

DEMANDAS DE LOS USUARIOS A UN SERVICIO DE EMERGENCIA Y LA RECEPCIÓN POR EL SISTEMA DE SALUD¹

Giselda Quintana Marques²
Maria Alice Dias da Silva Lima³

Este estudio tiene por objetivo identificar y analizar las demandas de los usuarios a un servicio de urgencia y la organización del servicio para su acogida en el sistema de salud. Se trata de un estudio de caso, con aproximación cualitativa. La recopilación de datos se realizó a través de la observación libre por muestreo de tiempo. El foco de observación fue la atención prestada a los usuarios que recibieron alguna atención en el servicio, destacándose las demandas y su acogida en el Sistema. Se constató que demandaron el servicio usuarios con diferentes necesidades, desde las simples a las más complejas. El proceso de trabajo estaba organizado para atender algunas de esas necesidades, respondiendo, con límites, a la finalidad de tratar la molestia principal y seguir la jerarquía del sistema. La totalidad del cuidado fue dada por el usuario, que recorría solo, a su criterio y riesgo, los diferentes servicios, cuando esto sería una responsabilidad del sistema como un todo.

DESCRIPTORES: servicios de salud; calidad de la atención de salud; consejos de salud (SUS); servicios médicos de urgencia

USER'S DEMANDS TO AN EMERGENCY SERVICE AND THEIR WELCOMING IN THE HEALTH SYSTEM

This study aims to identify and analyze users' demands to emergency services, as well as to examine the work organization to welcome them in the health system. We carried out a case study with a qualitative approach. Data were collected through free observation by time sampling. Observation focused on the organization of the work process and on the care given to users who received some kind of care at the emergency service, highlighting their demands and their acceptance in the system. Users who demanded health services displayed different needs, ranging from the simple to the more complex level. The work process was organized to meet some of these needs, aiming, within certain limits, to treat the main complaint and follow the health system hierarchy. Healthcare users were responsible for obtaining integral care. They journeyed alone, at their own risk, through different services, with no guidance or help from the healthcare system, as would be expected.

DESCRIPTORS: health services; quality of health care; health councils (SUS); emergency medical services

DEMANDAS DE USUÁRIOS A UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO E SEU ACOLHIMENTO AO SISTEMA DE SAÚDE

O estudo tem por objetivo identificar e analisar demandas de usuários a um Serviço de Pronto Atendimento e a organização desse serviço para o seu acolhimento ao Sistema de Saúde. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de observação livre. O foco de observação foi o atendimento prestado aos usuários que obtiveram algum tipo de atendimento no serviço, destacando suas demandas e seu acolhimento ao Sistema. Constatou-se que demandaram o serviço usuários com diferentes necessidades, desde as simples às mais complexas. O processo de trabalho estava organizado para atender a algumas dessas necessidades, respondendo, dentro de limites, à finalidade de tratar a queixa principal e seguir a hierarquia do Sistema. A integralidade do cuidado era dada pelo usuário, que percorria sozinho, a seu critério e risco, os diferentes serviços, quando isso seria uma responsabilidade do Sistema como um todo.

DESCRIPTORES: serviços de saúde; qualidade dos cuidados de saúde; conselhos de saúde (SUS); serviços médicos de emergência

¹ Trabajo extraído de la Disertación de Maestría; ² Doctoranda en Enfermería, Enfermera de la Secretaría Municipal de la Salud de Porto Alegre, e-mail: giselda@portoweb.com.br; ³ Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, e-mail: malice@enf.ufrgs.br

INTRODUCCIÓN

La demanda a los servicios de salud puede ser entendida como una solicitud explícita que expresa todas las necesidades del usuario. Esta puede ser efectiva, a través de la consulta, acceso a los exámenes, consumo de medicamentos, ejecución de procedimientos; considerando que de esa forma los servicios organizan su oferta. Paradójicamente, las necesidades de cada usuario pueden ser otras. Estas pueden ser respuestas a problemas socioeconómicos, a las condiciones de vida, a la violencia, la soledad, la necesidad de un vínculo con un servicio / profesional, o aún, al acceso de alguna tecnología específica que le proporcione calidad de vida⁽¹⁾.

Durante la atención brindada por los profesionales de salud, la forma de recepción debe estar siempre presente. Presupone atender a todos, escuchando sus pedidos y asumiendo una postura

capaz de dar las respuestas mas adecuadas a los usuarios, utilizando los recursos disponibles para la solución de problemas. Lo que implica brindar atención con interés y responsabilidad, orientando cuando sea necesario, y estableciendo una articulación con los otros servicios para dar continuidad en la asistencia, de esta forma se garantiza la eficiencia en el seguimiento⁽²⁻³⁾.

La búsqueda por servicios de salud envuelve factores, que, dependiendo como se encuentran ordenados, definirán la elección del usuario. Influyendo para tal, la gravedad o la urgencia del problema / necesidad, la tecnología disponible, la solución al problema, la recepción, las condiciones de acceso (distancia de la vivienda, las formas, el tiempo y el costo para trasladarse), la agilidad en la atención, las experiencias vividas por el paciente / familiar, la destreza en marcar día de exámenes y controles para otros servicios, así como, el vínculo establecido por el usuario con los profesionales, el servicio y el Sistema de Salud en sí⁽⁴⁻⁸⁾.

El modelo piramidal de atención a la salud adoptado por los municipios, en la década de los 90, aún no dio un resultado que satisfaga las necesidades de la población, a pesar de la existencia de cambios significativos en la estructura y en los procesos de trabajo en los servicios de salud. La producción de cuidados, la cobertura asistencial, así como, la complementariedad e integración de las acciones en las unidades de salud, y de estas con el Sistema son insuficientes. Existe por otro lado, una relación inadecuada entre la oferta y la demanda de los servicios.

La falta de definiciones políticas, el bajo poder de resolución y la calidad ofrecida en los servicios, aliada a la dificultad en los cambios de hábitos culturales y creencias de la población han llevado al usuarios a buscar asistencia médica donde exista una puerta abierta.

La oferta restringida de los servicios, provoca que el público excedente busque atención en locales que concentren mayor posibilidad de puertas de entrada, así los servicios de emergencias en hospitales tienen el perfil de atender las demandas de forma mas ágil y concentrada. A pesar del número excesivo, atención impersonal y atención específica sobre la molestia principal, estos locales reúnen un gran número de recursos, entre los cuales se encuentran las consultas, remedios, procedimientos de enfermería, exámenes de laboratorio y hospitalizaciones; mientras que los servicios de atención básica ofrecen apenas la consulta médica.

En el Servicio de Emergencia de un Centro de Salud de gran tamaño, se observó que era frecuente que la población utilizará la puerta de emergencia, no solo para casos agudos, sino también, de forma electiva para complementar la atención en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y Unidades Especializadas (UE). Era también frecuente, en las expresiones de los trabajadores, que la utilización indebida, en los casos electivos, provocaba un desvío en las características de tal servicio, así como en la misión, colocando al usuario en una situación, en la cual tuviese que justificar su necesidad para obtener la atención.

Con base en la situación ya descrita, se tuvo como objetivo, identificar y analizar las demandas de los usuarios a un Servicio de Emergencia y la organización de este servicio para la recepción del usuario al Sistema de Salud.

METODOLOGÍA

Es una investigación con enfoque cualitativo, que aprende de la realidad y comprende los fenómenos y procesos sociales que se manifiestan en el diario trabajo del profesional, y que refleja directa e indirectamente en la vida de las personas que buscan y reciben asistencia de salud. Favorece la observación de varios elementos, de forma simultánea, buscando comprender y describir la situación, en la cual se da el fenómeno⁽⁹⁾.

El diseño metodológico de la investigación es el estudio de caso, que permite profundizar en el servicio estudiado, teniendo en consideración su singularidad⁽¹⁰⁾.

La recolección de datos fue realizada por medio de la observación libre y por muestra de tiempo⁽¹¹⁾, dentro de un Servicio de Emergencia de un Centro de Salud, el cual se gerencia bajo las directivas estratégicas de la Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre (SMS/POA). El foco de la observación fue la atención brindada a los usuarios, destacando sus demandas, así como la organización del proceso de trabajo, durante el periodo de agosto a diciembre de 2003.

La observación fue realizada en la sala de espera, en la recepción, en el espacio de pre-consulta, en el corredor de espera, enfrente de los consultorios, en la sala de observación y de procedimientos. La mayor parte de la observación fue concentrada en el espacio de pre-consulta y en la sala de observación. Estos dos locales, por ser abiertos y amplios, proporcionan la visión de otros espacios de atención, siendo posible observar su funcionamiento. En la sala de observación eran realizados casi todos los procedimientos, tanto de enfermería como de medicina. Los periodos de observación fueron en horarios escalonados, de forma intencional, dentro de los días de la semana y en los tres turnos de trabajo.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la SMS/POA. A los trabajadores de salud se les entregó el Término de Consentimiento Libre y Aclarado, el cual garantiza los aspectos éticos mencionados por la resolución 196 del Consejo Nacional de Salud⁽¹²⁾.

El análisis de los datos fue realizado, siguiendo las directivas del método cualitativo: ordenación de los datos, clasificación en estructuras de relevancia, síntesis e interpretación⁽⁹⁾.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Demandas en un Servicio de Emergencia

Fueron identificadas como demandas dentro del Servicio de Emergencia (SE): atenciones en situaciones graves y de riesgo para los pacientes, con molestias agudas, atenciones de necesidades puntuales que se caracterizan por no ser de urgencia

y en asistencias complementarias a atenciones ya recibidas en otros servicios de salud o aquellos que tienen vínculo con emergencia. Se puede afirmar que los usuarios buscaban este servicio con la finalidad de solucionar su queja, sea urgente o no; algunas veces lo expresaban por medio de quejas, de forma inespecífica, siendo así la forma como el servicio de emergencia los atendía.

Se identificó que el paciente en situaciones de riesgo o gravedad que estaba cerca de la estructura física de la Unidad de Salud, era llevado para evaluación en el SE y cuando no podía ser resuelto en este local, era transferido para servicios de mayor complejidad tecnológica. Siendo este el caso de los pacientes con sospecha de Accidente Cerebro Vascular (ACV), problemas cardiacos, crisis convulsivas, enfermedades súbitas, disturbios psiquiátricos, entre otros.

En estas situaciones, los pacientes recibían la primera atención en el SE y eran transferidos para hospitales del municipio, con la finalidad de dar continuidad a la asistencia. Ellos eran en la mayoría de veces, transferidos para servicios de emergencias, sin previa comunicación entre los servicios. Los médicos brindaban orientaciones a los familiares y los enviaban con su ficha de evaluación y una solicitud para evaluación con el especialista. En las situaciones de mayor gravedad, las emergencias de los hospitales servían de puerta de entrada para usuarios que eran transferidos para los servicios de hospitalización o para otros servicios, dependiendo del criterio establecido por el Hospital.

Los usuarios que ingresaban al SE por algún problema agudo, presentaban molestias relacionadas a crisis hipertensivas, dolor, disfunciones respiratorias, diarreas y vómitos. En el sector de Pediatría los problemas más comunes fueron los respiratorios en invierno y las gastroenteritis en los meses más cálidos. En esta especialidad eran atendidos niños hasta los 12 años; posterior a esa edad, eran transferidos al clínico, lo que aumentaba las demandas de estos profesionales, considerando que ellos son quienes atienden desde el inicio de la adolescencia hasta las edades más avanzadas. La presión por la demanda en pediatría era muy pequeña, así, durante el periodo de recolección de datos, fueron pocos los pacientes que participaron en la sala de observación; la gran mayoría de las asistencias fue por consulta.

En los adultos, los niveles de tensión elevados y el dolor (abdominal, pélvica, torácicas y la jaqueca)

eran las quejas mas frecuentes que motivaron la búsqueda del servicio de emergencia.

Un número significativo de pacientes adultos pasaban por la consulta o era evaluados directamente en la sala de observación, siendo atendidos en el servicio y posteriormente enviados a sus domicilios. Estos pacientes que tenía quejas agudas, las que fueron tratadas. Pues, el servicio se encontraba en condiciones y capacidad para atenciones de este tipo; constatándose que los cuidados brindados resolvían las necesidades momentáneas. En situaciones en las que era necesario continuar con la atención, los pacientes eran orientados verbalmente, para buscar servicios de atención básica, para la investigación y seguimiento o para ingresar a un nivel de mayor complejidad. Sin embargo, estos ingresos no eran simples y, a veces demoraban mucho, provocando que los usuarios con problemas agudos buscaran servicios donde pudieran encontrar las puertas abiertas para ellos, lo que posiblemente generaría un posterior retorno al servicio de emergencia para ser tratado por el mismo problema.

La agilidad en la obtención de la consulta, la cual se conseguía en el mismo día, llevaba a algunos usuarios a emergencia para poder obtener respuestas a sus necesidades. Esta búsqueda era independientemente de la relación entre su queja / necesidad y el servicio.

Se observó que la preocupación por la espera en la atención era mucho antes de que el paciente ingresase a los servicios de salud. Pues, ella comenzaba en casa, desde el momento en que surgía la necesidad y que el sujeto imaginaba la posibilidad de "no obtener una consulta". Estas filas de espera imaginaria, se encuentran escondidas, por la estructura de los servicios, así como cuando los trabajadores piden a los usuarios volver otro día para conseguir consulta. Espera que muchas veces representaba días y días en casa, situación que muestra una contradicción del servicio de salud al no ejercer los principios del SUS, como es el de ser efectivo⁽¹³⁾.

En la práctica, cuando el trabajador brinda una atención, consigue ver poco del antes y después del usuario, su paso por el Sistema, las dificultades por las cuales pasó o pasará para poder satisfacer sus necesidades. El usuario se somete, la gran mayoría de veces, a lo que dicen o hacen los trabajadores, en nombre del Sistemas, los conocimientos, las normas y las políticas institucionales.

Considerando el hecho que los usuarios que ingresan al servicio de emergencia tienen vínculos con profesionales / servicios, se observó que muchas veces lo realizan de forma complementaria a la atención recibida en su unidad de origen. Esta búsqueda se presentó de tres formas: en busca de la prescripción de medicamentos para obtenerlos en la farmacia del SUS, para complementar la atención iniciada en otros servicios y para que sean realizados procedimientos de enfermería.

El recojo de medicamentos en las farmacias del SUS era realizado solamente con receta médica, la cual debe contener fecha, sello y firma del profesional. Luego de recibir el sello y rúbrica de la farmacia, no era posible recoger nuevamente con la misma receta, a no ser que el médico escriba en la prescripción: uso continuo. Cuando la receta caducase, el usuario podría: volver con su médico y obtener una prescripción mas; pasar nuevamente por los servicios, intentando obtener la prescripción y/o no tomar los medicamentos, hasta conseguir una nueva receta. No obstante, el paciente dependiendo de su situación económica podría comprarlos, lo cual era difícil para un gran número de usuarios del SUS.

Fue posible identificar demandas de pacientes que provenían del propio Centro de Salud y de otros servicios de la red municipal, que, no conseguían resolver su problema totalmente, buscando el servicio de emergencia para complementar lo que ya había iniciado. Estas demandas fueron constatadas, tanto para atenciones médicas, como atenciones de enfermería (glicemia capilar, nebulizaciones, aplicaciones de inyectables y sonda nasogástrica y vesical).

La idea de que los servicios de ambulatorio, sea estos de atención primaria o secundaria, brinde atención a casos agudos no estaba estructurado, transfiriendo pacientes para los servicios de emergencia. Siendo también observado que en los casos electivos en los cuales no era posible la consulta médica a corto plazo, el usuario prefería buscar el servicio de emergencia a esperar filas por una cita, hecho que es descrito por autoras⁽⁴⁾ de un artículo al referir que pacientes oriundos de los ambulatorios del hospital, Unidades Especializadas, buscaban el servicio de emergencia para casos agudos, problemas súbitos y/o hospitalizaciones. Así mismo, en la atención básica, al dar prioridad a las consultas ya marcadas, provocaban que los usuarios sean transferidos informalmente a los servicios de

emergencia, lo que generalmente ocurre, cuando las demandas exceden lo programado o cuando no corresponde a lo ofertado por el servicio^(5,6,14).

La organización de los procesos de trabajo en las diferentes Unidades de Salud, provocaban que los trabajadores den prioridad a los problemas a ser tratados, de acuerdo con un conjunto de conocimientos que determinan la organización de los servicios. Así, para las unidades básicas o especializadas, los problemas agudos no eran reconocidos como prioridad, por ser el perfil de emergencia. Al mismo tiempo, en emergencia, los problemas que no eran de urgencia, es decir las electivas, eran del perfil de los servicios de ambulatorio, siendo por lo tanto transferidos para estos servicios.

Esta situación, además de traer insatisfacción por parte de los usuarios que eran transferidos de un lugar para otro, sin respuesta a sus necesidades, provocaban que el trabajador pensase que el paciente estaba en el lugar equivocado y que venía al servicio en busca de atención innecesaria, distorsionando la misión del servicio.

El Usuario busca, en los servicios resolver sus necesidades; al no conseguirlo, se traslada de un servicio para otro hasta obtenerlo. La manifestación de una necesidad por el usuario puede expresar la solución pensada por él mismo de lo que el problema representa. La definición del problema toma en cuenta el concepto de salud-enfermedad aprendido por él en las relaciones sociales y en su práctica habitual. Cabe a nosotros, trabajadores / gestores comprender y caracterizar estos problemas con la finalidad de que la asistencia sea mas acogedora, haciendo uso de un enfoque que nos lleve a una solución competente y de satisfacción para el usuario.

La organización del servicio para recepcionar a los usuarios del Sistema de Salud

El Servicio de Emergencia esta ligado administrativamente a la UBS y realiza atenciones de Enfermería, Pediatría - Clínica y la sala de observación - reanimación. Los procedimientos de enfermería como son la aplicación de inyectables, nebulización y glicemia capilar; se realizaban mediante la presentación de la receta médica. Los demás tratamientos eran parte de la dinámica asistencial (presión arterial, electrocardiograma, oximetría del pulso, sueroterapia, administración de

medicamentos, sonda vesical y gástrica, etc). Este servicio ofrecía atenciones solo en días útiles, considerando que los clínicos y enfermería eran ofrecidos desde las 7h hasta las 20h y la atención médico-pediátrica desde las 7h hasta las 18h.

El equipo de emergencia era compuesta de vigilantes, conductores, trabajadores administrativos; quienes atendía la ventanilla de recepción; enfermeras; auxiliares / técnicos de enfermería; médicos clínicos; médicos pediatras; auxiliares de limpieza y la coordinación del servicio, que formaban parte del rol de médicos de turno.

El área física era compuesta por una sala de espera amplia para uso exclusivo de los usuarios del SE y sus acompañantes; existía un aparato de televisión en esta sala, baños siendo uno femenino y otro masculino, una recepción, un espacio reservado para pre-consulta, una pequeña sala de entrevistas, una sala de observación con camas para adultos y sillas acolchonadas con brazos, otra sala equipada para atención de urgencia (reanimación) con entrada exclusiva, espacio para aplicación de inyectables, adaptado junto a la sala de reanimación, una sala de nebulizaciones, un baño interno para pacientes en consulta, consultorios, un corredor interno enfrente a los consultorios, con sillas para los pacientes que esperaban por la consulta médica, cocina equipada para las comidas, sala de estar, depósito de ropa de uso, depósito de materiales, sala de coordinación, baños y vestuarios para los trabajadores.

El servicio poseía equipos para la atención de emergencias, con excepción de los servicios de laboratorio y radiología, lo que en algunas situaciones, y de acuerdo con la gravedad de los casos era un problema. El SE no contaba con un adecuado espacio para internamientos. Los pacientes graves eran transferidos para los servicios de emergencia en los hospitales, sea para evaluación como para internamiento.

La organización del Sistema en forma de pirámide jerarquizada, con acceso principal por la atención básica, colocó el SE con la condición de atender la molestia principal y devolver al usuario al Sistema, sin garantizar con ello su ingreso por referencia, sea interna o externa, inclusive en los casos agudos que necesitaban re-evaluación en un periodo corto de tiempo, así por ejemplo en las crisis hipertensivas, o reajuste en la medicación.

Se hizo seguimiento de las atenciones de un paciente hipertenso, que por segunda vez fue

transferido por los auxiliares de enfermería de la UBS al SE para evaluación de su crisis hipertensiva. Este paciente fue medicado y se quedó por segunda vez, algunas horas en sala de observación, hasta que la crisis cedió, siendo posteriormente dado de alta para su domicilio. Recibió orientaciones verbales, debiendo marcar un día para consulta en la UBS para re-evaluación.

El foco de la atención era la queja principal, lo que estaba desenfocado de la condición de emergencia, sin embargo, no garantiza la secuencia de la acción iniciada en el servicio, siendo tarea del usuario, luchar por la continuidad de su atención, sea en la UBS o en el Servicio Especializado. El tiempo transcurrido entre la atención de urgencia y el marcar un día para consulta electiva puede ser largo, pues la noción de la gravedad y del riesgo percibida por los trabajadores no siempre es la misma que la del usuario, siendo que la obtención de una atención no siempre es clara para él, sin considerar el desconocimiento que podría tener con respecto a los caminos /flujos del Sistema.

El SUS estableció políticas públicas que califican las acciones de salud, si las comparamos a las realizadas hace 20 o 30 años atrás, así mismo enfrenta fragmentación de los procesos de trabajo y de relaciones entre los profesionales, redes de servicio; además de la burocratización y verticalidad del Sistema⁽¹⁵⁾. Así mismo, existe una baja inversión en la calificación de los trabajadores con respecto a las directivas del SUS y en la planificación de acciones que respondan a las necesidades de salud del usuario, volviéndolo el centro de la asistencia, la cual es de responsabilidad de todos y del Sistema.

Una paciente fue evaluada, por el auxiliar de enfermería, en la sala de pre-consulta; quejándose de cefalea intensa, tipo jaqueca, ya había consultado un ginecólogo quien autorizó el uso de analgésico; como el dolor no cesaba, vino al SE. En la sala de pre-consulta se le dijo que en el SE solo obtendría el alivio del dolor y que debería nuevamente consultar con un clínico en la UBS para investigación de su caso. Ella refirió que ya obtuvo informaciones para marcar una consulta, pero que era necesario llegar, a la fila muy temprano y que hasta el momento no lo había conseguido. El auxiliar de enfermería reforzó la necesidad de marcar consulta. Ella espero en una sala por la consulta electiva que fue marcada de forma secuencial, por orden de llegada, siendo cuatro consultas por hora.

El SE fue organizado para atender las quejas puntuales y urgentes, no sirviendo como puerta de entrada al Sistema en las situaciones consideradas como electivas. La mayoría de las conductas tomadas, reforzaban la idea de que, en el Servicio de emergencia, solo eran aliviados los síntomas, pues lo "correcto" para iniciar la investigación y el tratamiento de los casos electivos sería en la UBS.

Partiendo del presupuesto de que las UBS no consigue abarcar toda las necesidades de atención que llegan y teniendo en consideración la necesidad de realizar acciones continuas y de vigilancia, se comprueba que la atención integral puede ser conseguida a través de una buena articulación entre los servicios, cada uno cumpliendo su parte en la atención⁽¹⁾. Un paciente hipertenso, que tenga vínculo con un servicio de ambulatorio, cuando fuera atendido por urgencia, no podría salir de este servicio sin orientación y sin consulta ya marcada en el servicio de origen, en el tiempo mas breve posible.

El SE contaba con un instrumento de transferencia, en el cual se informaba que el paciente había sido atendido, así como la necesidad de re-evaluación, en un tiempo que sería establecido por el profesional, pero no estaba siendo utilizado, como un recurso que garantice el acceso al Sistema, sea tanto en los casos agudos cuanto los electivos.

La demanda excedente y/o falta de solución de algunas atenciones brindadas, en los diversos puntos del Sistema, provocaba que los usuarios tuviesen que buscar otros servicios o someterse a mas de una atención para obtener la satisfacción de sus necesidades. La búsqueda por el SE podría ser el medio, aparentemente, mas fácil y rápido para poder resolver los problemas de salud.

Una usuaria, con queja de dolores en la espalda, problemas de columna, buscó el SE para ser evaluada por el médico, obtener medicación analgésica inyectable y prescripción de uso continuado. Cuando se le preguntó si tenía vínculo con algún médico, ella refirió que si, pero que en invierno, con los dolores y el frío, le era difícil levantarse temprano y permanecer en la fila, además no tenía la seguridad de obtener una cita en la UBS de origen, además de considerar que en aquel momento existía solo un clínico en la unidad.

Otra usuario vino al servicio quejándose de malestar, debilidad y dificultad respiratoria. Ella expresó que ya había consultado en la UBS, algunos días atrás, y que el médico que la atendió, ni la

examinó, apenas se limitó a escuchar sus quejas en cuanto escribía, y sin mirarla al rostro solicitó exámenes. Insatisfecha, ella buscó otro servicio, ahora, en emergencia tiene la esperanza de conseguir ingresar mas rápido al Sistema y de esta forma, obtener una evaluación con mas criterio.

El número elevado de pacientes, la repetición de quejas, la rutina en las atenciones, llevan a algunos profesionales en la UBS, servicios especializados y en el servicio de emergencia; a burocratizar las acciones y procedimientos, perdiendo la noción de las necesidades de las personas (ciudadanos), de las potencialidades del Sistema y de la posibilidad de formación de redes de atención.

Colocar en práctica los principios del SUS, universalidad, equidad, accesibilidad e atención integral; de una forma u otra tiene relación directa con las formas de acceso y la recepción de los usuarios. Ellos estarán presentes en la disponibilidad del trabajador al efectuar la atención. Esta disponibilidad puede ser expresada al inicio de la conversación, al reconocer un problema y en la búsqueda de soluciones creativas a las necesidades ajenas.

El usuario busca, en la relación con el trabajador, una forma de recepción que sea capaz de interferir en su problema; no consiguiendo, buscará pasar los obstáculos encontrados, tanto en la recepción como en la asistencia, con la intención de resolver sus necesidades⁽³⁾.

Usuarios se trasladan de regiones distantes para realizar procedimientos de enfermería, como por ejemplo colocar sondas, solamente con la garantía de poder obtener este servicio, que no siempre es conseguido en las unidades próximas a su domicilio. Luego del cambio de la sonda vesical, la enfermera informaba al paciente que él no necesitaba atravesar la ciudad para cambiar la sonda, pues existían servicios mas próximos de su residencia que podrían hacerlo. El paciente insistió que ya había intentado en diferentes locales y que nadie le cambiaba la sonda. La enfermera converso con los familiares, orientó sobre los cuidados e insistió que debería ir mas cerca de su casa. Estos insistieron sobre la idea de retornar, diciendo que prefería la seguridad de aquel local, que tener que caminar por las diversas unidades de salud.

Así, se identifica que los usuarios buscaban los servicios, no apenas por la localización geográfica, sino por la calidad del servicio, la garantía y la agilidad de la atención, por experiencias positivas, como por

la acogida brindada. Estos aspectos también fueron verificados por otros autores⁽⁴⁻⁷⁾.

Fue constatado que la prestación de servicios en el SE, la mayoría de veces era dirigida y enfocada al acto de ser ejecutado, no dando lugar para la ampliación del foco de atención que va mas allá de la queja principal y la ejecución de una prescripción médica. La puerta de entrada para el Sistema era obtenida en los casos graves, siendo los pacientes transferidos para hospitalización en las emergencias hospitalarias; en las demás atenciones eran los usuarios que luchaban por que las acciones y servicios sean integrales.

CONSIDERACIONES FINALES

Las principales demandas del SE fueron las situaciones graves y de riesgo para los pacientes, las quejas agudas con malestar físico y emocional, las necesidades puntuales consideradas como no urgentes, el buscar atención complementaria de las ya recibidas en otros servicios de salud y/o el vínculo con emergencia.

Ingresaban al SE usuarios con diversas necesidades, desde las mas simples hasta las mas complejas. El vínculo con los diferentes servicios de salud también fue observado, tanto en la atención básica, como en las especialidades de nivel secundario, utilizando al servicio de emergencia de forma complementaria, de forma puntual o continuada.

En la gran mayoría de veces, el SE solucionaba las necesidades de los usuarios, principalmente las quejas agudas y graves, proporcionándoles alivio de síntomas, comodidad y acceso a diversas tecnologías, dentro o fuera del servicio, como en el caso de las hospitalizaciones. Por lo que, el servicio atendía las necesidades de esta población, que no encontraba respuesta rápida en los demás servicios de ambulatorio.

Para el caso de las quejas electivas y complementarias, es decir, las acciones iniciadas ya en otros servicios; las soluciones dependían de la satisfacción del usuario, pues siendo una búsqueda espontánea, el compromiso de cura era mencionado como limitado dentro de servicio.

El SE demostró que estaba de puertas abiertas para las demandas que le llegaran y que respondía dentro de los límites; siendo su finalidad

de atender la queja principal, transfiriendo informalmente, en la mayoría de veces, para los diferentes niveles de complejidad normados por las políticas gubernamentales (modelo pirámide).

Las quejas llevadas por los usuarios estaban moldeadas según las posibilidades por ellos aprendidos dentro de las relaciones sociales, lo que significó que las necesidades también eran construidas social e históricamente. El usuario buscaba el servicio de emergencia para la solución de sus necesidades agudas o no, pero que, en el momento le traían dificultades y molestias.

El que el servicio no proporciona documentos de referencia a los servicios de ambulatorios de atención primaria y secundaria, provoca que el usuario tuviera que someterse a la jerarquía del sistema, inclusive en aquellos casos en los que tuviese un diagnóstico en emergencia, es decir, que la atención prestada poco había servido para acceder directamente a otro punto del Sistema que no fuese el de la atención básica o la hospitalización, siendo la responsabilidad del usuario de luchar solo por una atención, que debería ser garantizada por el Sistema como un todo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS:ABRASCO; 2001. p.113-26
2. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG) In: Merhy E, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno, WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo (SP): Hucitec; 2004. p.37-54.
3. Merhy E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo(SP): Hucitec; 2002.
4. Ludwig MLM, Bonilha ALL. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. Rev Bras Enfermagem 2003, 56(1):12-7.
5. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003 janeiro/fevereiro; 19(1):27-34.
6. Degani VC. A resolatividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
7. Santos LR. Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem de um centro de saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
8. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública 2004 janeiro/fevereiro; 20(1):80-8.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1993.
10. Victora CG, Knauth DR, Hassen MN. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.

11. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
12. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
13. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
14. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma Equipe de Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004 novembro/dezembro; 20(6):1487-94.
15. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):277-84.