os atendimentos médicos. Quando dois estão trabalhando, dividem as atividades do turno.

A paciente, de 60 anos, estava na pré-consulta, queixando-se de cefaléia intensa, glicemia capilar de 175 mg/dl. Ela foi encaminhada, pelas auxiliares de enfermagem, diretamente para a sala de observação. No boletim foi registrado que não fazia uso de medicação indicada, havia 3 dias. O médico foi chamado para avaliação. (OBS 6)

O acesso direto dos pacientes à sala de observação é feito somente nos casos graves ou agudos, em que eles não apresentem condições de avaliação na pré-consulta. Na maioria das vezes, os pacientes chegam de carro, trazidos por familiares ou vizinhos, exceção aos eventos

ocorridos no próprio centro de saúde. Invariavelmente, o vigilante e/ou o motorista auxiliam os familiares na remoção, carregando o paciente até a sala de observação, ocasião em que os acompanhantes são orientados a dirigirem-se à recepção para preenchimento do boletim de atendimento, devendo aguardar pelo chamado, para esclarecimentos sobre o caso. Esses pacientes são atendidos pelo médico e equipe de enfermagem, ficam em leitos de observação até a alta para o domicílio ou serviço de referência.

Às 8h30min chegou uma senhora que teve queda da própria altura em frente ao posto. Ela era procedente de Eldorado do Sul; veio ao posto para consulta com especialista. Chegou em cadeira de rodas, trazida pelo motorista do SPA. Estava acompanhada do filho adolescente. Foi recebida pela enfermeira e 2 auxiliares de enfermagem. As funcionárias conversaram com ela, retiraram sua bolsa e óculos e entregaram ao filho na SO. Ele foi convidado, pela funcionária administrativa, a preencher o boletim de atendimento, na recepção. A paciente apresentava expressão de dor e parecia confusa. Os sinais vitais foram verificados após ser colocada no leito e coberta por cobertores. O médico foi até o leito e perguntou o que tinha acontecido. Não se ouviu o que a paciente respondeu, mas todos disseram: ah... e pareceram mais tranqüilos. O médico saiu e retornou em seguida, reiniciando a investigação. Ela respondeu às perguntas que lhe foram feitas. Disse que tropeçou, batendo a cabeça ao solo. O filho foi chamado para conversar com a equipe. Ele estava muito ansioso. Contou que a mãe caiu repentinamente, sem falar nada. O médico conversou com o filho e decidiu levá-la para hospital de Traumatologia, para realizar Raio X de crânio, devido à excessiva dor de cabeça. A paciente estava letárgica. A equipe avalia se o transporte seria feito no carro do serviço ou em carro particular, do tio, que foi chamado. O médico disse que ela estava bem, mas precisava confirmação através do RX de crânio para descartar possível fratura. Decidiram que a paciente iria para o hospital com carro próprio. O médico fez encaminhamento por escrito, fornecendo aos familiares o resumo do atendimento. (OBS 2)

No relato acima, foram prestados os primeiros cuidados à paciente, descartando risco de vida e proporcionando-lhe a melhor tecnologia disponível, o hospital, visto que o serviço não dispunha de radiologia. Percebeu-se a responsabilização pelo atendimento no momento em que o médico referenciou formalmente a paciente a outro serviço de maior complexidade tecnológica, através de resumo do evento e das condutas adotadas. Apesar de o transporte ter

sido realizado pelo familiar, a paciente aguardou em SO a sua chegada, e lhe foi entregue com as devidas recomendações e precauções.

Existe uma preocupação da equipe no transporte de pacientes pelo carro do serviço, visto que as emergências hospitalares retêm as ambulâncias/carros oficiais até que o paciente seja avaliado, inviabilizando outros serviços que possam ser realizados com o mesmo.

Até 2003 o serviço dispunha de uma ambulância do TIPO A¹⁷ que fazia o transporte social e de pacientes em estado agudo, as urgências graves eram removidas pelo Serviço de Atendimento Médico Urgente (SAMU). Essa ambulância, devido ao seu desgaste, foi retirada de uso. Avaliou-se, na ocasião, que o serviço não necessitava de transporte do tipo ambulância, pois os casos urgentes continuariam sendo transportados pelo SAMU e o transporte social poderia ser realizado em carro administrativo. A antiga ambulância não apresentava os pré-requisitos exigidos pela legislação vigente, faltavam-lhe os equipamentos de radio-comunicação e a equipe mínima.

Segundo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002), a ambulância do tipo A deverá conter sinalizador óptico e acústico, equipamento de radio-comunicação, maca com rodas, suporte para soro e oxigênio medicinal, assim como uma tripulação de dois profissionais, sendo um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

Uma das enfermeiras relatou que ficava aliviada pelo fato de que o carro era administrativo (gol ou Kombi) porque, no tempo da ambulância, era muito complicada a liberação. Os médicos não aceitavam a saída do veículo. O transporte social muitas vezes necessitava de enfermagem, o que nem sempre era possível, devido ao número reduzido de funcionários. O motorista, sozinho, não poderia carregar a maca e responsabilizar-se por ações que não eram de sua competência. (OBS 10)

¹⁷Pela classificação dos veículos de atendimento pré-hospitalar móvel, esse tipo de veículo é " [...] destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo." (BRASIL, 2002, p.40)

Outra forma de acesso de pacientes à SO é para procedimentos que qualifiquem a avaliação da triagem. As auxiliares de enfermagem trazem pacientes para essa sala quando a queixa e a história indiquem a necessidade de um eletrocardiograma, glicemia capilar ou oximetria.

Entrou na SO uma das auxiliares da pré-consulta acompanhada de um paciente. Ele se queixava de tontura. Ela indicou uma cadeira para o senhor sentar e disse à colega da sala que faria uma glicemia capilar, para a triagem. A auxiliar informou o que seria feito e que o exame era para detectar o diabetes. Perguntou se ele era diabético e se usava insulina. Ela foi explicando como o procedimento seria realizado e, conversando, descontraíu o paciente; que parecia tenso. Ele disse: estou com medo... Ela continuou conversando com ele (glicemia 76 mg/dl). Ela perguntou: o senhor se alimentou, hoje? Não se escutou a resposta. Ele foi encaminhado para a consulta médica.(OBS 5)

Por ser um procedimento invasivo, e nem sempre necessário, a glicemia capilar não faz parte dos procedimentos de rotina, realizados na pré-consulta. No relato acima, a auxiliar de enfermagem optou por incluí-la na avaliação, na tentativa de qualificar o critério de prioridade/gravidade do atendimento. Nesse caso o paciente foi encaminhado para consulta médica imediata, mas algumas vezes esse atendimento ocorre na própria SO.

Quando as necessidades não se adaptam exatamente ao que ofertado pelo serviço, existem dúvidas na avaliação/decisão a ser tomada, ou ainda, se as auxiliares de enfermagem não conseguem a adesão do paciente ao tratamento proposto, elas recorrem à enfermeira e/ou ao médico plantonista, para apoio às condutas a serem adotadas.

Entrou na pré-consulta um homem, vindo da UBS, com PA 210 x 110 mmHg. Já tinha sido atendido na semana anterior no SPA, apresentando PA 200 x 100 mmHg. Hoje, veio à UBS verificar a pressão. A funcionária do SPA comunicou ao paciente que seria preciso ficar em observação. Ele não queria, informou que não poderia ficar por muito tempo longe de casa, pois deixou a esposa doente, sozinha, em casa. A auxiliar pediu para a enfermeira que conversasse com o médico sobre o caso. A enfermeira tentou convencê-lo de que deveria aguardar porque a pressão estava muito alta. Ele decidiu ficar. A enfermeira foi conversar com o médico e retornou comunicando ao paciente que o médico viria conversar com ele. Então, mostrou o banco na frente do consultório clínico e pediu que ele esperasse pelo chamado médico. Mais

tarde o paciente retornou e entregou para as auxiliares a prescrição de Captopril sublingual, permanecendo em SO até a pressão normaliza. (OBS 5)

As auxiliares de enfermagem escaladas na pré-consulta realizam avaliações de pacientes e estabelecem prioridades o tempo todo. Elas utilizam o princípio da equidade para alocação de recursos que serão disponibilizados aos pacientes. Percebe-se que algumas são mais interessadas na investigação de necessidades, estabelecendo várias relações entre as queixas, sinais e sintomas e a história de pacientes. A capacidade de realizar uma boa avaliação dependerá dos instrumentos de trabalho a que lançarão mão, entre eles: a estrutura, o ambiente, as definições políticas, os saberes estruturados, os equipamentos disponíveis, a capacidade de estabelecer relações, assim como os aspectos sociais envolvidos no atendimento.

Souza; Lopes (2003) dizem que para realização do acolhimento é necessária uma estrutura que dê apoio ao profissional, pois assim haverá um contrato de cuidados que dará segurança e confiança a usuários e trabalhadores.

Sendo assim, em algumas situações, bem definidas, foi possível observar que as auxiliares de enfermagem exerciam o seu trabalho com maior autonomia, tomando para si a responsabilidade de orientar o usuário de como proceder no seu cuidado.

Entrou para a triagem uma paciente que teve mordedura de cão. Ela veio até o serviço em busca de orientações de como proceder nesses casos. Ela não tinha abertura da pele, apresentava hematoma e pequeno edema no local do trauma. Ela não corria risco, por isso foi dispensada após ter recebido orientações. (OBS 7)

Por outro lado, uma avaliação insuficiente ou inadequada poderá trazer desconforto e constrangimento para usuários e trabalhadores.

Saía do consultório em direção ao saguão de entrada, sendo retirada em cadeira de rodas, pela enfermeira, uma paciente com tala gessada em toda a extensão do braço e antebraço esquerdo. Ela apresentava expressão de dor. A filha, muito irritada, esbraveja, dizendo: Porque não me disseram, desde o início, que não era aqui? Eu fiquei esperando por 2 horas com minha mãe e agora não podem atender! Eu não estou passeando! Eu já tinha passado pela triagem e ninguém me disse que não atendiam (referindo-se ao atendimento traumatológico). Isso é um absurdo! [...] A enfermeira intermediava o conflito, tirando a paciente para fora do serviço. Ela tentava contornar a situação desculpando-se e buscando palavras para tornar o desconforto menor. O médico permaneceu no consultório. [...] O constrangimento foi geral. (OBS 7)

Este relato explicita a insuficiência de avaliação realizada pelos trabalhadores na pré-consulta e no consultório. Na pré-consulta, provavelmente não foi realizada uma boa investigação das necessidades da paciente, como por exemplo, a dor, ocorrência da lesão, número de dias de imobilização, tratamento, entre outros, assim como, parece não ter sido informada dos limites de oferta do SPA. A auxiliar de enfermagem, quando questionada, pela enfermeira, do motivo de tê-la avaliado de forma insuficiente, revelou que a filha apenas tinha informado de que a mãe estava com dor no braço e por isso, havia qualificado o atendimento como eletivo para atendimento à dor. É fato que houve uma avaliação insuficiente na pré-consulta, mas também parece ter havido, na consulta médica, deficiência de avaliação e de acolhimento, visto que nem a dor da paciente foi atendida.

Uma escuta qualificada, além de proporcionar um melhor atendimento, ajudará o paciente a percorrer o caminho da solução da sua necessidade. A escuta pressupõe perceber o outro como indivíduo, valorizando suas necessidades, sofrimentos, experiências de vida, interpretando o pensar, o sentir e o agir, no contexto de vida em que o usuário está inserido. Significa apreender na relação trabalhador/usuário, despojando-se de poder e de autoridade. (LEITÃO, 1995; MATUMOTO, 1998).

Cecílio (2001) diz que todo trabalhador deveria ter o compromisso e a preocupação de fazer a melhor escuta possível das necessidades trazidas pelo usuário que busca o serviço de saúde, pois elas podem chegar disfarçadas em algumas queixas específicas. "A demanda é um

pedido explícito, a 'tradução' de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades moldadas pela oferta que os serviços fazem." (p.116)

Leite; Maia; Sena (1999) dizem que as pessoas que chegam aos serviços, só conseguem acesso àquilo que a composição tecnológica existente permite realizar. Isso porque o perfil assistencial de cada unidade define o que será ofertado à população. Assim, o consumo de serviços de saúde está determinado pela oferta e pela procura.

O que os autores querem dizer é que as necessidades podem representar a busca de respostas para questões socioeconômicas, como as más condições de vida, a violência, a solidão, a necessidade de vínculo com um profissional ou serviço, o acesso a alguma tecnologia específica que possa proporcionar qualidade de vida. As demandas, por outro lado, podem ser a consulta, acesso a exames, medicamentos, que são a forma explícita de como os serviços organizam a sua oferta.

Outro aspecto não menos importante na estruturação do trabalho é o tempo de espera para os atendimentos. A forma como o usuário é recebido, na recepção do serviço ou na sala de pré-consulta, pode amenizar o desconforto da espera prolongada.

Na recepção, enquanto preenchia o boletim de atendimento, a usuária perguntou se demoraria para ser atendida. A recepcionista disse: a triagem eu acredito que não demore, mas o atendimento médico é definido pelo médico. Ele nos dirá quando poderemos chamá-la. A administrativa falou com voz pausada e suave. Foi muito atenciosa. A paciente terminou o preenchimento e aguardou no saguão o chamado da enfermagem. (OBS 14)

Embora a funcionária não tenha definido o tempo de espera para o atendimento, a sua atenção e cordialidade parecem ter proporcionado à paciente uma melhor tolerância para suportar o tempo de espera.

O usuário parece sempre ter pressa quando procura, de forma não programada, pelos serviços de saúde. O choque entre a forma como o serviço se organiza e a expectativa do usuário gera uma certa falta de confiança e credibilidade na relação com os trabalhadores.

Uma senhora, vinda do saguão de espera, colocou a cabeça para dentro da sala de pré-consulta e ao mesmo tempo olhou o relógio, indignada. Voltou para o saguão. Mais ou menos 5 min. mais tarde retornou e perguntou, por uma fresta da porta, a que horas seria atendida. Depois de perguntar o seu nome e conferir na listagem, a auxiliar de enfermagem disse que seria atendida no próximo bloco de consultas e que seria a primeira a ser chamada. A usuária informou que já estava esperando havia 3 horas. A auxiliar respondeu que seria chamada brevemente. (OBS 7)

As auxiliares de enfermagem foram responsabilizadas pela não agilização do atendimento, fato que poderia interferir no acolhimento e no vínculo. Para Matumoto (1998, p.151), a pressa do usuário "[...] representa o tempo inteiro de que dispõe para suportar a espera pelo atendimento." Quando a espera ultrapassa os limites de sua tolerância e se choca com a falta de tempo do trabalhador, ocorrem os conflitos de necessidades.

A agilidade no atendimento é dada pelo médico em consonância com o volume de atendimentos da sala de observação, da espera para consultas imediatas e da agenda de consultas eletivas. A presença de 2 médicos no plantão agiliza o atendimento, embora sobrecarregue a enfermagem com demandas de procedimentos variados. As consultas eletivas são agendadas em blocos de 4 e 6 consultas/hora dependendo do médico plantonista. É o médico que autoriza a chamada dos pacientes.

O médico entrou na sala de observação e avaliou um paciente com dor. Depois foi até a pré-consulta e pediu que fossem chamados mais 4 pacientes para o consultório. A auxiliar de enfermagem foi até a porta da recepção e chamou, pelos nomes, os pacientes que estavam aguardando no saguão. Todos entraram pela porta principal, passaram pela pré-consulta e foram orientados a esperar no corredor em frente ao consultório clínico. (OBS 13)

No plantão havia apenas uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. No horário de almoço o atendimento diminuía e ficava lento devido ao número reduzido de funcionários. Estavam 2 médicos no plantão e os dois pacientes

esperavam pelo atendimento. Não houve pressa em chamá-los para o atendimento, mesmo quando as salas estavam vazias. (OBS 14)

Observei que os pacientes esperavam por longos períodos pelo atendimento médico eletivo, algumas vezes justificados pela existência de um único plantonista e, em outros, pelo número elevado de atendimentos. Mas, em alguma vezes, pacientes esperaram por atendimento sem um motivo plausível. Há uma cultura de fazer esperar porque o número de atendimentos não cessa. Se não for aquela pessoa, seria outra e, assim por diante. Nesse caso a adequação dos atendimentos é dada a partir da necessidade dos trabalhadores e não a dos usuários.

Enquanto a administrativa atendia o guichê, uma senhora que estava aguardando reavaliação perguntou a auxiliar de enfermagem: o médico foi embora?. Respondeu que não. Ela afirmava que está esperando há muito tempo, sentada na frente do consultório. Auxiliar: a senhora deve aguardar porque o médico é o mesmo que atende os pacientes na SO. Explicou que havia só um médico para os consultórios e para a observação. Ela agradeceu a informação e voltou para o banco resignada, dizendo: ahh ...deve ser isso, ele tá atendendo na observação. Mais ou menos 5 minutos depois voltou e perguntou: o médico sabe que estou esperando pela consulta?. A auxiliar respondeu que sim e que devia aguardar a reavaliação do médico. Um pouco depois o médico apareceu no corredor da triagem e chamou a paciente e o esposo. O médico deu as orientações de alta. A senhora e o esposo foram muito atenciosos com o médico e agradeceram pelo atendimento, saindo do serviço. (OBS 9)

Nesse relato o médico encontrava-se em atendimento na SO, mas não é incomum os médicos atenderem apenas 4 pacientes/hora enquanto há um número maior aguardando por atendimento por 2 a 3 horas. Na maioria das vezes, o usuário aceita as desculpas fornecidas pelos trabalhadores para justificar a demora pelo atendimento.

A paciente foi avaliada na pré-consulta; a auxiliar de enfermagem pediu que ela aguardasse no saguão de espera que mais tarde seria chamada para a consulta. Ela perguntou: vai demorar? Auxiliar: sim, pode demorar. Ela olhou para o corredor em frente aos consultórios, que estava vazio e recém tinha vindo do saguão que também estava vazio e disse: não vejo ninguém para atendimento. Por que vai demorar? Auxiliar: o médico também atende a SO e tem pacientes lá. É ele que define quando a senhora será atendida. Ela

diz: ahhh ... tem sala de observação, não sabia. Ela faz uma expressão de quem tinha se equivocado e pede desculpas. Levanta e vai para o saguão. (OBS 17)

Ludwig (2000) salienta que a satisfação do usuário pelo atendimento recebido está diretamente relacionada ao acesso, pois sendo difícil conseguí-lo, quando obtido, gera imensa gratidão por parte do usuário, fazendo com que não reclame do desconforto vivenciado.

Essa relação um tanto perversa, de fazer o usuário esperar, de submeter-se as normas/regras informais, do pequeno espaço de expressão de suas necessidades como usuários, nem sempre é percebida pelos trabalhadores que correspondem a isso viabilizando o cumprimento das normas, transformando-se, algumas vezes, em meros executores de rituais, diminuindo, assim, a sua autocrítica, capacidade de autonomia e disponibilidade para o acolhimento.

O preparo do ambiente diz respeito ao cuidado que o trabalhador e o serviço de saúde têm ao executá-lo e não se limita apenas ao preparo da área física, pois é nesse espaço que o trabalhador explicita a sua disponibilidade para a relação com o usuário. A forma como o trabalhador se apresenta para o trabalho, como o mobiliário é disposto, as agendas organizadas, as normas estabelecidas, as informações disponibilizadas, podem tornar um ambiente acolhedor ou não. Os ambientes abertos, barulhentos e de grande circulação de pessoas, diminuem a privacidade no atendimento, interferem no acolhimento e reforçam o foco na queixa principal, ficando a pessoa esquecida e relegada a portadora de uma doença. Todo o processo de trabalho que tem como foco central a queixa principal, distancia-se da relação humanizada porque dificulta ao trabalhador perceber o outro como uma pessoa inteira, que está necessitando de cuidados, e que essa necessidade, vai muito além de uma queixa. (MATUMOTO, 1998)

A pré-consulta está localizada em um espaço pequeno e aberto, sem portas, entre as paredes do saguão e a sala de observação; não existe divisória para a recepção. Portanto, ela é

vista pelo visor da porta de entrada e do guichê, bem como do corredor em frente aos consultórios. Poderia ser comparada a uma vitrine, sem privacidade para trabalhadores e usuários. A triagem é feita em duas cadeiras colocadas próximas ao corredor de passagem, duas a três auxiliares de enfermagem trabalham nesse local e os pacientes são atendidos simultaneamente. É necessária uma atenção extrema, pois passam por ali todas as pessoas que chegam e saem de atendimento. São as que saem da consulta com prescrição de injetáveis, as que necessitam de sala de observação e as que são chamadas para a triagem.

Nos dias mais agitados é preciso muita atenção da recepção, evitando assim confundir a seqüência de boletins, a chamada para os blocos de consultas eletivas, os nomes dos usuários que aguardam ou que estão em atendimento, entre outros.

O acompanhante de paciente da SO colocou a cabeça pela fresta da porta que dividia o saguão da sala de pré-consulta e perguntou pela paciente Y. A resposta de uma das auxiliares de enfermagem foi de que a moça estava na sala de observação porque a PA estava muito alta. Ele agradeceu e foi embora. (OBS 7)

Nos turnos da tarde e noite são as auxiliares de enfermagem que assumem a função de informar o estado dos pacientes em atendimento e o tempo de espera para as consultas eletivas; no turno da manhã esta atribuição é da funcionária administrativa. Em algumas situações a enfermeira toma para si esta tarefa.

A enfermeira assumiu a responsabilidade de informar aos familiares o destino de um paciente que foi atendido pela manhã e transportado para hospital. Os familiares queriam saber o horário da transferência e o que tinha acontecido com ele. Pediram para a enfermeira ligar ao hospital para obter informações. A enfermeira procurou dados no boletim de atendimento, pedindo para uma das auxiliares localizar o motorista para conhecimento dos fatos. Ele informou que o paciente recebeu o primeiro atendimento no SPA e depois foi levado para o Hospital C e que o transporte foi social. No hospital informaram que o paciente foi agendado para consulta às 21 horas. A enfermeira atendeu os familiares no guichê de recepção, a conversa foi muito amistosa. (OBS 7)

Observa-se nesse relato que o acolhimento se efetivou tanto pelo acesso ao primeiro atendimento quanto pela responsabilização da equipe ao transportar o paciente para outro hospital. A enfermeira forneceu aos familiares uma informação qualificada, investigando, de múltiplas formas, o caminho percorrido pelo paciente, no serviço e fora dele.

Mas nem sempre o serviço consegue dar conta dessa atenção ao usuário, esquecendo-se da pessoa que sofre ou porta necessidades, condicionando-se a obedecer às normas estabelecidas.

Mais tarde chegou um paciente solicitando aplicação de Benzetacil. A auxiliar informou que não poderia aplicar a medicação sem a prescrição médica. O paciente insistiu dizendo que fazia uso da medicação de forma rotineira e que era difícil conseguir a consulta. Ela reafirmou que não podia fazer a medicação. Ele insistiu mais uma vez, não obtendo resposta afirmativa da auxiliar de enfermagem. Agradeceu e foi embora do serviço. (OBS 12)

Observa-se que neste relato a escuta ficou condicionada, o tempo todo, ao programado pela norma, ou seja, sem receita médica, a medicação não foi aplicada. A auxiliar de enfermagem não investigou as razões do usuário para a busca da medicação, deixando de avaliar a importância desse medicamento na resolução do seu problema de saúde. Talvez uma investigação qualificada pudesse justificar a necessidade de um atendimento médico que garantisse ao usuário a aplicação da medicação.

A norma preconizada pelo serviço é de que as prescrições provenientes de outros serviços de saúde serão copiadas no boletim de atendimento, contendo o nome do médico e seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM). Não é necessário trazer a medicação a ser aplicada, exceção às medicações não padronizadas pelo SUS ou que estejam em falta na farmácia. Segundo a norma, o trabalhador está autorizado a aplicar a medicação, desde que seja fornecida a receita com a prescrição.

Os resultados dos estudos de Schimith (2002) e Rossi (2003) alertam de que existe, nos serviços de saúde, uma violência institucionalizada que não é percebida pelo trabalhador e que está associada à não articulação de respostas aos problemas do usuário. Rossi (2003) acrescenta que essa violência, em muitas instâncias, também não é percebida pelo usuário.

Uma senhora idosa foi chamada para a triagem. Ela procurou o serviço para mostrar exames realizados em outra unidade de saúde. A auxiliar de enfermagem explicou que no SPA o médico não avalia exames. Ela disse: a enfermeira do meu postinho mandou que eu viesse na emergência do postão mostrar meus exames porque no postinho, perto de casa, não tem médico e não sabem quando voltará. Ela contou que havia consultado e que o médico pediu-lhe exames e que no seu retorno à unidade, foi informado de que o médico tinha se demitido do serviço. Ela estava com os exames em mãos e não sabia para quem mostrá-los. A funcionária explicou que ela deveria subir até o saguão do CS para tentar na marcação o agendamento de uma consulta para um clínico da UBS, dizendo: pelo horário (aproximadamente 10h), será difícil que a senhora consiga a consulta pra hoje. Ela agradeceu e foi embora do serviço. (OBS 9)

Apesar de o serviço estabelecer como norma não revisar exames de outros serviços, não renovar/fornecer receitas, não atender demandas claramente eletivas, em alguns casos, os trabalhadores optam por discutir com a enfermeira e/ou médico sobre a possibilidade de responder a tal necessidade. Nesse caso, o motivo do atendimento era claro, a usuária tinha sido referenciada pela UBS do seu bairro e, mesmo assim, não obteve a resposta desejada. A funcionária não hesitou em encaminhá-la para outro serviço, apesar de não ignorar o grau de dificuldade em conseguir a consulta. Por outro lado, a enfermeira do serviço de origem (UBS), encaminhou a usuária ao SPA sem comunicação prévia, ficando por conta da paciente a luta pela resolução do problema.

Teixeira; Mishima; Pereira (2000) dizem que em algumas instituições de saúde os trabalhadores estão protegidos da realidade de vida dos usuários, pois não se envolvem com muitas das situações difíceis que eles possam estar enfrentando, o que faz com que, na maioria das vezes, o trabalhador separe a pessoa da doença e trate apenas a doença.

A colocação em prática dos princípios do SUS, universalidade, equidade, acessibilidade e integralidade, de uma forma ou outra tem relação direta com as formas de acolhimento. Eles estarão presentes na disponibilidade do trabalhador para efetuar o atendimento. Essa disponibilidade pode ser expressa no ponto de início de uma conversa, no reconhecimento de um problema e na busca de soluções criativas para as necessidades alheias.

O não acesso ocorre, também, pelo tempo de espera a que o usuário é submetido.

A enfermagem relatou que, nos dias de muito atendimento, as consultas vão se acumulando e os médicos não dão conta de atender a todas as frentes de trabalho e, por isso, as pessoas na sala de espera vão se incomodando e desistem do atendimento. (OBS 3)

Quando os pacientes são chamados e não comparecem, a enfermagem escreve no boletim "não respondeu ao chamado", guardando o boletim em escaninho próprio. Caso a pessoa procure pelo atendimento em outro horário, ela é inserida nos blocos de atendimento.

De acordo com a necessidade identificada, após a consulta, os médicos encaminham o paciente para a SO, a de pré-consulta, a sala de nebulização, para marcação de consultas e/ou exames nos guichês de recepção do Centro de Saúde, à farmácia ou à saída do serviço. Quando existe a necessidade de procedimentos, os pacientes mostram para as funcionárias o boletim com a prescrição.

Entrou na SO um paciente vindo do consultório. Ficou sentado em cadeira para aguardar o preparo da medicação. Quando estava pronta, a auxiliar pediu que se dirigisse a sala de aplicação de injetáveis e aguardasse atrás do biombo. Avisou que a medicação seria na nádega. Os dois foram para a sala, o paciente na frente e a auxiliar logo atrás. Rapidamente voltaram. Ele elogia a aplicação dizendo: que mão leve! Ela: sorrindo disse que dependia da medicação e do volume prescrito. Ele agradeceu e foi embora. (OBS10)

O auxiliar preparava uma medicação injetável para um senhor que estava na sala de injetáveis. Após a aplicação, ele saiu agradecido, a outra auxiliar da SO disse: estimo a sua melhora. Ele agradeceu. (OBS 5)

Embora exista um clima de muita cordialidade no atendimento, pelo qual os usuários saem agradecidos e as relações sejam agradáveis, observa-se que a prestação dos serviços é direcionada e focalizada no ato a ser executado, não abrindo espaço para a ampliação do foco de atendimento para além da queixa principal e da prescrição médica. Como já foi descrito, a comunicação entre setores, na maioria das vezes é feita por receituários, boletins de atendimento e encaminhamentos, o que restringe a participação dos demais trabalhadores do serviço na tomada de decisão. Nos dias de maior volume de atendimentos esse fato se torna mais evidente.

Foi possível observar que nesse serviço não há homogeneidade na forma como produzem os cuidados, o que significa que há um jogo de subjetividade presente, que interfere no atendimento. Em alguns momentos, a relação trabalhador/usuário torna-se humanizada, quando o paciente é atendido com um sorriso, é chamado pelo nome, lhe é dada a prerrogativa de participar do cuidado, ou seja, é visto como alguém que porta necessidades, em outros, a ação volta-se somente para o procedimento, toda a atenção é direcionada para a execução da técnica, ficando a pessoa relegada a objeto.

No SPA as ações de recepção, triagem, consulta médica e pós-consulta são o trabalho central desse serviço. Ele é realizado muito rapidamente, por vezes, de forma confusa, com diálogos dirigidos para a queixa, podendo trazer um nível de insatisfação grande para usuários e trabalhadores. O corpo anatomo-biológico é identificado através da queixa, na tentativa de transformá-la em um possível diagnóstico; sendo assim, em muitas situações, a queixa deixa de fazer parte da pessoa e se transforma em um sinal ou sintoma de doença, que, então, será o objeto de trabalho do médico e da enfermagem. O trabalho das diferentes categorias profissionais está articulado para garantir o pronto atendimento. Os médicos fazem a consulta,

buscando a resolução dos sintomas referidos pelos pacientes e a enfermagem executa atividades a fim de acomodar e encaixar os usuários para e conforme a consulta médica.

6.2 Processo de trabalho da enfermagem no pronto atendimento e o autogoverno do trabalhador

No Campo da Saúde as dimensões macroestruturais têm sido mais discutidas no interior das organizações; os gestores vêm introduzindo políticas que implementem ações em prol da satisfação das necessidades do usuário, mas o resultado obtido ainda está aquém do esperado, tanto pelos gestores, trabalhadores, quanto usuários. Os estudos de Merhy (1997a, 1997b, 2002) têm demonstrado que é no espaço da micropolítica do trabalho vivo em ato que se constroem espaços interseçores¹⁸ para a construção de atos de cuidado. No trabalho em ação o trabalhador poderá tanto usar o que já está construído, estabelecido, como pode exercer a sua autonomia construindo novas formas de cuidado em saúde.

Para o autor sempre existirá um espaço de exercício do autogoverno do trabalhador, pois sempre que houver trabalho vivo em ato, existirá a possibilidade de criatividade, podendo ser explorada para inventar novos processos de trabalho, inclusive para aquelas dimensões ainda não pensadas. Mesmo nos processos mais arraigados, sempre há a possibilidade de se formarem fissuras para que seja questionada a lógica estruturada de produção de cuidados, podendo, assim, o trabalhador, estabelecer linhas de fuga que ampliem a sua atuação e autonomia em prol da satisfação das necessidades do usuário.

¹⁸ O termo interseçor usado por Merhy (2002) representa a união das palavras interseção/intervenção. Os espaços interseçores ocorrem no processo de trabalho em saúde, quanto são estabelecidas relações entre o agente produtor, com suas ferramentas, com o agente consumidor, "...tornando-o parte objeto da ação daquele produtor mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho: e que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade." (p.59)

A seguir será apresentado o processo de trabalho da enfermagem no SPA e a forma como é operacionalizado, levando-se em conta o autogoverno desse trabalhador.

Na escala de enfermagem existem 5 auxiliares para cada turno de trabalho, sendo que três (3) ficam na pré-consulta e duas (2) na SO. O terceiro da pré-consulta é o volante para aplicação de injetáveis, nebulizações e para os atendimentos de urgência. Na divisão do trabalho é a enfermagem que recebe os pacientes vindos dos consultórios para administração de medicamentos. A auxiliar de enfermagem que fica na observação é freqüentemente solicitada para a aplicação de injetáveis. Os pacientes não esperam muito tempo pelo procedimento, eles podem entrar sozinhos ou acompanhados por uma das auxiliares da pré-consulta, que, muitas vezes, assume para si a tarefa de administrar a medicação, aliviando a colega da SO.

Enquanto prestavam atendimento para a paciente da SO, chegou uma senhora para aplicação de injetável. Outra auxiliar assumiu a atividade. Preparou a medicação e encaminhou a paciente para a sala de aplicação, anexa à sala de observação. Aplicou a medicação e saiu. Segundos depois, a paciente também saiu e foi embora. (OBS 2)

Como não existe um médico escalado para prestar atendimento na sala de observação, mesmo quando existem dois médicos na escala de plantão, muitas vezes é a enfermagem que solicita ao médico a reavaliação de pacientes da SO.

Durante o período que se conversou com os médicos, por 2 vezes, houve interrupção de parte da enfermagem, para discutir as condutas a serem tomadas com pacientes da observação. É comum as auxiliares ou a enfermeira irem até a sala de estar (descanso) solicitar avaliação ou chamá-los para o atendimento, o que, segundo relato da enfermagem, nem sempre é bem acolhido por alguns médicos. Hoje não houve constrangimento. (OBS 6)

São as auxiliares de enfermagem que se responsabilizam por controlar e chamar os blocos de consultas clínicas e pediátricas. Elas organizam as planilhas, controlam os nomes de quem já foi chamado ou não, dos escaninhos do guichê de recepção, acompanham a agilidade

e os fluxos de atendimento, registram as desistências e os nomes de quem está ou esteve em atendimento na sala de observação e orientam os pacientes na pós-consulta.

Um paciente saiu do consultório e perguntou para a auxiliar se os medicamentos prescritos podiam ser retirados na farmácia do SUS. A auxiliar leu as receitas e informou que os medicamentos A, B e C poderiam ser encontrados nas farmácias do SUS e que o medicamento X não era padronizado, podendo ser encontrado em farmácias privadas. O homem agradeceu e foi embora. (OBS 8)

Uma das auxiliares de enfermagem foi até a porta do saguão e chamou uma criança para a consulta pediátrica. Quando entraram ela pediu que aguardassem no corredor em frente ao consultório 2. Ela perguntou para as colegas: o próximo bloco clínico já foi chamado? Não sabem. Então, resolveram ir até o consultório clínico para cruzar os nomes dos pacientes atendidos com os da planilha da pré-consulta e, assim, tiveram a certeza de que poderiam chamar o bloco das 17 horas. (OBS 7)

Uma das auxiliares pegou 2 boletins no escaninho do guichê e chamou as usuárias para a pré-consulta. Enquanto ela fazia a triagem, a outra auxiliar pegava, no escaninho de procedimentos, um boletim e chamava do saguão uma criança, acompanhada da mãe, para nebulização. A senhora mostrou a receita que tinha sido prescrita em outro serviço de saúde. [...] Ao mesmo tempo, a enfermeira chamava mais um paciente para a nebulização [...]. (OBS 8)

Na falta de um ou mais auxiliares, as atividades são reorganizadas, sendo que desaparece a função de volante e é a funcionária da SO ou da pré-consulta, dependendo das demandas desses setores, que assume as nebulizações. Nessa época do ano (dezembro) a sala de nebulização é pouco utilizada, é a auxiliar da SO ou a volante que atendem essa sala. Existe uma escala de trabalho que fica afixada na sala de observação.

Para preenchimento da escala de trabalho das 7h às 20h, existe escalonamento de horários na enfermagem, preenchendo as necessidades do serviço e do trabalhador. No início do plantão, no horário de almoço e no final do turno estão na escala a enfermeira e apenas 2 auxiliares de enfermagem.

As 3 funcionárias atenderam a todas as frentes de trabalho. Observou-se que a enfermeira se posicionava no guichê tentando responder às necessidades, desde a chegada. Talvez fosse uma tentativa de minimizar os possíveis transtornos. As 2 auxiliares estavam uma na triagem e a outra nas medicações e SO. (OBS 8)

Na divisão de tarefas, nos turnos, a enfermagem também é responsável pela revisão e reposição dos consultórios, pela limpeza e guarda dos materiais, arrumação dos leitos, reposição de insumos e materiais e pela abertura do serviço, às 7h, e pelo fechamento, às 20h. O médico não participa dessas atividades, iniciando o trabalho na presença da enfermagem e saindo quando completa o seu turno de trabalho.

O serviço fechou as portas às 20h. Um pouco antes das 20h o vigilante foi baixando as cortinas para evitar que os usuários entrassem no último minuto. As auxiliares disseram que, às vezes, é difícil fechar exatamente no horário porque as pessoas vão chegando e querem ser atendidas. (OBS 4)

No cotidiano de trabalho foi possível observar que existem dias, de muito atendimento, em que os funcionários não param, em que o trabalho se desenvolve de forma tranqüila e sem conflitos; em outros, tidos como calmos, pelo menor volume de atendimentos, o ambiente pode ficar bastante confuso, [...] *o número de usuários era pequeno, mas a atuação das auxiliares e as reclamações dos pacientes agitavam o ambiente. (OBS 7)*

A enfermeira atua em todas as frentes de trabalho, principalmente nos dias de maior movimentação. Nesses dias/momentos, a enfermeira fica na recepção organizando as demandas e qualificando os atendimentos. *A enfermeira está na recepção fazendo o primeiro atendimento. Coleta as informações dos usuários e preenche o boletim de atendimento, dando as primeiras orientações de como devem proceder e avaliando as necessidades. (OBS 8)*

Neste estudo foi possível acompanhar as enfermeiras exercendo suas funções em diferentes âmbitos. Elas coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam e controlam as dinâmicas de trabalho no serviço. Elas fazem a interligação do trabalho médico com os demais funcionários, setores e serviços. Pode-se afirmar que o seu papel na equipe é

indiscutível e imprescindível. O trabalho das enfermeiras é muito interrompido, transitam constantemente pela unidade, sendo solicitadas por todos os profissionais da equipe, seja para informar familiares sobre o estado de paciente, organizar a seqüência de atendimentos, autorizar determinado procedimento ou tomada de decisão. São elas que respondem pela manutenção, almoxarifado, farmácia, entre outros, assim como atendem profissionais de outras instituições. A diversidade e a complexidade no trabalho das enfermeiras também foi percebida e relatada nos estudos de Almeida (1986); Cezar Vaz (1989); Almeida; Rocha (1997); Lima (1998); Lima et al. (2000); Gustavo (2001); Gaíva (2002); Rossi (2003).

A assistente social do Hospital K ligou para o SPA, pedindo que o motorista buscasse um paciente que foi transportado para tratamento no hospital, no início da manhã. Cada caso era avaliado pela enfermeira que definia se havia condições de liberar o transporte. (OBS 10)

O médico veio até a SO liberar duas pacientes e reavaliar o paciente que estava na SO desde cedo, com insuficiência respiratória. Ele observou que o fluxômetro de oxigênio estava com defeito e chamou pela enfermagem. A auxiliar revisou o equipamento e constatou o defeito. Ela chamou a enfermeira que examinou o equipamento e fez a troca. (OBS 10)

Saía um paciente do consultório e perguntava pela enfermeira, foi informado de que ela estava ocupada, atendendo na SO. Perguntei se ele tinha alguma medicação à ser feita. Ele disse: preciso fazer uma glicemia. Solicitei que aguardasse, pois logo seria atendido. Nesse momento, uma das auxiliares entrou na pré-consulta e pediu o boletim de atendimento, dizendo: eu mesma posso atendê-lo. Ele entrou na SO com a auxiliar. (OBS 8)

Almeida; Rocha (1997); Lima (1998) afirmam que a enfermeira assume a coordenação, supervisão e controle de todas as áreas de atendimento, intermediando relações entre os vários agentes, bem como entre os diversos setores, assim como seleciona pacientes de maior risco, dentro das prioridades estabelecidas. As formas de organização do trabalho de enfermagem, quais sejam, a funcional e a do trabalho em equipe, são estruturadas na divisão social e técnica do trabalho. Na modalidade em equipe, a enfermeira gerencia o cuidado e as auxiliares de enfermagem assumem a assistência, separando o trabalho em intelectual e manual. Por gerenciar o cuidado, a enfermeira se legitima com espaços de poder.

No SPA constata-se que há diferença na forma como as enfermeiras organizam o seu trabalho, todas fazem a função de supervisão e gerenciamento, com relação à assistência, cada uma estabelece diferentes prioridades no atendimento, uma atua mais no apoio e na assistência direta de casos agudos e urgentes, atua na recepção e na triagem quando chamada para avaliação, outra realiza atendimentos pontuais na assistência, circulando em vários locais de atendimento, a terceira, circula por todos os âmbitos, sendo a que estabelece relações mais acolhedoras e de inclusão do usuário no centro do cuidado.

Falo para a enfermeira que tenho visto o seu interesse em buscar informações para os problemas dos usuários e ela me diz: eu procuro soluções porque vejo a dificuldade porque as pessoas passam. Aqui, mesmo, quantas vezes chegam em horários que o serviço já está fechado ou são encaminhados de outros serviços para realizarem procedimentos que não ofertamos... e as pessoas perdem tempo e não conseguem o que querem. Eu procuro ajudar no que posso. (OBS 16)

Essa enfermeira expressou em vários momentos do desenvolvimento do seu trabalho que tem preocupação com o usuário e que sempre que possível estabelece estratégias para a satisfação de suas necessidades.

O rapaz acompanhado da mãe retornou ao SPA, vindo da farmácia, disse para a enfermeira que não estava disponível, naquele momento, o antibiótico prescrito. A enfermeira pediu para que eles aguardassem e retirou do estoque do SPA o quantitativo de medicação para 2 dias. Orientou que deveriam procurar a medicação em outros postos, citando outro CS. Ela informou que não poderia fornecer o tratamento completo, mas que forneceria a medicação para as primeiras doses. Eles saíram satisfeitos, despedindo-se das funcionárias. (OBS 5)

A enfermeira atua diretamente no acolhimento de demandas que não correspondam ao que é ofertado no serviço, nesse caso, a medicação não foi obtida na farmácia porque estava em falta, a enfermeira estabeleceu prioridade, fornecendo parte do tratamento.

As autoras Maia; Leite; Sena, (1999) afirmam que existem enfermeiras que atuam diretamente no acolhimento que é realizado na recepção da unidade, exercendo um trabalho

conjunto com as auxiliares e outras que restringem-se ao apoio técnico e retaguarda, atuando somente quando solicitadas.

Quando a atividade/questão não é inerente às funções dos demais profissionais da equipe, têm cabido à enfermeira a busca de soluções. Como por exemplo, na liberação do transporte, localização de familiares de pacientes, interlocução com o serviço de limpeza, almoxarifado, farmácia e manutenção, entre outros.

Na SO, paciente morador de albergue/pensão, veio ao posto marcar consulta e sentiu-se mal. Não autorizava a chamada de familiares. Na pré-consulta PA 210 x 130 mmHg, glicemia capilar 104mg/dl, Tax 36,5°C. Na SO, recebendo soroterapia endovenosa, monitorizado para eletrocardiograma, recebendo oxigênio por máscara, frequência cardíaca 87 bpm e saturação 100%. Ao entrevistá-lo descobriram que fazia uso de álcool. Estava bastante ansioso, confuso e apresentava tremores. [...] Duas horas depois o paciente continuava no mesmo quadro. A enfermeira contou-me as dificuldades que passam porque não existe no posto um serviço que assuma os casos sociais e são as enfermeiras que tem que localizar familiares, encaminhar pacientes para as instituições, etc. Ela perguntou: O que vamos fazer com esse paciente? Ele não tem condições de alta e não conseguimos descobrir nada sobre seus familiares. [...] O paciente teve alta à tarde, a enfermeira conversou com ele, por longo tempo. Ele parecia alerta. Respondia com clareza as perguntas que lhe eram feitas. (OBS 9)

Toca o telefone, ligação do PSF T, solicitavam transporte social. Como a enfermeira estava no Centro de Pequenas Cirurgias, a auxiliar pediu que ligassem mais tarde, pois somente a enfermeira poderia avaliar a situação e decidir pela liberação do transporte, mas comunicou que o serviço não dispunha de ambulância, somente um carro tipo GOL. (OBS 13)

Nas duas situações relatadas foi reservado à enfermeira dar respostas às necessidades que se apresentaram no trabalho. Na divisão do trabalho, com base nas profissões, a procura de serviços de saúde ou equipamentos sociais para transferência de pacientes a outras instituições, seria atribuição da assistente social; na sua ausência, coube à enfermeira a realização desse trabalho.

A liberação da ambulância já foi uma atribuição médica que, no passado, causou atritos na equipe porque o veículo era priorizado para os casos graves; havia um clima de insegurança entre os trabalhadores quando o SAMU era acionado e demorava para responder

ao chamado. Atualmente a liberação do carro de transporte é uma das atribuições da enfermeira. No turno da manhã, por vezes, a funcionária administrativa assume essa tarefa.

Existe um clima de cordialidade e espírito de equipe entre os trabalhadores do serviço. O trabalho funciona de forma harmônica, existindo interdependência e complementaridade das ações. O médico fica bastante protegido das mazelas da recepção e da triagem. Sua principal função é o diagnóstico e a terapêutica. As demandas que chegam para ele já estão organizadas pela enfermagem. Nesse processo são as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem que, inúmeras vezes, exercem a função de "para-choque"¹⁹.

Para Oliveira; Collet (2000) o saber médico e a competência técnica de cada profissional outorgam-lhe um poder correspondente. O médico, na produção e reprodução dos serviços no modelo clínico, ocupa o poder nuclear na medida em que é ele que institui o processo de diagnóstico e terapêutica. Todos os outros profissionais e seus saberes específicos entram em cena a partir de um indicativo médico. É ele que desencadeia todo o processo de restabelecimento da saúde ao corpo biológico doente. Sendo assim, seu trabalho possui a máxima autonomia e exerce grande poder institucional, estabelecendo normas e regras informais de funcionamento do serviço que poderão submeter os demais trabalhadores a relações inseguras e equivocadas com as regras da instituição, quando pressionados a cumprir umas e outras.

Por outro lado, Almeida; Rocha (1997, p.20) dizem que é importante deixar claro que "[...] a subordinação do trabalho de enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico."

A autonomia do profissional médico e correspondente subordinação do trabalho da enfermagem pode ser evidenciada neste estudo. Conforme o exposto, observa-se que as auxiliares de enfermagem, na pré-consulta, tomam decisões, muitas vezes, sem uma estrutura

¹⁹ Essa expressão está sendo usada no sentido de conterem a demanda, administrarem conflitos, serem as guardiãs das normas, exercendo a função de barreira.

que as proteja. A decisão é tomada individualmente e de acordo com as relações que conseguem, sabem ou podem estabelecer. A definição do que "passa ou não passa" para atendimento, dependerá do que é definido como agudo (norma), do conhecimento dos profissionais (saberes), do bom senso (competência), do humor e das prioridades estabelecidas pelos trabalhadores do plantão (normas/regras informais). Sendo assim, a enfermagem fica inúmeras vezes entre o mar e o rochedo, como por exemplo: se a triagem é feita logo que o usuário preenche o boletim, ele fica muito tempo em sala de espera, aguardando pela consulta e, com alguma frequência, desacata as funcionárias porque o atendimento médico está demorando, se não é chamado para a triagem, pode parecer, ao usuário, que estão esperando por longo tempo, enquanto a enfermagem está sentada, sem fazer nada.

Apesar de todo o trabalho que cabe à enfermagem nesse serviço, ela desenvolve seu trabalho com relativa autonomia. A enfermeira atua em um âmbito maior, transitando melhor entre as diferentes disciplinas/saberes, mas as auxiliares de enfermagem, estão presas às normas (formais/informais) e ao saber da enfermagem.

A enfermagem tem um papel social relevante, pois ao mesmo tempo em que se subordina ao trabalho médico, também pode reproduzir essa subordinação dentro de sua equipe, assim como pode modificá-lo. Ela poderá implementar abordagens que tornem o cuidado mais humanizado e mais voltado para os problemas e necessidades do cliente, ao invés de somente realizar tarefas e cumprir rotinas (KOHLRAUSCH, 1999).

Na realização de procedimentos é que se observa a maior liberdade no trabalho das auxiliares de enfermagem. É aí que conseguem estabelecer relações mais livres, utilizando um saber tecnológico, construído social e historicamente. No exercício de uma ação concreta, o procedimento de enfermagem, é que parece haver a identificação do cuidado.

Matumoto; Mishima; Pinto (2001) dizem que é nesse espaço singular, que as ações deveriam ser voltadas para a pessoa doente e não para a doença, estabelecendo-se relações atravessadas por subjetividades individuais e coletivas, exigindo dos trabalhadores o uso de saberes oriundos de diferentes disciplinas.

Merhy (1997b, 2002) refere que na produção do trabalho em saúde há sempre um certo autogoverno do trabalhador, o que possibilita a sua autonomia. Campos (1997b) nos fala que é impossível definir o sujeito somente a partir de si próprio. Para o autor, existe uma relação dialética entre os sujeitos e os sistemas de relações em que se inserem. Eles são, ao mesmo tempo, determinantes e determinados, sofrendo as influências do mundo em que vivem.

No contexto da Saúde, a doença, o sofrimento e o excessivo número de atendimentos, assim como, a forma como se dão os processos de trabalho, podem trazer desgaste ao trabalhador, fazendo com que não consiga estar o tempo todo ligado, atento as diferentes solicitações e aos cuidados exigidos pelo usuário. A humanidade do trabalhador também não pode ser esquecida porque o que ele vive e sofre no dia-a-dia do seu trabalho exige dele um desgaste físico e emocional.

Para Matumoto (1998) no pronto atendimento não existe um padrão do que chega para atendimento; as necessidades dos usuários são muito variadas e, por vezes, inespecíficas; sendo assim, o trabalhador necessita, o tempo todo, de estar alerta, dando respostas às demandas.

No serviço em estudo não foi diferente; os trabalhadores buscavam soluções, padronizadas e criativas que acreditavam atender às demandas de quem procurava por atendimento. Talvez os trabalhadores desse serviço ainda não tenham percebido o potencial de governabilidade e de transformação que é possível estabelecer a partir do cotidiano de

trabalho, ou seja, de quanto são capazes de intervir na qualidade das ações desenvolvidas e na resolutividade do serviço, atuando na co-gestão de seus processos de trabalho.

Nos relatos a seguir, serão descritas algumas atuações da enfermagem e o exercício do autogoverno desse trabalhador.

Uma das auxiliares entrou na SO e preparou uma medicação via oral para um adolescente (12 anos) que estava na pré-consulta, com queixa de vômitos. Mais tarde, ela informava a colega da SO que o menino havia vomitado. As auxiliares ficaram atentas ao que pudesse ocorrer com a criança. Uma delas foi conversar com o clínico que indicou instalação de soroterapia com Plasil. Pediram para o menino sentar na cadeira da SO enquanto era preparada a medicação. A mãe saiu da SO, voltando ao consultório para a consulta da outra filha menor. A auxiliar da SO perguntou: tá com sono? Quer deitar na cama? Ele respondeu que não. A criança estava prostrada e sonolenta. A auxiliar aceitou a resposta e não insistiu.[...] Quando o soro terminou, ele foi orientado pelo médico a permanecer uns 30 minutos em observação para ser reavaliado e, só então, liberado. Ele não vomitou, continuou sentado e sonolento.[...] Mais tarde, foi convidado a deitar em um dos leitos. Aceitou e permaneceu na SO por mais uma hora, tendo alta para o domicílio, acompanhado da mãe e da irmã. (OBS 5)

Na situação descrita identifica-se a enfermagem atuando de forma integrada, no momento em que fica atenta ao que possa ocorrer ao menino, agindo de forma humanizada quando chama a mãe para acompanhá-lo na SO, e quando, por duas vezes, o paciente é convidado a deitar-se, já que era visível a sua prostração.

Na pré-consulta uma senhora idosa era avaliada pela auxiliar de enfermagem, PA 150 x 90 mmHg, queixava-se de dor no estômago e pressão alta. A funcionária informou a pressão e perguntou se ela era diabética. Dando explicações à paciente sobre o que iria acontecer disse que coletaria uma gota de sangue para a glicemia capilar. A paciente informou que não era diabética, dando a entender que não precisava realizar o exame. A auxiliar disse: Mesmo assim vamos realizá-lo porque poderá ter relação com a sua tontura. Fez o exame e levou a paciente para a frente do consultório médico.(OBS 8)

Aqui se pôde constatar que por um lado a paciente se submeteu ao trabalhador para ter a sua necessidade atendida e, por outro, atuou como sujeito, preparando-se para a relação, visto que ela sabia, de antemão, que não era diabética e, por isso, sua glicemia não estaria

alterada, contra indicando o procedimento. A auxiliar de enfermagem, por sua vez, usou mais livremente o seu poder, reforçando a necessidade baseada no conhecimento científico, o que emudeceu a paciente. Nessa relação houve uma certa disciplinarização do atendimento que evidenciou o poder da funcionária sobre a usuária, que sem a informação necessária para contra argumentar, submeteu-se à decisão dela.

Na triagem, uma usuária queixava-se de dor nas costas. Disse que não tinha febre e por isso não precisava verificá-la. A funcionária explicou que era rotina do serviço. Ela se submeteu ao procedimento. Era paciente assídua no serviço, por isso foi tratada pelo nome. Veio em busca da consulta para obter a prescrição de medicações no SUS. A paciente foi triada e, como o serviço estava vazio, foi imediatamente encaminhada para a consulta. (OBS 3)

Nesse relato a funcionária acolheu a necessidade da usuária, mesmo não fazendo parte do cardápio da instituição; ela utilizou a sua capacidade de tomar decisões e rompeu com o que estava determinado pelas regras em prol das necessidades da usuária, mas se submeteu ao que estava estabelecido quando verificou a temperatura, mesmo quando não havia relação com a história da paciente, apenas por respeito à rotina.

Merhy (1997b, 2002) diz que no espaço do trabalho vivo em ato é que se observa o autogoverno do trabalhador de saúde. Ele alerta que existe a possibilidade do trabalho morto capturar o trabalho vivo de tal forma que o trabalhador não consiga exercer a sua autonomia, ficando assim, preso à lógica do trabalho morto expresso por algumas dimensões tecnológicas. Isso fica evidente no relato seguinte:

A paciente era moradora do bairro, tinha 81 anos, queixava-se de dor no corpo, dor na garganta, PA 140 x 80 mmHg, Tax. 38,4° C, gripe havia 10 dias, tosse seca, tomando Bactrim de 6/6 horas havia 4 dias, não sabia a dosagem. Foi atendida pelo médico do SPA, no consultório. Diagnóstico: faringite. Prescrição médica: Paracetamol 500mg, 2 comprimidos via oral e Penicilina Benzatina 1. 200.000, intramuscular. A auxiliar preparou a medicação na SO e se deslocou para a sala de aplicação de injetáveis. Logo em seguida retornou com a paciente que lhe perguntava se o médico havia prescrito Paracetamol, mostrando a receita da medicação. Auxiliar: o Paracetamol foi prescrito para ser tomado aqui, no pronto atendimento

(olhando o boletim de atendimento e as medicações prescritas na receita da paciente), e complementou: para conseguir a receita de Paracetamol, a senhora deverá marcar consulta na UBS. (OBS 2)

Nesse relato verifica-se o trabalho morto capturando o trabalho vivo, de maneira que a auxiliar não conseguiu exercer a sua capacidade de avaliação e tomada de decisão, ficando presa à regra, desvalorizando o desconforto, a idade e as condições de saúde da paciente, sem contar que esse atendimento deveria ter proporcionado a ela condições de conforto e restabelecimento. A funcionária poderia ter procurado o médico e discutido com ele a necessidade da medicação.

O que mais tem sido evidenciado no cotidiano das Unidades é o usuário se submetendo às regras, às normatizações, ao poder do serviço e dos trabalhadores, que adaptam a demanda ao que é ofertado. Essa relação é desigual e é dada pelo papel de usuário e de trabalhador, relação hierárquica e socialmente determinada pelas próprias relações, pelo domínio do conhecimento e das informações que cada um possui. A disponibilidade do trabalhador para a relação de atendimento leva em conta o contexto em que ele está inserido, assim como a sua relação de ser humano com o mundo, sendo sujeito que produz ações que mantêm e transformam a realidade (MATUMOTO, 1998; ALMEIDA et al., 1997).

A autonomia relativa, aliada à organização do processo de trabalho faz com que, em algumas situações não previstas pelas normas do serviço, a enfermagem consulte o médico em cada situação, enfrente o risco do conflito ou, simplesmente, agende a consulta e deixe que, no consultório, médico/usuário, negociem o que será feito.

A auxiliar de enfermagem triava 3 crianças com histórico de bronquite. As crianças corriam pela sala de pré-consulta. A auxiliar pediu que ficassem sentadas quietas para que ela fizesse a avaliação. O pai informava que estavam em crise respiratória e que não tinha a medicação. A auxiliar de enfermagem pediu que aguardassem o chamado para a consulta no saguão, depois disse: vou sair rapidinho de cena porque a situação não é urgente e o médico não gosta quando passamos casos eletivos. Complementa:.. não posso triar e mandar embora! Logo em seguida, a auxiliar chamou o pai e as

crianças para o atendimento e eles foram encaminhados para o corredor em frente aos consultórios. O médico foi avisado das consultas. Ele atendeu as crianças, uma de cada vez e constatou a crise de asma. Encaminhou duas das três crianças para nebulização. (OBS 13)

As normas informais estabelecidas pelos médicos causam insegurança no trabalho da enfermagem e, algumas vezes, podem levar a avaliações equivocadas que condicionam o acesso aos serviços. Observa-se que para evitar conflitos e constrangimentos para trabalhadores e usuários, freqüentemente o médico é consultado e o paciente só entra para o atendimento com o seu aval.

Na recepção a auxiliar de enfermagem atendeu um rapaz que estava muito agitado, parecia em pânico. Ao ser interrogado para o atendimento ele disse: moça estou com uma doença muito grave. A auxiliar perguntou: qual é a doença?. Ele disse: sífilis. Ela perguntou: Como tu tens tanta certeza de que é sífilis? Ele disse: tenho sintomas há mais ou menos 1 ano, sou estudante de nutrição e hoje de manhã procurei num livro e concluí que tenho todos os sintomas dessa doença. A auxiliar ficou perplexa e fez mais perguntas para o rapaz. Decidiu conversar com a enfermeira sobre o que fazer. A enfermeira atendendo outro paciente disse: conversa com o médico e pergunta se poderá atendê-lo. A auxiliar vai até o médico e retorna dizendo que o paciente preencha o boletim que o Dr. irá atendê-lo. Ele ficou na sala de espera caminhando de um lado para o outro enquanto aguardava o chamado para a consulta. (OBS 16)

Apesar de esse usuário não apresentar uma condição caracterizada como urgente, que justificasse a procura por pronto atendimento, a urgência estava estampada na sua angústia, assim como o comprometimento emocional. Os argumentos do usuário sensibilizaram os trabalhadores envolvidos no processo de tomada de decisão.

Após a consulta observou-se que a enfermeira ligava para um serviço especializado em doenças sexualmente transmissíveis, perguntando os horários de funcionamento e as formas de acesso ao serviço. A enfermeira levou o rapaz para a sala de acolhimento e conversou longamente com ele. (OBS 16)

Nesse atendimento foi possível observar a estratégia de acolhimento utilizada pelos trabalhadores, pois o usuário foi incluído no sistema de saúde, através de um atendimento humanizado, integral e com responsabilização pela sua condição de saúde, dando-lhe as condições de acesso ao serviço de referência. Também foi observado que os médicos têm interesse em resolver os problemas dos usuários sendo possível vê-los saindo do consultório para pedir auxílio para a enfermagem.

O médico procurou a enfermeira para discutir para onde encaminhar um paciente que necessitava de atendimento ambulatorial em buco-facial pelo SUS. A enfermeira citou 2 locais, mas não sabia se atenderiam se ele fosse encaminhado diretamente. Imediatamente ela ligou para um dos locais pedindo informações. Ela disse para o médico: o Hospital Y oferece atendimento de urgência ou de ambulatório com o encaminhamento do posto. O médico comentou: Então eu dou o encaminhamento. (OBS 5)

No encontro do trabalhador com o usuário deveria estar presente o compromisso e a preocupação com a melhor escuta das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço com queixas ou demandas. Através das demandas/queixas o usuário coloca todas as suas necessidades; caberia aos profissionais de saúde, programados e organizados pelo discurso biológico, a sensibilidade em decodificar esse pedido para melhor atender às necessidades da pessoa.

No estudo de Schimith (2002) foi observado que era o médico que definia o atendimento/encaminhamentos, as auxiliares de enfermagem realizavam seu trabalho com muito pouca autonomia, interligando-o e subordinando-se ao ato médico. No SPA as auxiliares procuravam o médico ou enfermeira para a definição do que seria atendido, mas era a enfermeira que utilizava melhor o seu espaço de negociação. Nas vezes em que ela levou a discussão para o médico as demandas foram atendidas, o que nem sempre aconteceu para as auxiliares. Pode-se supor que a abordagem utilizada pelas auxiliares estabeleça perguntas objetivas com respostas afirmativas ou negativas, sendo seus discursos pouco argumentativos,

o que difere das enfermeiras, que utilizam melhor o seu saber para defender a idéia ou proposta.

Para Teixeira (2000) a enfermagem, nos serviços de saúde, mantém uma contínua convivência com os clientes, de modo que isso lhe possibilita grandes oportunidades de interação. Entretanto, sua capacidade para ouvir ainda é limitada, pois tem desenvolvido mais a visão e as habilidades manuais e se condicionado a salvaguardar as rotinas da instituição. A habilidade de ouvir e de se aproximar do cliente favorece a relação terapêutica e abre espaço para a dimensão sensível do cuidado. Para isso, é preciso saber aproximar-se do cliente e ter a sensibilidade em perceber, no outro, os aspectos verbais e as expressões corporais; aspectos que nos instiguem na procura do auto-conhecimento.

As práticas de saúde determinam e são determinadas pelo cotidiano; portanto, não é possível afirmar que os trabalhadores sejam neutros e apenas executem o seu trabalho, nas condições que lhes são ofertadas/impostas, o trabalhador precisa ter consciência de que possui um *quantum* de poder e governabilidade que mantém ou transforma a realidade.

O serviço em estudo está organizado com base na consulta, dando prioridade ao trabalho médico. Sua finalidade é recuperar o corpo doente e tratar a doença, pinçada através da queixa principal. Apesar disso, apresenta movimentos para o acolhimento, mas esse movimento ainda é muito tênue e relacionado ao trabalho de alguns profissionais. Ele ainda precisa ser percebido por todos como uma estratégia possível, que ampliará o acesso e diminuirá a demanda por atendimentos médicos. Assim, a enfermagem precisa assumir seu núcleo de competência, o cuidado, que se voltará para a pessoa e não para a doença, utilizando todo o seu saber e sua sensibilidade no desempenho de sua autonomia.

Para isso será preciso ouvir usuários e trabalhadores, estar atento aos ruídos do cotidiano em prol da saúde do usuário/paciente, colocando-o no centro de todas as ações,

buscando soluções compartilhadas que ultrapassem a queixa principal e que possam estabelecer a integralidade da atenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida nesta investigação permitiu analisar a organização do trabalho em um serviço de pronto atendimento ambulatorial, com o objetivo de identificar os motivos pelos quais os usuários utilizavam o serviço, bem como as formas de acesso, acolhimento e vínculo deles ao Sistema de Saúde.

Serão abordados, neste capítulo, os principais achados da pesquisa, assim como propostas de intervenção consideradas importantes na construção do processo de trabalho que possam incluir o usuário no centro do cuidado e que ampliem o acesso da população às tecnologias disponíveis.

Uma das limitações deste estudo foi o fato de não terem sido entrevistados os usuários, o que poderia ter ampliado o foco sobre as suas necessidades e a contribuição do serviço à satisfação das mesmas.

A utilização da observação livre como técnica de coleta de dados permitiu acompanhar o cotidiano de trabalho dos profissionais, possibilitando a identificação dos motivos pelos quais os usuários do serviço procuravam acesso e a forma como eram acolhidos ao Sistema.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vem trabalhando, nos 16 últimos anos, na perspectiva de criar espaços de maior participação e inclusão da população ao Sistema de Saúde, utilizando os princípios do SUS como eixo estruturante do modelo de atenção escolhido. A partir da municipalização, iniciava-se a implantação do modelo da Vigilância da Saúde como estratégia de reordenar o Sistema e modificar os espaços de produção de trabalho em saúde. Muito já foi realizado, sendo possível observar as mudanças positivas alcançadas, mas muito ainda precisa ser feito para que as necessidades da população sejam satisfeitas, principalmente, no que diz respeito ao acolhimento, no sentido da

desburocratizarão do acesso, da responsabilização pelo acesso às tecnologias, da humanização do atendimento e da inclusão dos profissionais na co-gestão de processos de trabalho.

Julga-se que o modelo da vigilância foi o primeiro a ordenar os princípios do SUS e, por isso, correu o risco de ser implementado ao sabor das necessidades e interesses do momento. Obteve uma significativa mudança na forma de organização do Sistema, reordenando hierarquicamente os serviços, impondo uma nova forma de inserção, tanto no que se refere aos trabalhadores, como aos usuários. Depois de anos da sua implantação, vê-se que pouco se alterou a forma como o usuário é tratado no microespaço, assim como não conseguiu implementar um modelo de gestão que envolvesse substancialmente os diferentes subsistemas. Vemos que a integralidade do cuidado ainda é dada pelo usuário, que percorre sozinho, a seu critério e risco, os diferentes serviços, quando esta seria uma responsabilidade do Sistema de Saúde, como um todo. A hierarquização da atenção, ao invés de facilitar a vida de quem busca atendimento e racionalizar a sua utilização, tem servido para dificultar, ainda mais, o acesso aos serviços, pois não mudou a forma como são feitos os encaminhamentos, e não incrementou significativamente os saberes e as práticas. A burocratização do acesso fez com que muitos profissionais e serviços se desresponsabilizassem pela seqüência do atendimento, em nome da hierarquização, tirando do usuário o direito de lutar, mesmo que sozinho, pelo seu acesso.

Com isso não se afirma que o modelo é ruim e que deve ser descartado, mas que poderá ser acrescido de elementos que o facilitem e o qualifiquem, quais sejam: o vínculo, o acolhimento, a responsabilização e a humanização do atendimento. Esses elementos serão tratados adequadamente se não for perdida de vista a dimensão do indivíduo, que é construído social e historicamente, a qual, é pouco explorada no modelo da vigilância.

Respondendo às questões de pesquisa pôde ser percebido que acessam o SPA usuários com diferentes necessidades, desde as simples às mais complexas, que exigem dos

profissionais competência e atitudes criativas na solução de problemas. Pôde ser observado que usuários possuem vínculo com serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto nas especialidades de nível secundário, utilizando o pronto atendimento de forma complementar, de forma pontual ou continuada, para procedimentos médicos e de enfermagem.

Os principais motivos pelos quais os usuários procuraram o serviço, no período da coleta de dados, foram: nas situações graves e de risco para os pacientes, nas queixas agudas que envolviam desconforto físico e emocional, para necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes, na busca de atendimento complementar ao recebido em outros serviços de saúde e o vínculo com o próprio serviço.

Constatou-se que o SPA, na maioria das vezes, tem sido resolutivo nas necessidades do usuário, principalmente nas queixas agudas e graves, proporcionando-lhe alívio de sintomas, conforto e acesso a diferentes tecnologias, no próprio serviço ou fora dele. Assim sendo, o serviço tem atendido às necessidades dessa população, que não encontra resposta rápida nos demais serviços ambulatoriais.

Para as queixas eletivas e complementares às ações iniciadas em outros serviços, a sua resolutividade fica na dependência da satisfação do usuário, pois sendo uma busca espontânea, o compromisso com a cura fica expresso no limite da sua expectativa, muito pouco com a do Sistema.

O SPA, apesar de não acolher a todos que procuram seus serviços, demonstrou que tem estado de portas abertas para as demandas que lhe chegam e que tem respondido, dentro de limites, a sua finalidade que é atender à queixa principal, encaminhando o usuário para as referências, nos diferentes níveis de complexidade normatizados nas políticas governamentais (modelo de pirâmide). O fato de esse serviço não fornecer documentos de referência aos serviços ambulatoriais de atenção primária e secundária, faz com que o usuário tenha que se submeter à hierarquia do Sistema, mesmo naqueles casos em que já tenha recebido um

diagnóstico no pronto atendimento, ou seja, o atendimento lá prestado de pouco tem servido para o acesso direto a outros pontos do Sistema que não seja, o da atenção básica, cabendo ao usuário acessá-lo, novamente, nos guichês de marcação dos serviços.

As queixas trazidas pelos usuários vêm moldadas segundo as possibilidades por eles apreendidas nas relações sociais, o que significa que as suas necessidades também são construídas social e historicamente. Neste estudo, as demandas por atendimento apareceram como um pedido de atendimento médico e a resposta do trabalhador a esse pedido foi na mesma direção, ou seja, a resposta pensada e posta em prática para a solução dos problemas do usuário também foi a consulta médica. Pôde-se constatar que o serviço tem reforçado a necessidade de consultas, por vezes, desnecessárias ao usuário, pois quase tudo que chega, se transforma em pedido de consulta clínica ou pediátrica, tanto no próprio pronto atendimento, quanto nos encaminhamentos informais à UBS.

A finalidade da procura por um serviço de saúde para o usuário é diferente daquela identificada pelo trabalhador, que será definida com base no modelo biológico e na organização do Sistema. O usuário busca o pronto atendimento para resolução de necessidades agudas ou não, mas que, no momento, lhe trazem dificuldades e desconforto.

A forma como está organizado o processo de trabalho, faz com que o ambiente tome a mesma conformação. Os espaços de atendimento no SPA são abertos, proporcionando pouca privacidade a usuários e trabalhadores durante os atendimentos. Toda a atenção dispensada ao usuário é em busca da queixa principal e das formas de encaixe da demanda ao que é ofertado. Toda a organização está baseada na agilidade do atendimento e na resolução da queixa principal, ficando os atendimentos reduzidos a procedimentos, descartando-se, nesse processo, a visão social da cura, que signifique autonomia da pessoa para melhor andar a vida.

Outra questão que aparece é a falta de comunicação/discussão entre trabalhadores, categorias funcionais e entre setores da mesma instituição; os ruídos do cotidiano não têm

servido para contribuir na reorganização dos processos de trabalho, tanto internos quando externos, deixando o trabalhador e o usuário desgastados com o excesso de atendimentos e com a aparente inércia do Sistema, sendo atribuído aos gerentes o que poderia ser discutido e modificado através da co-gestão do processo de trabalho.

A organização tecnológica do trabalho no Serviço de Pronto Atendimento coloca o médico como detentor de poder, sendo o que dá a última palavra em muitas situações, seguido da enfermeira, nos seus espaços de poder e autonomia; autonomia essa que o estudo mostrou não ser extensiva aos demais profissionais. Os espaços de autonomia ainda são muito pequenos e não são explorados por todos da mesma forma, podendo ser potencializados. As demandas eletivas simples poderiam ser acolhidas, de forma responsável, por qualquer membro da equipe, principalmente pela enfermagem, que desempenha um importante papel, que poderia ser ampliado através de uma escuta mais qualificada, pois seu trabalho não pode se reduzir a mera execução da prescrição médica.

Foi evidenciado que a enfermeira tem uma papel fundamental e indispensável nesse serviço, articulando os diversos trabalhos, papel esse que é reconhecido e valorizado pelos demais trabalhadores, no momento em que ela é muito solicitada durante o seu turno. Cabe salientar que para a coordenação das atividades necessárias para a produção de cuidados é preciso conhecimento e capacidade de decisão.

O médico, pelo exercício da autonomia e da autoridade que lhe são atribuídas, estipula, de forma marcante, os limites de autonomia dos demais trabalhadores. Mas essa relação pode ser modificada, pela competência e pela autonomia relativa que possuem estes últimos, pois seu processo de trabalho não está totalmente subordinado. No SPA a enfermagem tem um papel fundamental, perpassando todos os espaços de atendimento e interligando as ações, sendo possível observar que o acolhimento já vem sendo realizado, por

alguns trabalhadores, como estratégia de inclusão, responsabilização, humanização com cidadanização da assistência à saúde.

Aqui serão sugeridas algumas alternativas para a reorganização do processo de trabalho no pronto atendimento, de modo a ampliarem-se os espaços de decisão e de participação de trabalhadores e usuários na construção de um modelo de atenção mais horizontal e que traga mais satisfação aos que dele fazem parte. Propõe-se:

- a utilização de tecnologias leves para inclusão do usuário no Sistema de Saúde, de forma responsável e participativa, por todos os membros da equipe. Esse acolhimento deveria fazer parte de todos os espaços de atendimento e não somente da recepção do serviço e não poderia ser visto como tarefa e, sim, como estratégia de ação;
- que todo trabalhador seja capaz de qualificar a sua escuta para melhor atender as necessidades do paciente, utilizando toda tecnologia disponível a serviço do usuário, colocando-o no centro da assistência;
- que os ruídos do cotidiano sirvam para organizar o processo de trabalho, tanto interno quanto externo ao serviço, melhorando a comunicação entre os profissionais, setores e serviços;
- que se ampliem os espaços de participação dos trabalhadores e que as reuniões de equipe sirvam para a tomada de decisão e articulação do processo de trabalho e para a formação de redes de atendimento;
- que seja possível a aproximação do pronto atendimento com os demais setores e serviços do Centro de Saúde para que a referência e contra-referência se efetivem na prática;
- que os trabalhadores utilizem, de forma mais qualificada, os instrumentos de trabalho que já possuem, na perspectiva de reorganização de seu processo de trabalho com conseqüente modificação do modelo assistencial vigente.

Esse estudo permitiu visualizar a organização do processo de trabalho no SPA e demonstrou as potencialidades existentes no serviço. Espera-se que esta pesquisa subsidie trabalhadores e gestores para a construção do SUS que se quer, ampliando-se o âmbito de participação e de responsabilização de trabalhadores, através da co-gestão de seu processo de trabalho e, no que se refere aos usuários, abrindo-se o acesso, na perspectiva da universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade e de participação, alargando-se, assim, os espaços de cidadania.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, 12:82-86.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M. C. P.; et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.) **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, Cap. 3, p.61-112.
- ALMEIDA, M. C. P. de;.ROCHA, S. M. M. **O trabalho de Enfermagem**. (Orgs.) São Paulo: Cortez, 1997, 296p.
- Atendimento em postos é reforçado. **Correio do Povo**, Porto Alegre, p. 13, fev. 2004a.
- BRASIL. Legislação Federal. Lei Orgânica da Saúde., nº 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a.
- _____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990b.
- _____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.
- _____. Ministério da Saúde Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 5 de novembro de 2002.
- CAMPOS, G. W. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 175p.
- _____,G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

_____, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.) **Praxis em Salud: um desafio para lo público.** São Paulo: Hucitec, 1997b

CANESQUI, A. M. População e serviços de saúde: consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPINDOLA, A. W. P. et al. **Pesquisa social em saúde.** São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 6, p. 175-205.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 1997. v. 3, n. 13, p. 469-478.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde.** 1999. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br>> . Acesso em: 26 fev. 2003

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez, 1991. Cap. 3, p.67-91.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde.** 2002. 197f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr/jun, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 1499 p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial.** Campinas, mar. 1999. 32p. (mimeo).

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, n.2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

Frio enche emergências na capital. **Correio do Povo**, Porto Alegre, p. 3, jun. 2004b.

GAÍVA, M. A. M. Organização do trabalho na assistência ao prematuro e a família em UTI neonatal de Cuiabá – MT. 2002. (Tese Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 192f.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GUSTAVO, A. da S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: Idealização e realidade**. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv.popr.def>>. Acesso em: 14 abr, 2004

KOHLRAUSCH, E. **O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v.20, n. esp. P.70-85, 1999.

KNAUTH, D. R. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. 1991. 187f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LEITÃO, L. R. G. **Não basta apenas ouvir, é preciso escutar**. Saúde em Debate. n 47. p.46-9, 1995.

LEITE, J. C. A, MAIA, C. C. A., SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999

LIMA, M.A.D. da S. O trabalho de enfermagem na produção de cuidado de saúde no modelo clínico. 1998. (Tese Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1998.216f.

LIMA et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 3, p. 343-354, jul./set. 2000

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.A. **Pesquisa qualitativa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. Cap. 2, p. 11-24.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário**. 2000. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARQUES, G. Q. **Diagnóstico do SPA-IAPI**. Relatório do CS IAPI. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Mai. 2001.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde**. 1998. 230f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 17(1): 133-241, jan/fev, 2001

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. Avaliação da atenção básica: construindo ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-18, dez. 2000.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. Brasília, 1993.

_____, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.278p.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, n 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

_____, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY.E.E, ONOCKO, R. (Org.) **Praxis en Salud: um desafio para lo público..** São Paulo: Hucitec, 1997b

_____, E. E.. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

NASCIMENTO, T. S. do.; et al. **Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde.** Anais do Salão de Iniciação Científica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002, Sessão 23, p.596.

OLIVEIRA, B.R.G. de; COLLET, N. Relações de poder (inter)profissionais e (inter) institucionais no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 2, p. 295-300, abr./jun. 2000

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 473-487.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

PICCOLI, M C. **Estudo sobre a origem dos pacientes que utilizam o CS IAPI.** Relatório do CS IAPI. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Nov. 2001.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-Livros. UFSC, p.25-48, 1999

PORTO ALEGRE. Saúde de Porto Alegre: aprofundando o controle social. In: Conferência Municipal de Saúde, 3, 2000, Porto Alegre. **Caderno de Textos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2000. 92p.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Atendimentos SPA/CS IAPI nos meses de agosto e outubro de 2001 no horário das 18 às 22 horas.** Porto Alegre. SMS, 2001 (mimeo).

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Avaliação qualitativa dos atendimentos SPA/CS IAPI no período de 18/02 à 08/03/2002 no horário das 18 às 23 horas.** Porto Alegre. SMS, 2002 (mimeo).

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde.** 2001. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência.** 2001. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001

ROSSI, F. R. **Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado.** 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SANTOS, L.R. **Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem de um centro de saúde.** 2004. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOUZA, A. C de; LOPES, M. J. M. **Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência.** **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.24, n. 1, p. 8-13, abr. 2003

STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência.** 1998. 214f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

TEIXEIRA, E. R. **A subjetividade na enfermagem – o discurso do sujeito no cuidado.** **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 2, p. 233-239, abr./jun. 2000

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. 2, p. 193-206, abr./jun. 2000

TRIVIÑOS. A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em serviços de saúde. IN: **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. Brasília, 1993, p.221-235.

VAZ, M. R. C. **O trabalho da enfermeira na rede básica de serviços**: análise de depoimentos. 1989. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

World Health Organisation. **Alma Ata. Primary Health Care**, Report of International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, U.S.S.R., 6-12 September 1978, jointly sponsored World Health Organisation and UNICEF.

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Motivos de usuários para utilização do pronto atendimento: tecnologias leves como orientadoras do trabalho em serviços de porta aberta

Pesquisadora: Giselda Quintana Marques

Telefone: 91160126

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima

Telefone: 99630029

A pesquisa tem por objetivos identificar e analisar os motivos pelos quais usuários utilizam o Serviço de Pronto Atendimento, bem como analisar como se dão os processos de trabalho nesse serviço no que se refere ao acesso, o acolhimento e o vínculo de usuários ao Sistema de Saúde.

A coleta de dados dar-se-á por meio da observação livre nos espaços de atendimento dos usuários em sala de observação, recepção e pré-consulta do Serviço de Pronto Atendimento.

A pesquisa tem a finalidade acadêmica para a elaboração de Dissertação de Mestrado da pesquisadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bem como produzir conhecimento para elaboração de estratégias que fortaleçam o acolhimento do usuário ao Sistema de Saúde.

Pelo presente Consentimento declaro que fui esclarecido de forma clara dos objetivos e da justificativa deste estudo. Fui igualmente informado:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados a pesquisa;
- da liberdade de recusar-me a responder qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu trabalho e repercussões funcionais ou legais junto a instituição em que será realizado o estudo;
- da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade;
- do compromisso de receber a devolução dos resultados obtidos na pesquisa através de documento escrito.

Giselda Quintana Marques

Assinatura do funcionário

_____/_____/_____
Data

ANEXO A - Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA
COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA

Of. 056/2003

Porto Alegre, 15 de maio de 2003.

Ref. Projeto de Pesquisa

AC CP N. 021/2003

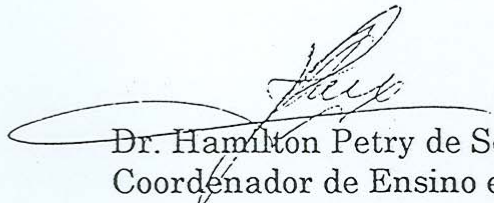
“Motivações de usuários para a utilização do pronto atendimento: as tecnologias leves como orientadoras do trabalho em serviço de porta aberta.”

Prezada Autora Giselda Quintana Marques:

O seu Projeto de Pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo considerado adequado do ponto de vista ético e metodológico para execução..

Colocamo-nos a sua disposição para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,


Dr. Hamilton Petry de Souza,
Coordenador de Ensino e Pesquisa.

ANEXO B – Instrumento de encaminhamento de usuários para avaliação em unidade de origem

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

À Unidade Sanitária _____,
encaminhamos o paciente _____
que recebeu o primeiro atendimento neste serviço e que necessita ser
reavaliado em _____ dias em sua Unidade de Saúde de Origem.

Desde já, gratos pelo acolhimento.

Porto Alegre ___/___/___

assinatura e carimbo do responsável pelo atendimento

Endereço da Unidade Sanitária: _____

ANEXO D - Critérios de gravidade para triagem de pacientes adultos na sala de pré-consulta

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE PARA TRIAGEM DE PACIENTES ADULTOS NA SALA DE PRÉ-CONSULTA

SINAIS VITAIS

- ◆ Oximetria menor que 90% de saturação da hemoglobina
- ◆ TA diastólica maior que 110 mm Hg / Fazer correções do perímetro braquial
- ▷ TA sistólica menor que 80 mm Hg ou maior que 210 mm Hg / Fazer correção do perímetro braquial
- ◆ Frequência cardíaca menor que 50 bpm ou maior que 120 bpm
- ◆ Frequência respiratória menor que 12 m/r/p/min ou maior que 30 m/r/p/min
- ◆ TAX maior que 39° C.
- ◆ Qualquer febre em gestantes

SINTOMAS / SINAIS CLÍNICOS

- ◆ Dispnéia (falta de ar)
- ◆ Dor ou desconforto no tórax (incluindo da mandíbula ao abdômen superior, abrangendo também ambos membros superiores)
- ◆ Déficits motores ou sensitivos recentes ("fraqueza" nas pernas ou braços)
- ◆ Desorientação, tonturas ("zoeira"), alteração do estado mental
- ◆ Dor forte aguda
- ◆ Palidez
- ◆ Sudorese
- ◆ Convulsões / Pós-convulsivo
- ◆ Glicemia capilar menor que 60 mg/dl com sintomas associados: sudorese, taquicardia, sonolência, torpor, irritabilidade, desorientação, ou maior que 300 mg/dl
- ◆ Reação alérgica intensa com prurido importante
- ◆ Paciente psiquiátrico em surto
- ◆ Doenças Infectocontagiosas ⇔ chamar a Enfermeira

ANEXO E - Critérios de gravidade para triagem de pacientes pediátricos na sala de pré-consulta

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE PARA TRIAGEM DE PACIENTES PEDIÁTRICOS NA SALA DE PRÉ-CONSULTA

SINAIS (CRITÉRIOS DE GRAVIDADE) PEDIÁTRICOS	
♦ Febre	⇒ Em crianças com idade até 90 dias (medicar ⇔ consulta extra) ⇒ Em crianças maiores de 90 dias : seguir fluxograma para febre.
♦ Falta de ar	⇒ Seguir Fluxograma
♦ Cianose em qualquer idade	
♦ Criança "paradinha" (prostração)	
♦ Desidratação	⇒ Olhos fundos ⇒ Moleira funda ⇒ Sem lágrimas ⇒ Prega na pele , não volta logo para o lugar ⇒ Boca seca
♦ Vômitos que não param / Não aceita líquidos VO	
♦ Alergias intensas na pele	
♦ Intoxicações por medicamentos, produtos de limpeza ou similares	
♦ Dor intensa	
♦ Sonolência , prostração, abatimento	
♦ Petéquias (pontos roxos ou vermelhos na pele que não desaparecem com pressão)	
♦ Palidez importante	
♦ Convulsões ou história de convulsão nas últimas 72 horas	
♦ Febre e Dor de ouvido	Medicar sempre, reavaliar efeito da medicação. Não passar direto ao médico, apenas se febre persistente
♦ Varicela / Lesões na pele com história de contato com doenças infectocontagiosas	Chamar a Enfermeira

