

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

MARIANA DE FIGUEIREDO SOUZA

A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários

Ribeirão Preto

2010

MARIANA DE FIGUEIREDO SOUZA

A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Mariana de Figueiredo

A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários. Ribeirão Preto, 2010.

94 f., 30 cm.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

1. Atenção primária à saúde
2. Acesso aos serviços de saúde
3. Serviços médicos de emergência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana de Figueiredo Souza

A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Pós- Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Dalva e Silvio, que primeiramente me presentaram com a vida. Além de todo amor e apoio que me foi dedicado há 26 anos, principalmente nos momentos mais difíceis. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre iluminar meu caminho.

À minha família, meus pais Dalva e Silvio e minha irmã Marcela. Por sempre me darem suporte e aconchego em todas as vezes de que precisei.

Ao meu noivo Gustavo, meu companheiro e parceiro em todos os momentos felizes e difíceis também. Obrigada por todo amor e afeto recebido durante estes seis anos de convivência. Amo você!

À minha adorada avó Carmem por nunca se esquecer de me incluir em suas orações diárias. Enquanto a senhora viver, vou aproveitar cada momento da sua companhia.

À Ione, minha querida orientadora desde a graduação, que muito já me ensinou e contribui para o meu crescimento científico e intelectual. A você, meu respeito, admiração e carinho.

Aos professores Pedro Fredemir Palha e Aldaísa Cassanho Forster que me guiaram no desenvolvimento deste trabalho com seus conhecimentos no exame de qualificação.

Em especial ao professor Pedro Palha, com suas contribuições ao presente trabalho.

Às enfermeiras Ivana Passeri e Leila Aparecida Castro pelos conhecimentos compartilhados na dinâmica do serviço do local estudado.

A minha cunhada Daniela Martorano Pires Gomide, pelo apoio e dedicação no auxílio da análise dos dados quantitativos. Desculpe-me se a perturbei muito.

À Márcia Silva, bibliotecária da Biblioteca Central da USP, pela colaboração nas correções das referências.

Aos meus amigos de Ribeirão Preto, principalmente Andréa, Ivan, Angelina, Thaila, Giovana, Daniela, Meiri, Fernanda. Obrigada por todo incentivo proporcionado e desculpe-me por todos os momentos que precisei estar ausente.

Aos meus amigos e companheiros de pesquisa Luana Alves, Fabiana Zacharias e Alexandre Bulgarelli, pelas contribuições para que este trabalho se concretizasse.

À grande família unida que tenho, tios, tias, primos e primas por todo incentivo no meu desenvolvimento enquanto pesquisadora.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, seus funcionários e docentes que me acompanham desde a graduação.

À Coordenação e aos funcionários do Centro Saúde Escola Sumarezinho de Ribeirão Preto (CSE-Sumarezinho) pela atenção e colaboração para realização desse trabalho.

À minha liderança do Hospital Sarah Brasília, pela liberação na escala de serviço em todos os momentos de que precisei para conclusão deste trabalho.

RESUMO

SOUZA, M.F. **A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários.** 2010, 94 f. Dissertação (mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Iniciamos a construção desta investigação o durante o processo de acolhimento vivenciado em um serviço de pronto-atendimento (PA) da Unidade Básica Distrital da Saúde do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (UBDS oeste), onde pudemos perceber que os mesmos usuários procuravam com grande frequência o serviço, sem o caráter de urgência ou emergência, resultando em uma demanda maior do que suporta o serviço, e sem uma efetiva resolutividade da atenção. Podemos pensar que nas UBSs o usuário não encontrou a resolução do seu problema; não fez vínculo com a equipe; não teve acesso ao serviço ou o cuidado não foi integral, entre outras possibilidades. A partir destes pressupostos, supomos que a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser uma das causas disparadoras para a justificativa da procura pelo PA e mesmo sendo serviço de urgência, o serviço atende a prontidões e também atende os usuários considerados não urgentes, resultando no aumento da demanda do PA. Isto pode trazer dificuldades para a equipe que não consegue proporcionar um atendimento acolhedor por meio de orientações sobre a existência de outros serviços disponíveis na rede básica de atenção para seguimento de saúde. Objetivamos com este estudo analisar a procura pelo PA do distrito oeste de saúde do município de Ribeirão Preto, na ótica dos usuários. Trata-se de uma abordagem quanti-qualitativa sobre os usuários que procuraram o PA. Coletamos dados de 330 fichas de atendimento do PA, a fim de caracterizar os usuários atendidos no PA quanto ao sexo, à faixa etária, ao bairro de procedência, à justificativa para a procura, à conduta e aos encaminhamentos realizados. Fizemos entrevista semiestruturada com 23 usuários do PA abordando questões relativas à acessibilidade, ao acesso e acolhimento aos serviços de saúde, aos aspectos relativos ao atendimento, à resolução das necessidades de saúde, ao motivo da procura do PA e à integralidade da atenção à saúde. Como resultados, encontramos que a demora pelo atendimento e agendamento das consultas na rede básica de atenção constituem uma das principais razões para a procura ao PA; o acesso mais facilitado à tecnologia e aos medicamentos no PA também justificou a preferência por este serviço. O horário de funcionamento coincidindo com a jornada de trabalho dos usuários também trouxe dificuldades para agendar ou procurar atendimento na rede básica. A obtenção de atendimento médico ainda pode ter forte influência na satisfação que o usuário tem por um serviço de saúde. Concluímos que diversas foram as justificativas para a procura pelo PA e entendemos que, se estes usuários fossem acolhidos e tivessem acesso aos atendimentos nas UBSs e USFs, consequentemente, a demanda pelo PA tenderia a diminuir e atenderia com maior tranquilidade às urgências e emergências.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência

ABSTRACT

SOUZA, M.F. **The accessibility of health care: an analysis of the demand for emergency care from the viewpoint of users.** 2010. 94 f. Dissertation (Master's) – Nursing school of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Began this investigation during the reception experienced in an emergency care (PA) Basic Unit of district health, health center's medical school, Ribeirão Preto- USP, Where we could see that the same users looking at higher frequency service, without the character of urgency or emergency, resulting in a greater demand service that supports and without the effective outcomes of primary health. we think that the basic health unit the users did not find the resolution of your problem, did not link with the team, did not have access to the service or the care was not fully, between other possibilities. From these assumptions, we assume that accessibility to health services may be one of the cause triggering to the justification for seeking emergency care and even if the emergency service, the service meets the users considered non-urgent, resulting in increased demand for emergency care. This can cause difficulties for the team that can not provide a friendly service through orientations about the existence of other services available in the basic attention to health monitoring. We aim with this study to analyze to demand for emergency care at the west of the district health the municipality of Ribeirao Preto, the viewpoint of users. It is a quantitative and qualitative approach about the users who sought emergency care. We collect data from 330 medical records of emergency care, in order to characterize users assisted in the emergency care, about whether a man or woman, will age, the neighborhood of provenance, the justification for seeking, will conduct and referrals. We semistructured interview with 23 users of emergency care addressing questions related to accessibility access to care and health services, and aspects of the care, the resolution of health needs of the reason for seeking emergency care and comprehensive health care to health. As results, found that the delay for serving and scheduling of consultations in the primary care are a major reason for seeking emergency care to; easier access to technology and medication in the emergency room also justified the preference for this service. .Opening hours coinciding with the day's work also brought difficulties of users to schedule or seek care in the primary. Obtaining medical care can still have a strong influence on satisfaction that the user is a health service. Conclude that there have been several reasons for the demand for emergency care and understand that, if these users were welcomed and had access to basic care unit, (USF) health and, consequently, the demand for emergency care would tend to decrease with greater peace and meet urgencies and emergencies.

Keywords: Primary healthcare, access to health services and emergency medical services

RESUMEN

SOUZA, M. F. La accesibilidad de la atención de la salud: un análisis de la demanda de atención de emergencia desde el punto de vista de los usuarios. 2010. 94 f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La construcción de la investigación tuvo inicio durante la experiencia en el proceso de acogida en un servicio de urgencia y emergencia de la Unidad Básica y Distrital de Salud (UBDS Oeste) del Centro de Salud Escuela de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo donde podemos ver que los mismos usuarios que buscan el servicio con gran frecuencia, sin la urgencia o emergencia, resulta en una mayor demanda que el servicio soporta y sin los resultados efectivos de la atención. Muchos usuarios buscan el servicio de urgencia y emergencia repetidas veces en el periodo de un año. Si el motivo de la busca sea el mismo, podemos pensar que el usuario no encontró la resolución de su problema en la Unidad Básica de Salud (UBS); no hizo vínculo con el equipo; no tuvo acceso al servicio o el cuidado no fue integral, entre otras posibilidades. A partir de estos supuestos, se piensa que la accesibilidad a los servicios de salud puede ser una de las causas desencadenantes de la demanda y de la justificación por la procura de servicio de urgencia y emergencia y aunque el servicio de urgencias atiende con prontitud y también sirve a los usuarios que no se consideran urgentes resulta en un aumento de la demanda de ese servicio. Esto puede traer dificultades para el equipo que no consigue una atención acogedora a los usuarios con orientaciones sobre la existencia de otros servicios disponibles en la atención primaria de salud para seguimiento. Este estudio tiene como objetivo analizar la búsqueda por el servicio de urgencia y emergencia del UBDS Oeste en Ribeirão Preto en la visión de los usuarios. Se trata de un abordaje cuantitativo y cualitativo sobre los usuarios que buscaban en servicio de urgencia y emergencia. Se recogieron datos de 330 fichas de atención del servicio con el fin de caracterizar los usuarios atendidos por sexo, edad, barrio de origen, la justificación de la búsqueda y referencias de conducta. Hicimos entrevistas semiestructuradas con 23 usuarios frente a los problemas de accesibilidad y acceso para acogida a los servicios de salud, las cuestiones relativas a los servicios, frente a las necesidades de salud, la razón de la demanda por el servicio de urgencia y emergencia y la integralidad de la atención de salud. Como resultado, encontramos que la demora para el mantenimiento y la programación de las consultas en la red básica es una de las razones principales para la búsqueda del servicio de urgencia y emergencia, el acceso más fácil a la tecnología y los medicamentos también se justifica la preferencia por este servicio. Las horas de funcionamiento coincidiendo con el horario de trabajo de los usuarios trajo dificultades a los usuarios obtener cita o buscar atención en la red básica. La obtención de atención médica también tiene fuerte influencia en la satisfacción de que el usuario es un servicio de salud. Llegamos a la conclusión de que varias razones fueran las justificativas para la búsqueda del servicio de urgencia y emergencia, creemos que se estos usuarios fueran acogidos y tuvieran acceso a la atención en UBS y USF, consecuentemente la demanda por el servicios de urgencia y emergencia tiende a disminuir y atender con mayor tranquilidad a las verdaderas urgencias y emergencias.

Palabras-clave: Atención primaria de salud, el acceso a servicios de salud y servicios médicos de emergência

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Número de trabalhos encontrados com a combinação entre os descritores, na base de dados da BVS, no período de 1997 até 2010.....	27
QUADRO 2 - Distribuição dos serviços de saúde disponíveis no distrito oeste do município de Ribeirão Preto, segundo os bairros de procedência, atendimentos oferecidos, horário de funcionamento e recursos humanos no ano de 2009.....	37
QUADRO 3 - Número de profissionais que atuam no CSE Sumarezinho contratados pela FAEPA, conforme carga horária mensal no ano de 2010.	38
QUADRO 4 - Resumo das queixas trazidas de alguns usuários e condutas realizadas	54

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto ao bairro de procedência..... 49

TABELA 2 - Distribuição dos usuários selecionados na amostra quanto à justificativa para a procura pelo PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009. 51

TABELA 3 - Distribuição dos usuários selecionados na amostra quanto à conduta realizada pelo médico nos atendimentos realizados no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009..... 52

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto ao sexo.	48
GRÁFICO 2 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à faixa etária.	48
GRÁFICO 3 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento nos meses.	50
GRÁFICO 4 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento entre os dias da semana.	50
GRÁFICO 5 - Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento entre os períodos do dia.	51
GRÁFICO 6 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto ao sexo.	84
GRÁFICO 7 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à faixa etária.	84
GRÁFICO 8 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à frequência de atendimento nos meses.	85
GRÁFICO 9 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à frequência de atendimento nos dias da semana.	85
GRÁFICO 10 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto ao período do dia.	86
GRÁFICO 11 - Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto aos bairros de procedência.	86

LISTA DE SIGLAS

BDTD-USP - Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS–ad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DRS XIII – Departamento Regional de Saúde
EACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EERP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GO – Ginecologia e Obstetrícia
HC – Hospital das Clínicas
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde
NADEF - Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente
NSF – Núcleo de Saúde da Família
PA – Pronto-Atendimento
PAM II - Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
PIC – Programa de Integração Comunitária
PNH – Política Nacional de Humanização
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A atenção básica de saúde no Brasil.....	18
1.2 A acessibilidade dos serviços de saúde e o pronto-atendimento	20
1.3 A atenção aos usuários nas suas diferentes necessidades de saúde	23
1.4 Justificativa.....	25
2 OBJETIVOS	30
2.1 Geral	31
2.2 Específicos.....	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1 Tipo de pesquisa	33
3.2 Campo de pesquisa	33
3.3 Cenário da pesquisa.....	35
3.4 Procedimentos para a coleta de dados: a técnica, o instrumento, a definição da população do estudo, os sujeitos da pesquisa e a análise dos dados	40
3.4.1 Abordagem quantitativa	40
3.4.1.1 Fonte secundária.....	40
3.4.1.2 Análise dos dados quantitativos	42
3.4.2 Abordagem qualitativa	42
3.4.2.1 Fonte primária	42
3.4.2.2 Sujeitos do estudo.....	44
3.4.2.3 Análise dos dados qualitativos	44
3.4.3 Procedimentos éticos	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 Caracterização dos usuários atendidos no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009	48
4.2 Caracterização dos usuários que fizeram parte das entrevistas	55
4.3 Tema 1: A acessibilidade na rede e a procura pelo PA	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
6 REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	83
ANEXOS	91

APRESENTAÇÃO

A construção desta investigação teve início durante o processo de acolhimento vivenciado em um serviço de pronto-atendimento (PA) da Unidade Básica Distrital da Saúde do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (UBDS oeste), onde pudemos perceber que os mesmos usuários procuravam com grande frequência o serviço, sem o caráter de urgência ou emergência, resultando em uma demanda maior do que suporta o serviço, e sem uma efetiva resolutividade da atenção.

Vem crescendo a importância do reconhecimento técnico na perspectiva do usuário quando é abordada a qualidade dos serviços de saúde, sendo fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços, considerando que o acesso e o acolhimento são elementos que podem favorecer nessa organização (RAMOS; LIMA, 2003).

A motivação para estudar a acessibilidade da atenção à saúde, analisando a procura dos usuários pelo PA, vem ao encontro do interesse em entender por que e por quais necessidades de saúde os usuários procuram repetidas vezes esse tipo de serviço, mesmo sem estar nas situações de urgência ou emergência.

Nosso envolvimento com essa temática vem desde a graduação onde tivemos a oportunidade de atuar na pesquisa como bolsista de iniciação científica, desenvolvendo o trabalho “Atenção à saúde em um serviço de pronto-socorro: a percepção do usuário”, estudando a utilização do pronto-socorro de um município no interior de São Paulo - SP pelos usuários e a preferência pela procura ao serviço de prontidão.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo estudar a procura pelo PA do distrito oeste de saúde do município de Ribeirão Preto-SP na opinião dos usuários.

Em um primeiro momento, descrevemos sobre a atenção básica de saúde do Brasil atual, bem como a inserção do PA no sistema. Após, apontamos algumas discussões a partir do que entendemos sobre a acessibilidade, integralidade, resolutividade, acolhimento, vínculo e humanização nos atendimentos dos serviços de saúde, a missão do PA e as necessidades de saúde dos usuários.

Em seguida, são apresentados os objetivos da pesquisa.

No percurso metodológico, apresentamos a abordagem que foi utilizada na investigação, o campo e o cenário da pesquisa, a técnica, os sujeitos, os instrumentos analisados e os procedimentos éticos.

Ao final, trazemos a análise e a discussão dos resultados e as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO¹

¹ Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

1.1 A atenção básica de saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 com a Constituição Federal Brasileira, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2010).

Antes de sua criação, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social, ou seja, trabalhadores com carteira assinada; e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2010).

Para isso, o cuidado em saúde no SUS foi ordenado em níveis de atenção, assim, temos a assistência básica, a média e a de alta complexidade, visando à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema.

Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Quando funcionam adequadamente, a população consegue resolver a maioria dos seus problemas de saúde e, por conseguinte, podem reduzir as filas nos níveis de média e alta complexidade que correspondem às Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e à assistência hospitalar de especialidades respectivamente. Além disso, também reduz o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia.

Então, os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nelas, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, resultando maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (BRASIL, 2009).

As unidades de atenção básica podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região. Podem ser:

- Unidade de Saúde da Família (USF): unidade formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde. Prestam atendimento de atenção básica e integral aos usuários voltado para a família e sua comunidade;

- Posto de saúde: unidade destinada à prestação de assistência de uma determinada população de forma programada ou não, por um profissional de nível médio, com a assistência intermitente de um profissional médico ou não; podendo também oferecer assistência odontológica, entretanto deve ser permanente a assistência prestada pelo médico generalista;
- Centro de saúde / UBS: unidade para atendimento de atenção básica e integral a uma população programada ou não nas especialidades básicas;
- Unidade mista, unidades que, diferentemente do centro de saúde/ UBS, dispõem de uma unidade de internação sob administração única;
- Ambulatório de unidade hospitalar geral (BRASIL, 2006).

As UBSs têm como principal fundamento ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, além de integrar as ações programáticas e de demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho em equipe, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; estimulando a participação popular e o controle social (BRASIL, 2009).

Nas UBDSs temos interligadas as unidades de pronto-atendimento (PA) que são estruturas de complexidade intermediária entre as UBSs e as portas de urgência hospitalares, que em conjunto com aquelas compõem uma rede organizada de atenção às urgências.

O PA se constitui em um serviço organizado para funcionar 24horas/dia ininterruptamente, para atender a qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas com caráter de urgência ou emergência (PINTO; RODOLPHO; OLIVEIRA, 2004).

[...] São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências [...] (BRASIL, 2010).

Essa estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado a cada situação.

1.2 A acessibilidade dos serviços de saúde e o pronto-atendimento

Com o objetivo de atender de forma mais rápida os usuários que se aglomeravam em filas nas UBSs, foram criadas as unidades de atendimento às urgências, o PA. No entanto, esta estratégia resultou em grande estímulo para a população procurar esse tipo de serviço onde dispõe de porta de acesso mais rápida e, aparentemente, consegue a resolução das suas necessidades de saúde (ROCHA, 2005).

É provável que um vasto número de usuários procure o PA, repetidas vezes no período de um ano. Se o motivo da procura for o mesmo, estamos autorizados a fazer algumas considerações: o usuário não encontrou a resolução do seu problema nas UBSs; não fez vínculo com a equipe; não teve acesso ao serviço ou o cuidado não foi integral, entre outras possibilidades.

A partir desses pressupostos, iniciamos nossa discussão supondo que a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser uma das causas disparadoras para a justificativa da procura pelo PA.

A Constituição Federal de 1988 institucionalizou o SUS e regulamentou princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos que dizem respeito à saúde. Entre eles está a integralidade da assistência, acesso aos serviços de saúde, resolutividade do atendimento e vínculo profissional-usuário.

Para Starfield (2002), ter acesso ao serviço de saúde, ou seja, ter uma unidade de saúde na sua área de abrangência não é o suficiente para garantir que as pessoas tenham acesso ao serviço de saúde. Assim, a autora traz o conceito de acessibilidade, como a garantia de que as pessoas não só tenham o acesso, mas que consigam chegar aos serviços de saúde.

Outros autores corroboram este conceito como Unglert (1990) e Fekete (1997), entendendo que a acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, por meio do adequado planejamento da organização dos serviços de saúde; econômico pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, por meio da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Pensando na integralidade da assistência, incluímos o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde do usuário, buscando resolutividade nas ações,

oferecendo respostas mais abrangentes e adequadas, considerando o indivíduo como um todo, inserido em uma família, uma comunidade e um serviço de saúde (MATTOS, 2006).

A resolutividade é entendida como um conjunto de enfoques que envolvem aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às soluções para as necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros (TURRINI, 2008).

Partindo desses conceitos, entendemos que, nos serviços de pronto-atendimento, essa resolutividade é por diversas vezes atingida, considerando a terapia medicamentosa como alívio imediato de inúmeras queixas apresentadas pelos usuários do serviço. Contudo, é uma conduta de resolução em curto prazo, onde não é especificamente investigada a problemática do usuário, uma vez que o modelo do pronto-atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, ou seja, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo (RAMOS; LIMA, 2003).

Estamos considerando que a missão do pronto-atendimento é atender de maneira qualificada as emergências e urgências, priorizando o atendimento por meio do acolhimento com classificação de risco.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004).

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nos serviços de pronto-socorro, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho destas unidades de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e necessidades de acordo com as diversas prioridades, e não mais por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Logo, ao invés de priorizar o atendimento de quem chegou primeiro ao serviço, deve-se priorizar a situação clínica dos usuários, tendo como base a avaliação e a classificação do risco, o que torna possível enfrentar o problema das filas, priorizando quem, no momento, corre mais risco em função do seu agravo e/ou sofrimento (BRASIL, 2009).

Nessa lógica, os níveis de prioridade foram subdivididos da seguinte forma:

- ✓ Área Vermelha - área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.
- ✓ Área Amarela - destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos.

- ✓ Área Verde - destinada a pacientes não críticos, em observação ou internados, que aguardam vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.
- ✓ Área Azul - destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

De acordo com esse critério, os pacientes em situação de emergência são atendidos em primeiro lugar. Porém, por diversas vezes pacientes em situações não urgentes (classificados para área azul) também procuram este tipo de serviço por ser, teoricamente, mais disponível e acessível. Isto cria um dilema para o profissional responsável pela tarefa de triar e assim pode não existir uma adequada interação com o sistema ambulatorial, a ponto de garantir que este paciente será atendido por um profissional nos próximos dias (GOLDIM, 2003).

Estamos considerando os conceitos de urgência e emergência de acordo com o Conselho Regional de Medicina de 1988, onde a primeira é considerada como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, e a segunda, como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida.

Para Rocha (2005), os conceitos de urgência e emergência que os profissionais de saúde e os usuários têm são homogêneos. E os usuários, apesar de não saberem a nomenclatura técnica utilizada pelos profissionais de saúde, demonstram ter conhecimento das condições de saúde que necessitam de rápido atendimento devido à situação de risco à vida.

Assim, temos como outro pressuposto que, mesmo sendo serviço de urgência, o serviço atende a prontidões e também atende os usuários considerados não urgentes, resultando no aumento da demanda do PA e, por consequência, tal fato pode trazer dificuldades para a equipe que não consegue proporcionar um atendimento acolhedor por meio de orientações relativas à existência de outros serviços de atenção básica disponíveis na rede básica de saúde para seguimento, acompanhamento e encaminhamentos.

Acreditamos que a justificativa para a procura ao PA nas situações não urgentes é que, apesar de superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, esses locais (PA) também reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos e internações. Portanto, o PA garante assim maiores possibilidades de porta de entrada a essas demandas (MARQUES; LIMA, 2007).

Casos em que há diversas procuras pelo PA, na busca da resolução de sua necessidade, podem caracterizar ações pontuais, isoladas e descomprometidas com os

processos de responsabilização e produção de vínculo realizado no processo de acolhimento, e sem uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (MARQUES et al. 2007).

Corroborando com Merhy (1997) entendemos o acolhimento como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e serviços, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários que eles aportam. O acolhimento é uma estratégia para a reorganização do serviço de saúde, e deste modo, pode garantir o acesso universal, a integralidade da atenção e o atendimento humanizado. É desta forma que, neste estudo, entendemos acolhimento.

Em contrapartida,

[...] não basta um excelente acolhimento, se não estiverem disponíveis os exames necessários para esclarecer um problema de saúde; também, pouco resultará a disponibilidade de um exame, sem o uso de toda a sabedoria clínica a serviço do usuário. Não basta o médico ser acolhedor, se o restante da equipe não o é (CAXIAS DO SUL (Cidade), 2000, p. 32).

Vale ressaltar que acolhimento não é uma ação restrita à recepção, pois se estende a todos os profissionais da saúde que recebem esse usuário, e, segundo Matumoto (1998, p. 25),

O acolhimento constitui um processo que não se restringe ao espaço físico do setor de recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade somente daquele que trabalha nesta recepção; diz respeito a toda situação de atendimento praticado pelos trabalhadores de saúde [...],

ou seja, deve permanecer nos demais encontros que ocorrem durante toda a permanência do mesmo no serviço de saúde.

1.3 A atenção aos usuários nas suas diferentes necessidades de saúde

Conforme Marques e Lima (2007), durante os atendimentos do PA aos usuários, por várias vezes, não há a necessidade de se prestar um cuidado a um problema físico, mas o que é apresentado pelo usuário, como queixa, representa toda uma carência psicossocial e econômica.

Ramos e Lima (2003), também observaram que muitos usuários se deslocam para serem atendidos em um local em que, apesar de ser mais distante de sua casa, possuem profissionais e serviços acolhedores e resolutivos, uma vez que

O usuário pode entrar só com sua representação das necessidades sobre a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário por ser forma de apresentação das necessidades de saúde, de modo como concebe o para que quer gastar sua vida [...] (MERHY, 2002, p. 2)

Por outro lado, alguns usuários são vistos, pelos trabalhadores da saúde, como aqueles que procuram desnecessariamente a unidade; que possuem problemas de natureza social e econômica variados como a busca de lar, abrigo e segurança; são usuários considerados carentes que necessitam de assistência social, e por isso, buscam vínculo com o serviço e/ou com a equipe por meio dos atendimentos (MATUMOTO, 1998).

No estudo de Schimith e Lima (2004), alguns trabalhadores caracterizam os usuários que “batem ponto” no serviço como dependentes emocionais sem questionar o porquê dessa atitude.

É possível que as necessidades de saúde desses usuários não estejam sendo atendidas e por isso o retorno insistente. Necessidades como a busca de respostas às questões econômicas, às más condições de vida, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou ainda, o acesso a alguma tecnologia que lhe possa proporcionar qualidade de vida (CECÍLIO, 2001).

Merhy (2002) mostra um leque das muitas possibilidades de representações que as necessidades de saúde podem ter como objeto do ato de cuidar. Dentre elas, as necessidades de boas condições de vida como boa moradia, alimentação, transporte, lazer, viver em meio ambiente adequado; necessidade de ser alguém singular com direito à diferença, ou seja, ser respeitado e incluído nas suas necessidades especiais; garantia de acesso às tecnologias, portanto, sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde; necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe e podendo acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde de que necessitar.

As necessidades de saúde, para Schraiber e Gonçalves (1996), estão referidas à assistência representada pela procura e pela oferta de ações nos serviços de saúde. Pensando que os usuários buscam nos serviços de saúde algo ou alguma ação dos profissionais de saúde que resolva ou pelo menos minimize o problema que o levou a procurar aquele serviço.

Em um primeiro momento, poder-se-ia pensar em uma transformação no processo de trabalho nesses serviços de saúde no sentido de aumentar, potencializar a capacidade dos profissionais de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar as respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários (BRASIL, 2004), modificando a visão do

profissional; do usuário; do modelo tradicional de atendimento biomédico, voltado para cura da doença.

Nesse modelo biomédico, a saúde é entendida como o bom funcionamento do corpo físico e ausência de dor. Já o modelo humanizado é voltado para a promoção da qualidade de vida, da autonomia e da integralidade da assistência (MATTOS, 2006).

Estamos tomando como conceito de humanização a Política Nacional de Humanização (PNH), com o HumanizaSUS, em que

[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co – responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários [...] (BRASIL, 2004, p. 8)

No contexto da PNH, a fim de alcançar os objetivos planejados com o HumanizaSUS, já são ofertados aos gestores diversos dispositivos como modo de implementar a humanização, dentre eles, os sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde como a gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação.

Contudo, essas ferramentas ainda não são suficientes para garantir a atenção plena aos usuários, considerando que a integralidade da atenção constitui o esforço de uma equipe para atender e acolher as necessidades de saúde dos usuários nas suas diferentes complexidades, prestando um atendimento que não seja voltado somente para as suas queixas (MATTOS 2006), ou seja, considerando as condições de saúde do indivíduo, as condições em que vive e os recursos de que dispõe, possibilitando entender o porquê da necessidade de diversos retornos a um serviço de prontidão, ao invés de procurar pelas potencialidades dos serviços de saúde disponíveis na rede básica de atenção.

1.4 Justificativa

Neste estudo, nosso objeto de investigação é a procura do PA pelos usuários no distrito oeste do município de Ribeirão Preto-SP, tendo como pressuposto as dificuldades na acessibilidade e acolhimento na rede de serviços de saúde da atenção básica que podem motivar a grande procura pelo PA.

Corroborando com Oliveira et al. (2009), também buscamos entender por que a demanda espontânea de usuários do SUS continua sendo forte característica do sistema, apesar dos esforços de reorientação do modelo assistencial.

Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu a respeito do objeto em estudo em relação à acessibilidade da atenção à saúde a partir da análise dos motivos para a procura dos usuários pelo PA, na perspectiva do usuário, realizamos um levantamento bibliográfico em agosto de 2010, considerando os trabalhos que já foram publicados.

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra fontes de informações sobre literatura científica e técnica em saúde como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), e também na base de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD-USP), utilizando os descritores: atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde, serviços médicos de emergência, e as palavras pronto-atendimento e acolhimento.

Foram encontrados desde o ano de 1983 até 2010, na fonte LILACS: 3.724 trabalhos com o descritor atenção primária à saúde; 28.068 com o descritor acesso aos serviços de saúde; 921 com o descritor serviços médicos de emergências, 356 com a palavra pronto-atendimento e 42 com a palavra acolhimento. Na fonte Medline, foram encontrados 26.395, 1.022, 15.081, 15.085 respectivamente e nenhum trabalho encontrado com a palavra acolhimento. Na fonte Scielo, não foi encontrada nenhuma publicação com estes descritores ou com a palavra acolhimento, porém há 90 trabalhos com a palavra pronto-atendimento. Nas produções localizadas na base de dados da BDTD-USP, foram encontrados 124, 106, 23, 32 e 73 trabalhos respectivamente.

Quando fizemos a combinação entre os descritores, encontramos os seguintes resultados:

Quadro 1 - Número de trabalhos encontrados com a combinação entre os descritores, na base de dados da BVS, no período de 1997 até 2010.

Combinação entre descritores	Base de Dados	Nº de trabalhos encontrados	Total
Atenção primária à saúde e acesso aos serviços de saúde	LILACS	66	11.994
	Medline	1.912	
	SciELO	0	
	BDTD-USP	16	
Atenção primária à saúde e serviços médicos de emergência	LILACS	16	190
	Medline	172	
	SciELO	0	
	BDTD-USP	02	
Acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência	LILACS	6	449
	Medline	441	
	SciELO	0	
	BDTD-USP	02	
Atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência	LILACS	1	333
	Medline	31	
	SciELO	0	
	BDTD-USP	01	

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, 2010.

Desses 33 trabalhos encontrados com os três descritores, apenas um aborda mais especificamente a temática, tendo como cenário de pesquisa o pronto-atendimento. A autora, Rocha (2005), discursa sobre os determinantes para a procura a esse serviço pelos usuários e coloca os pontos mais observados sobre a demanda pelos serviços de urgência e emergência pelos usuários e profissionais de saúde que foram entrevistados.

Dentre os trabalhos já publicados com os descritores apontados, selecionamos os que representaram maior relevância para discussão teórica e metodológica sobre a temática neste estudo:

Gaioso (2007) com dissertação de mestrado que avalia a aceitabilidade dos usuários em relação a oferta e prestação de assistência pela equipe de saúde da família de Ribeirão Preto – SP, a partir do tema da satisfação do usuário no cenário de saúde da família.

Dentre os resultados, foi encontrado que os usuários apontam como problema a infraestrutura das unidades de saúde, a dificuldade de acesso para obter uma consulta agendada ou eventual, o tempo alto na sala de espera, a não realização de dispensação de medicamentos e procedimentos como coleta de exames laboratoriais (GAIOSO, 2007).

Marques e Lima (2007) com artigo que discute e identifica as demandas dos usuários a um serviço de pronto-atendimento e debate sobre como é organizado o acolhimento ao sistema de saúde.

Os achados desse trabalho identificaram como demandas ao PA: os atendimentos nas situações graves, queixas agudas e necessidades pontuais caracterizadas como não urgentes. O foco da assistência era a queixa principal, que não está desfocado da condição de pronto - atendimento, porém não garantia a ação iniciada no serviço, ou seja, a continuidade do atendimento (MARQUES; LIMA, 2007).

Oliveira et al. (2009) com artigo que discute o fluxo de demanda espontânea de usuários aos serviços públicos de saúde e aponta sobre os principais problemas que motivam os usuários, mesmo não considerados casos de urgência ou emergência, a preferir atendimentos médicos em pronto-socorros e hospitais, apesar dos esforços de reorientação do modelo assistencial.

Os resultados do trabalho apontaram que os usuários conhecem as normas do sistema de saúde pautadas no conceito de porta de entrada pela atenção básica, porém, em busca de atenção, eles procuram outros serviços que proporcionem melhor possibilidade de acesso. Os usuários encontraram como obstáculos para o acesso: restrição quanto ao número de vagas e agendamento para consultas, horário de funcionamento restrito das unidades de saúde e demora pelo atendimento (OLIVEIRA et al. 2009).

Ramos e Lima (2003) com artigo que discute sobre acesso e acolhimento na opinião dos usuários com base nas entrevistas semiestruturadas realizadas em unidades de saúde do município de Porto Alegre-RS.

Neste estudo, os usuários apontaram dificuldades e facilidades de acesso considerando os aspectos geográficos, econômicos e organizacionais. O vínculo e acolhimento foram fatores de grande importância geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários (RAMOS; LIMA, 2003).

Schimith e Lima (2004) com artigo que analisa o trabalho de uma equipe do Programa Saúde da Família, identificando princípios como o acolhimento e vínculo entre os profissionais de saúde e usuários.

Dentre os achados desse trabalho, foi observado que a organização do trabalho da equipe está diretamente relacionada à falta de acesso da população à assistência por meio do atendimento centrado no médico e a manutenção das filas para atendimento em horários desumanos (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Tanaka (1990) com artigo que avalia a qualidade dos serviços ambulatoriais de uma unidade de saúde de Pelotas-RS, dando enfoque à satisfação do usuário como indicador de qualidade.

Os achados desse trabalho mostraram que entre os principais motivos para a procura pelo PA estão relacionados a problemas dos aparelhos digestivos e respiratórios, bem como problemas gerais e inespecíficos. Dentre as condutas prescritas está o alto grau de medicação, e assim, ao ser analisado o grau de resolutividade, os dados sugeriram que o PA é mais adequado às expectativas da clientela (TANAKA, 1990).

O quadro apresentado sobre os estudos produzidos na temática da atenção primária à saúde, acesso aos serviços de saúde e serviços médicos de emergência mostra a necessidade de se produzir mais conhecimento sobre a procura pelo PA.

Assim, com este trabalho, pretendemos contribuir para uma política de reorganização no aspecto relativo à acessibilidade e ao acolhimento dos serviços de saúde do município, otimizando a resolutividade da assistência prestada na atenção básica à saúde. E assim, buscar uma readequação do fluxo de usuários, melhoria do atendimento da população e da situação de trabalho dos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Analisar a procura pelo PA do distrito de saúde oeste do município de Ribeirão Preto-SP, na ótica do usuário.

2.2 Específicos

- ✓ Caracterizar os usuários atendidos no PA quanto a sexo, faixa etária, bairro de procedência, UBS/USF de referência, frequência de atendimento no período estudado (janeiro a junho de 2009), horário e dias da semana de maior procura, justificativa da procura pelo PA, conduta e encaminhamentos realizados.
- ✓ Identificar e analisar as necessidades de saúde dos usuários que motivaram a procura pelo PA na ótica do usuário;
- ✓ Identificar se esses usuários realizam seguimento em algum serviço de saúde;
- ✓ Identificar e analisar a não procura pelo usuário ao serviço de atenção básica.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo tem abordagem quanti-qualitativa. Será uma análise descritiva e exploratória sobre os usuários que procuram o PA. Descritiva, pois permite descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e exploratória, pois permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, ajudando-o a encontrar elementos necessários que lhe permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados (TRIVINÕS, 1987).

A opção pela abordagem quanti-qualitativa deve-se ao recorte do nosso objeto de investigação que é a procura do PA pelos usuários na rede básica de saúde, pois nosso entendimento sobre a realidade, é que o

[...] reconhecimento de que o mundo real – embora possa-se argumentar que exista independentemente de qualquer coisa ou pessoa – só existe de fato, na medida em que nós tomamos parte dele e ele faz sentido para nós (VICTÓRIA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 34).

Segundo Minayo et al. (2004), a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas que não é perceptível e nem captado em equações, médias e estatísticas.

Trazer essa explicação baseada nesses autores ajuda a compreender o porquê da nossa abordagem quanti-qualitativa, pois a diferença entre essas duas abordagens está na natureza de cada uma, porém o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe. Eles se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo as dicotomias (MINAYO et al., 2004).

Diante do exposto, trabalhamos de forma complementar com as duas abordagens, produzindo conhecimento quantitativo e qualitativo em relação aos usuários que procuram o PA.

3.2 Campo de pesquisa

O município de Ribeirão Preto tem aproximadamente 563.107 habitantes e encontra-se entre as maiores cidades do Estado de São Paulo e do Brasil (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

As condições de saneamento básico são relativamente boas, tendo o maior percentual entre as cidades com mais de 500.000 habitantes do estado de São Paulo. Apresenta nível de abastecimento de água de 99,09%, o nível de atendimento da rede coletora de esgoto corresponde a um pouco mais que 95% e a coleta de lixo é 97,15% (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A cidade possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária para a prestação de serviços, para o município e região (PINTO, 2000). É município-sede, do Departamento Regional de Saúde XIII (DRSXIII) da Secretaria de Estado da Saúde, que abrange 26 municípios.

O município, desde 04/05/1998, por meio da Portaria Estadual nº 2553, está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A rede municipal de saúde está estruturada com 47 estabelecimentos de atenção básica distribuídos pelos 05 distritos de saúde com uma unidade básica distrital de saúde em cada, 13 unidades / núcleos de saúde da família com um total de 21 Equipes de Saúde da Família; e 21 unidades básicas tradicionais com 26 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A cobertura populacional atual para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 11,0%, e a cobertura populacional total com EACS é de 32,1%. A cidade também conta com 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), 1 Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), 2 Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas, 1 Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-ad) e 3 Ambulatórios de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O sistema de saúde em termos de acesso funciona de forma hierarquizada, onde as unidades básicas de saúde e os pontos de pronto-atendimento são a porta de entrada, e o acesso aos níveis secundários e terciários é controlado por meio do Complexo Regulador do Sistema de Atenção à Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

São agendadas 12 consultas por cada profissional médico da unidade de saúde ao dia. Este número foi calculado tendo como base três consultas habitantes ao ano. O que de certa forma atenderia à expectativa da demanda. No entanto, tal estruturação tem representado um problema para o agendamento, pois resultou em filas de espera de até três meses para algumas especialidades. Este viés na formatação da agenda médica pode ter contribuído para o aumento de atendimentos das unidades de pronto-atendimento do município, considerando o

pressuposto de que são cumpridas apenas as consultas marcadas na agenda, e não consultas eventuais à demanda espontânea (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

O sistema de atendimento à urgência do município é formado pelo Resgate do Corpo de Bombeiros, pelo serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde (SAMU) e por unidades de suporte básico que trabalham de forma integrada. Esse sistema permite um atendimento eficaz e efetivo a todo tipo de urgência, contribuindo para a diminuição da mortalidade por essas causas e das sequelas delas decorrentes.

3.3 Cenário da pesquisa

O cenário de investigação foi o Pronto-Atendimento do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – CSE/FMRP-USP localizado no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto.

Segundo estimativa populacional do Data-SUS do ano de 2009, a área distrital oeste/Sumarezinho conta atualmente com uma população estimada de 158 mil habitantes. E sua área básica, onde se inclui também os cinco Núcleos de Saúde da Família (NSF), conta com uma população estimada de 36 mil habitantes (DATASUS, 2009).

Essa área possui cinco NSFs vinculados, estabelecidos dentro da área de abrangência e que realizam o acompanhamento das famílias cadastradas; existe previsão de que façam o atendimento básico (clínica médica, pediatria e ginecologia) e desenvolvam trabalhos em grupo com a comunidade.

Os NSFs do Distrito Oeste fazem parte de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde, a Universidade de São Paulo, com a interveniência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP (FAEPA-HCFMRP-USP) para a prestação de serviços relativos ao desenvolvimento da assistência à saúde, conforme modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006).

No CSE-Sumarezinho, a assistência à saúde se realiza por meio da Atenção Básica, Atenção Especializada e Pronto-Atendimento (PA).

O Distrito Oeste compreende os seguintes serviços de saúde: CMSC Vila Lobato, CSE Vila Ipiranga que possui uma Equipe de Saúde da Família, estabelecida dentro da

própria unidade, que realiza acompanhamento das famílias cadastradas e trabalhos em grupo com a comunidade, UBS Dom Mielle que possui um programa de agentes comunitários, UBS Ipiranga, UBS José Sampaio, UBS Presidente Dutra que possui duas equipes de saúde da família, UBS Vila Albertina, UBS Vila Recreio que possui três equipes de Saúde da Família, UBS Maria Casagrande Lopes que possui duas equipes de saúde da família, uma EACS, USF Portal do Alto, UFS Eugênio Mendes Lopes e UBS Jd. Paiva e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

A atenção básica dessa unidade tem como bairros de abrangência: Sumarezinho, Alto do Ipiranga, Vila Amélia, Cidade Universitária, parte da Vila Monte Alegre, *Campus* Universitário da USP, Jardim Emir Garcia, Jardim Mário Paiva Arantes, Jardim Paiva e Jardim Dr. Paulo Gomes Romeo.

O quadro abaixo exemplifica a organização da rede básica de saúde do Distrito de Saúde Oeste vinculado à UBDS-Sumarezinho.

Quadro 2: Distribuição dos serviços de saúde públicos disponíveis no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto, segundo os bairros de procedência, atendimentos oferecidos, horário de funcionamento e recursos humanos no ano de 2009.

Serviços de Saúde	Bairros de abrangência	Atendimentos oferecidos	Horário de funcionamento													
				ACS	AE	TE	E	GO	P	CM	D	F				
CMSC Vila Lobato	VI Lobato, parte da VI Monte Alegre, VI Manoel Junqueira, Jd Santa Luzia, Jd Conceição e Jd. Antártica	Pediatria, GO, enfermagem, assistência domiciliar e vacinação	2ª a 6ª das 7:30 às 17horas													
CSE Vila Ipiranga	Ipiranga, Vila Esmeralda e parte do Loteamento Planalto Verde.	Pediatria, GO, acompanhamento das famílias cadastradas, grupo de sexualidade, assistência domiciliar, enfermagem, teste do pezinho, e vacinação	2ª a 6ª das 07:00 às 17horas					3		3						
UBS Dom Mielle	CH* Dom Bernardo José Mielle, CH Jovino Campos, Pq das Andorinhas, parte do Lt Planalto Verde, Cond. Morada Nova Planalto, Eugênio Mendes Lopes, Jd Carlos de Lacerda Chaves, Portal do Alto, Jd Arlindo Laguna e Jd. Jamil Seme Cury	Clínica médica, pediatria, GO, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, acompanhamento de famílias cadastradas, teste do pezinho, vacinação	2ª a 6ª das 07:00 às 17horas	10	6	3	3	3		4	3		4			
UBS Ipiranga	Ipiranga, VI Esmeralda e parte do Lt Planalto Verde	Clínica médica, GO, PIC - Programa de Integração Comunitária, assistência domiciliar e enfermagem	2ª a 6ª das 07 às 22horas.		8	0	2	1		0	3		0			
UBS José Sampaio	CH José Sampaio Junior, CH Joaquim Procópio de A. Ferraz, parte do CH Alexandre Balbo, Pq das Oliveiras e Lt Parque das Figueiras	Clínica médica, pediatria, GO, assistência domiciliar, enfermagem, odontologia, PIC - Programa de Integração Comunitária, teste do pezinho e vacinação	2ª a 6ª das 07 às 21horas.		9	2	3	2		4	3		4			
UBS Presidente Dutra	CH Presidente Dutra, Residencial das Américas, VI Fábio Barreto, Jd Silvio Passalacqua, Jd Herculano Fernandes e parte do Jd Indai.	Clínica médica, GO, pediatria, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, teste do pezinho, vacinação	07 às 17horas	22	3	0	3	2		4	4		2			
UBS Vila Albertina	VI Albertina, VI Abreu Sampaio, Jd Paraíso, VI Esperança e Jd Central Park	Clínica médica, pediatria, GO, odontologia, enfermagem, PIC - Programa de Integração Comunitária, assistência domiciliar, Programa de Agentes Comunitários, teste do pezinho e vacinação	07 às 17horas	20	10	1	3	2		4	3		2			
UBS Vila Recreio	VI Recreio, VI Augusta, parte do Jd Indaiá e Jd Javari	Teste do pezinho, vacinação, enfermagem, puericultura, pediatria, GO, clínica médica, odontologia	07 às 20horas	23	12	2	3	2		4	6		4			
UBS Maria Casa Grande Lopes	CH Maria Casagrande Lopes, VI Tecnológica, Lt Orestes Lopes de Camargo, parte do Pq dos Pinus e parte do CH Alexandre Balbo	Clínica médica, pediatria, GO, odontologia, enfermagem, assistência domiciliar, acompanhamento de famílias cadastradas, teste do pezinho e vacinação	2ª a 6ª das 07 às 17horas	12	0	9	3	1		2	1		2			
UBS Jd. Paiva	Jd Paiva e Jd Mario Paiva Arantes	Clínica, pediatria, GO, enfermagem, teste do pezinho, vacinação, acompanhamento famílias cadastradas e assistência domiciliar	2ª a 6ª das 07 às 17horas	12	7		2	1		2	1					
USF Portal do Alto	Parte do Portal do Alto, parte do Jardim Arlindo Laguna, parte do Jardim Jamil Semi Cury	Clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, acompanhamento das famílias cadastradas, enfermagem, assistência domiciliar e teste do pezinho	2ª a 6ª das 07 às 17horas	5	1	1	1				1					1
USF Eugênio Mendes Lopes	Eugenio Mendes, Lacerda Chaves parte do portal, parte do planalto verde e parte do Jamil Seme Cury	Clínica médica, pediatria, GO, enfermagem, assistência domiciliar, acompanhamento das famílias cadastradas e teste do pezinho	2ª a 6ª das 07 às 17horas	12	4		2				2					

Fonte: Disponível em: www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br Acesso em: 20 de setembro de 2009.

Legenda: ACS - Agente comunitário de saúde GO - Ginecologista e obstetra AE - Auxiliar de enfermagem P – pediatra
TE - Técnico de enfermagem CM - Clínico Médico E – enfermeiro D - dentista F - médico de família

Os 5 NSF's têm como horário de funcionamento das 7 às 17h e todos contam com o trabalho de um médico do Programa de Saúde da Família. No NSF 4, além deste profissional, a população também conta com um médico ginecologista e obstetra.

O quadro de funcionários do CSE Sumarezinho contratados da prefeitura é composto por: agente administrativo (9), agente comunitário de saúde (13), agente de segurança (5), ajudante de desinfecção (2), aprendiz (7), atendente de consultório dentário (2), auxiliar de enfermagem (37), auxiliar de farmácia (4), auxiliar de serviços gerais (6), cirurgião dentista (5), enfermeiro (11), estagiário (11), farmacêutico (2), fonoaudiólogo (1), médico cardiologista (1), médico clínico geral (6), médico dermatologista (3), médico ginecologista (2), médico pediatra (2), médico psiquiatra (1), oficial administrativo (1), médico oftalmologista (1), psicólogo (1), radiotelefonista (5), técnico de enfermagem (3).

Além da atuação desses profissionais, o CSE Sumarezinho também conta com funcionários contratados pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP – USP) e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP).

Quadro 3: Número de profissionais que atuam no CSE Sumarezinho contratados pela FAEPA, conforme carga horária mensal no ano de 2010.

Categoria profissional	Vínculo	Carga horária mensal	Número de profissionais
Médico clínico geral	FAEPA	12 h	36
Médicos pediatras	FAEPA	12 h	14
		24 h	4
Médico moléstias infecciosas	FAEPA	12 h	2
Ortopedista	FAEPA	20 h	3
Enfermeiro	FAEPA	40 h	2
Auxiliar de enfermagem	FAEPA	36 h	13
		40 h	2

Fonte: Secretaria Municipal de Ribeirão Preto, 2010.

Dos profissionais vinculados à FMRP-USP atuando no CSE Sumarezinho, temos 8 pediatras, sendo que 2 deles atuam no PA (24 h), 2 clínicos médicos que atuam no PA (24 h), 2 ginecologistas (24 h), 1 oftalmologista (24 h), 1 cardiologista (24 h), 1 psicólogo (40 h), 2 cirurgiões dentistas (20 h), 4 enfermeiras (40 h), 16 técnicos de enfermagem (40h), 7

auxiliares de enfermagem (40 h), 5 auxiliares de serviços gerais (40h), 4 auxiliares administrativos (40 h), 4 técnicos administrativos (40 h), 2 técnicos de laboratório, 2 visitantes sanitários (40 h), 1 técnico assistente financeiro (40 h), 1 técnico de informática (40 h), 1 técnico acadêmico (40 h), 1 técnico de recursos humanos (40 h) e 1 motorista (40 h).

Ainda temos atuando no CSE Sumarezinho uma enfermeira contratada pelo nível federal com carga horária de 30 horas; dois funcionários contratados pelo Hospital das Clínicas (HC), sendo um auxiliar de serviços gerais e um diretor técnico de serviços de saúde; e 3 funcionários da Secretaria Estadual de Saúde (SES), sendo um oficial administrativo (40 h), uma psicóloga (20 h) e um médico.

A Atenção Básica compreende as seguintes áreas: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Vigilância à Saúde, Vacinação, Saúde Bucal, Atenção e Cuidados de Enfermagem, Farmácia Básica, Curativos e Pequenos Procedimentos Cirúrgicos e Assistência Social.

O atendimento especializado é realizado no CSE em algumas especialidades de maior demanda, para os pacientes de todo o Distrito de Saúde Oeste.

Os pacientes são atendidos por meio de referência das unidades básicas de saúde do distrito e de demandas do ambulatório de especialidades. Pacientes que necessitam de atendimento especializado de áreas não constantes do CSE são encaminhados para outros níveis de assistência, ambulatoriais e hospitalares, que compõem o Sistema Único de Saúde.

As especialidades nas quais o CSE-FMRP/USP atua: Cardiologia, Ortopedia/Traumatologia, Saúde do Trabalhador, Moléstias Infeciosas, Dermatologia, Psiquiatria, Psicologia, Fonoaudiologia, Oftalmologia, Odontologia, Ginecologia, Endocrinologia, Eletrocardiografia, Radiologia, Geriatria, Pediatria, Neurologia, Reumatologia, Pneumologia, Ambulatório de Pequenas Cirurgias, Enfermagem e Assistência Social.

O atendimento básico e especializado é de segunda a sexta-feira das 7 às 20 horas.

O PA realiza atendimento durante 24 horas para usuários de todo o Distrito de Saúde Oeste, atendendo a casos de urgência e emergência e a casos que demandam um atendimento não urgente, mas considerado prioritário pelos pacientes.

Possui uma estrutura física bem distribuída, separado em três grandes alas: adulto, pediatria e urgência/emergência. Dentro desta estrutura temos a recepção, a sala de acolhimento, sala de medicação/inalação, sala de observação de adulto e pediatria, além das salas para consultórios.

A equipe do PA é formada por 3 a 4 médicos, enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Durante o plantão da manhã e da tarde, a equipe é formada por 3 a 4

médicos, 2 enfermeiras e no mínimo 8 auxiliares de enfermagem. Já no período vespertino são 3 a 4 médicos, 1 enfermeira e no mínimo 4 auxiliares. No plantão noturno são 3 médicos, 1 enfermeira e no mínimo 5 auxiliares.

Os critérios que nos levaram a selecionar o serviço de PA neste distrito foram:

- ✓ ser campo de estágio dos alunos da graduação;
- ✓ ser local de atividade de coordenação de estágio e laboratório clínico e social utilizado pelos pesquisadores da EERRP-USP;
- ✓ ser interesse do serviço que este estudo se realize, a fim de contribuir com a reorganização da assistência à saúde.

3.4 Procedimentos para a coleta de dados: a técnica, o instrumento, a definição da população do estudo, os sujeitos da pesquisa e a análise dos dados

3.4.1 Abordagem quantitativa

3.4.1.1 Fonte secundária

Fizemos uma busca ao banco de dados Hygia da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (Sistema de Informação Ambulatorial) e encontramos que, no período estudado, ou seja, entre 1º de janeiro de 2009 e 30 de junho de 2009, foram prestados 45.771 atendimentos para 25.110 usuários.

Nessa busca, também obtivemos de todos os usuários que foram atendidos nesse período os dados relativos a sexo, faixa etária, bairro de procedência, dia da semana, horário e mês do atendimento no PA.

Porém, para obtermos os dados quanto à justificativa da procura, condutas e encaminhamentos realizados por parte dos profissionais que prestaram o atendimento, foi necessário recorrer às fichas de registro de atendimento (Anexo A) que, além de identificarem os usuários que procuraram o PA segundo sexo, faixa etária, bairro de procedência, dia da semana, horário e mês do atendimento, ela também contém os registros de justificativa de procura pelo PA que são realizados pelos profissionais de enfermagem durante o acolhimento, e as condutas e os encaminhamentos realizados, preenchidos pelos médicos que prestaram o atendimento.

Para isso, foi necessária a seleção de uma amostra obtida a partir dos 45.771 atendimentos, com a finalidade de buscarmos conclusões sobre quais foram as principais justificativas para os usuários procurarem atendimento no PA e quais foram as condutas e os encaminhamentos realizados por parte dos profissionais que os atenderam.

Tendo por base que uma amostra se constitui de um número menor de sujeitos de uma determinada população, para analisarmos os atendimentos realizados no PA do CSE Sumarezinho, foi selecionada uma amostra das fichas de atendimento, a partir da técnica de Amostragem Aleatória Sistemática (COCHRAN, 1977) que garante que todos os atendimentos tiveram a mesma probabilidade de estar nesta amostra, pois seria inviável levantarmos todas as fichas do período.

Para o cálculo do tamanho da amostra, precisamos conhecer alguns parâmetros.

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Nessa fórmula, n representa o tamanho da amostra, p corresponde à proporção de usuários que não precisariam estar sendo atendidos no PA, q = 1-p, ou seja, é o percentual das consultas necessárias, E representa o erro amostral tolerado e Z corresponde ao grau de confiança desejado.

Neste estudo, não conhecemos a proporção de usuários que procuram indevidamente pelo atendimento no PA, nestes casos é possível assumir uma proporção de 0,50, garantindo um tamanho de amostra adequado.

Como sabemos o tamanho da nossa população, bem como a quantidade de atendimentos realizados, podemos ajustar o tamanho da amostra usando a fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) \cdot E^2}$$

O erro amostral aceito foi de 5% e o grau de confiança foi de 90%.

Dessa forma, temos que a amostra ideal deveria ter 270 atendimentos. Como tivemos problemas para a localização das fichas selecionadas e problemas quanto ao seu preenchimento, extrapolamos a quantidade para, dessa forma, excluindo as exceções, atingirmos a quantidade adequada.

Portanto, extrapolamos a amostra ideal (270) e validamos 330 fichas de atendimento, quantidade que garante os parâmetros usados, pois está acima da quantidade ideal. Esta foi a nossa amostra utilizada para investigar as justificativas para a procura pelo PA e as condutas e encaminhamentos realizados.

3.4.1.2 Análise dos dados quantitativos

Para a apresentação dos resultados encontrados, a partir da coleta de dados do banco Hygia e da amostra utilizada, fizemos a caracterização dos usuários realizando análise descritiva com os dados distribuídos em tabelas e gráficos relativos a sexo, faixa etária, bairro de procedência, períodos, dias da semana e meses que procuraram o PA, justificativa de procura, conduta e encaminhamentos realizados.

Fizemos um trabalho comparativo cruzando os dados obtidos quanto a sexo, faixa etária, bairro de procedência, período do dia, dias da semana e meses que todos usuários procuraram por atendimento, no período estudado, com os dados obtidos da amostra utilizada no estudo (Apêndice A) que evidencia que nossa amostra é representativa do todo.

Analizamos os dados relativos às justificativas para procura pelo PA a partir do que era registrado nas fichas de atendimento pelos profissionais de enfermagem, no momento do acolhimento que antecede os atendimentos propriamente ditos, e analisamos os dados relativos às condutas realizadas no PA a partir do que era registrado no campo evolução médica nas fichas de atendimento pelos profissionais médicos após o atendimento.

3.4.2 Abordagem qualitativa

3.4.2.1 Fonte primária

Fizemos uma imersão ao campo de investigação e, pela técnica da observação simples, utilizamos o espaço em que se faz o acolhimento dos usuários que procuram o PA, a

fim de identificar as principais queixas que fizeram esses usuários procurarem atendimento, registrando os dados em um diário de campo.

A observação foi realizada em dezembro de 2009 em horários de plantão alternados, de forma a contemplar todos os turnos, sendo manhã (06 às 12h), tarde (12 às 18h), vespertino (18 às 24h) e noturno (24 a 06h).

Optamos pela técnica de observação simples, uma vez que

É bem mais adequada aos estudos qualitativos [...] possibilita a obtenção de elementos para a definição de problemas da pesquisa e favorece a construção de hipóteses acerca do problema pesquisado. (GIL, 2007, p.111-112)

Para os usuários observados durante o acolhimento que fizeram parte dos critérios de inclusão, realizamos entrevistas semiestruturadas por meio de um roteiro norteador (Apêndice B), a fim de aprofundar os aspectos relativos à procura do PA.

Segundo Pope e Mays (2005), as entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente e, a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes.

Como Lima et al. (2007) acreditamos que seja importante saber como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando à melhoria da atenção à saúde.

Realizamos entrevista-piloto para testar o roteiro norteador e adequá-lo à linguagem que tinha mais significado para os usuários.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 15 minutos.

No estudo-piloto, observamos que o melhor momento para realizar as entrevistas era após a triagem dos pacientes no acolhimento, enquanto esperavam pela consulta, pois após conseguirem o atendimento, de uma forma geral, os usuários manifestavam indisponibilidade de tempo para participarem da entrevista, justificada pela necessidade de retornarem para suas casas.

Observamos também que, na sala de espera, ficavam muitos usuários aguardando pelo atendimento, o que de certa forma inibia os entrevistados de falar o que pensavam sobre os atendimentos do PA.

Assim, utilizamos uma das salas em que se faz o acolhimento, a fim de prover maior abertura ao diálogo com os usuários entrevistados, mantendo a privacidade de cada um e a conduta ética necessária nas entrevistas.

3.4.2.2 Sujeitos do estudo

O estudo foi realizado com usuários atendidos no PA do CSE da região oeste do município de Ribeirão Preto-SP. Utilizando critério de exaustão dos dados para interromper as entrevistas, chegamos a um total de 23 entrevistados.

Os critérios para inclusão dos sujeitos foram:

- usuários maiores de 18 anos;
- usuários que não foram atendidos por situações de urgência e emergência, ou seja, excluimos as áreas vermelha e amarela segundo a classificação de risco (BRASIL, 2004);
- usuários que procuraram atendimento no pronto-atendimento e que moram há mais de dois anos na área de abrangência do distrito;
- não apresentar sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez;
- aceitar ser entrevistado após o acolhimento;
- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão dos sujeitos foram:

- usuário menores de 18 anos;
- usuários atendidos por situações de urgência e emergência;
- usuários que procuraram atendimento no pronto-atendimento e que moram há menos de dois anos na área de abrangência do distrito;
- apresentar sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez;
- não aceitar ser entrevistado após o atendimento;
- não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2.3 Análise dos dados qualitativos

Para a análise dos dados obtidos em fonte primária, por meio das entrevistas com os usuários, usamos a análise de conteúdo na modalidade temática (BARDIN, 2004).

A análise temática é um método que consiste em uma técnica de investigação que descreve a análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/acolhimento destas mensagens (BARDIN 2004).

As entrevistas foram gravadas, transcritas, interpretadas e analisadas, abordando questões relativas à acessibilidade, ao acesso e acolhimento aos serviços de saúde, aos aspectos relativos ao atendimento, à resolução da necessidade de saúde, ao motivo da procura do PA e à integralidade da atenção à saúde.

Para desenvolvermos a análise temática, percorremos três etapas. A primeira partiu da organização dos dados das entrevistas realizadas, considerando os objetivos propostos nesta investigação para responder às questões de validade, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A segunda etapa constituiu-se na exploração do material com leitura flutuante das entrevistas transcritas, uma a uma, na íntegra, e posteriormente em conjunto; e leitura exaustiva dos registros e codificação dos dados com a separação dos recortes de acordo com as convergências, divergências e o inusitado, resultando já na organização do material (GIL, 2007).

E na terceira etapa classificamos e organizamos os dados em temas a fim de analisá-los com o suporte teórico desta pesquisa. Diante de toda a análise temática das entrevistas realizadas, chegamos a três temas: a acessibilidade na rede e a procura pelo PA; a integralidade entre os níveis de atenção; e a acessibilidade e a integração entre os níveis como caminho para a atenção.

3.4.3 Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento do projeto, seguimos as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na Resolução do CNS 196/96 e capítulo da Resolução 251/97. Portanto, para a realização desta pesquisa, solicitamos autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (Apêndice C).

Salientamos que temos o compromisso de divulgar o resultado do desenvolvimento do projeto de mestrado junto à instituição envolvida, pois é esperado contribuirmos para a organização e planejamento da atenção à saúde integral no território do Distrito Oeste.

Encaminhamos carta oficialmente à diretoria acadêmica do CSE da FMRP-USP (Apêndice D), informando sobre a finalidade da pesquisa e solicitando autorização para o desenvolvimento da mesma, no Pronto-Atendimento.

Com a autorização oficial do comitê (Anexo B) e da diretoria acadêmica (Anexo C), fizemos contato com os coordenadores do serviço de PA e explicamos a importância da pesquisa, nossa motivação e os objetivos do estudo, indicando como faríamos as entrevistas com os usuários do PA. Solicitamos àqueles usuários selecionados para serem entrevistados e que concordaram em participar, para assinar o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Apêndice E), sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador.

O consentimento informado é um elemento característico e essencial do exercício de todas as profissões da área da saúde, esse processo visa a resguardar o respeito às pessoas, se dando por meio do reconhecimento da autonomia de cada indivíduo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos usuários atendidos no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009

Trazemos inicialmente dados relativos a sexo, faixa etária, bairros de procedência e frequência de atendimento de todos os usuários atendidos no PA no período pesquisado, portanto, trata-se de 45.771 atendimentos e 25.110 pacientes atendidos entre 1º de janeiro de 2009 e 30 de junho de 2009.

Esses dados foram obtidos por meio de fonte secundária proveniente do banco de dados Hygia da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP.

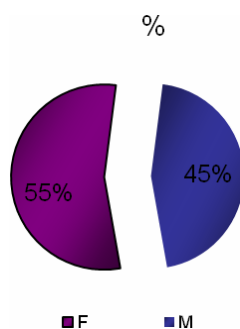


Gráfico 1: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto ao sexo.

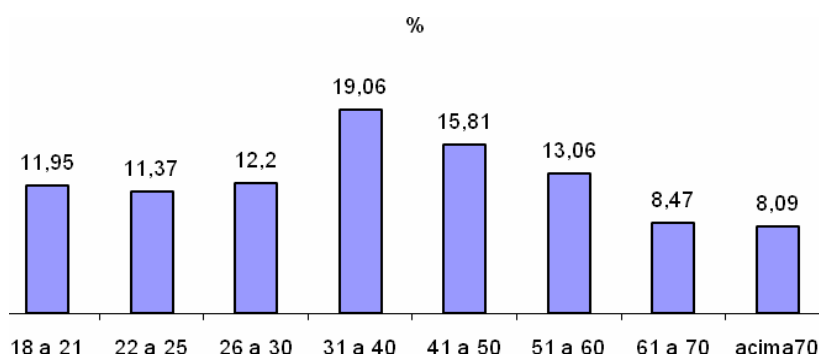


Gráfico 2: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à faixa etária.

Tabela 1: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto ao bairro de procedência.

Bairro	Qtd.	%
Ipiranga	5874	23,4
Vila Albertina	2095	8,34
Vila Recreio	1968	7,84
Sumarezinho	1193	4,75
Jardim Paiva	926	3,69
Monte Alegre	917	3,65
Presidente Dutra	830	3,31
Planalto Verde	785	3,13
Vila Tibério	744	2,96
Alexandre Balbo	717	2,86
Jardim José Sampaio Júnior	704	2,8
Campos Elíseos	560	2,23
Jardim Orestes Lopes de Camargo	421	1,68
Dom Mielle	417	1,66
Jardim Jandaia	412	1,64
Maria Casagrande	375	1,49
Alto do Ipiranga	310	1,23
Vila Monte Alegre	302	1,2
Jardim Procópio	296	1,18
Vila Maria Luiza	268	1,07
Parque das Andorinhas	262	1,04
OUTROS	4734	18,5
TOTAL	25110	100

A grande demanda para o PA de usuários residentes no bairro Ipiranga talvez possa ser justificada pelo fato de que, durante o período pesquisado, a UBS Ipiranga estava fechada para reforma. Essa reforma ocorreu no período entre julho de 2008 e outubro de 2009 (RIBEIRÃO PRETO, 2009), podendo ser uma das causas disparadoras para os usuários procurarem acesso a outro serviço de saúde.

O bairro Campo Elíseos não pertence à área de abrangência do CSE Sumarezinho, assim como 10,87% dos bairros classificados como “outros” também não fazem parte do Distrito Oeste. No total, temos que 13,1% dos usuários que procuraram o PA da UBDS oeste não pertencem ao distrito adstrito.

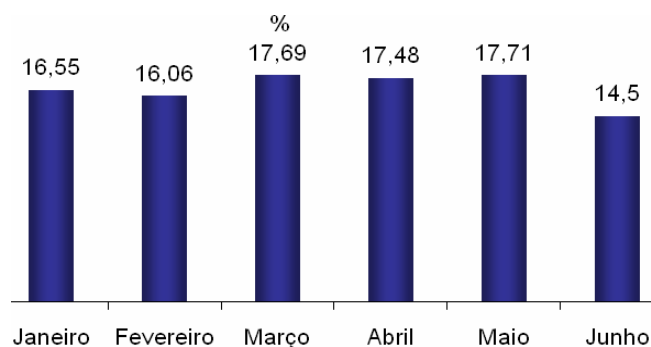


Gráfico 3: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento entre os meses.

Vale ressaltarmos que, no ano de 2009, a partir do mês de março iniciou-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de pessoas infectadas pelo vírus da Influenza A, pandemia que foi inédita, divulgada e preocupante nos países latino-americanos. A diferença entre os meses está registrada em março, abril e maio, período da circulação do vírus, havendo modificação considerável entre os meses na frequência de atendimentos no PA durante o período pesquisado.

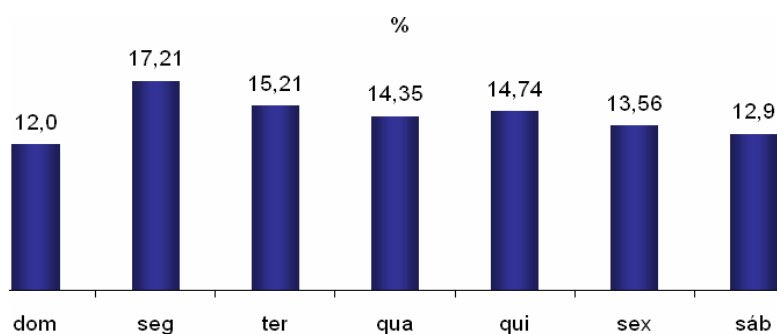


Gráfico 4: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento entre os dias da semana.

De segunda a sexta-feira foram os dias da semana que tiveram maior número de atendimentos no PA, que são os dias em que as UBSs e USFs estão funcionando.

Portanto, mesmo que a rede básica feche ao final de semana, este fato não representou aumento expressivo na demanda do PA. Pelo contrário, a segunda-feira aponta a maior demanda, reforçando a necessidade de indagação sobre o motivo da procura pelo PA e

de como funciona o vínculo na UBS e USF que são as áreas próximas de onde as pessoas residem.

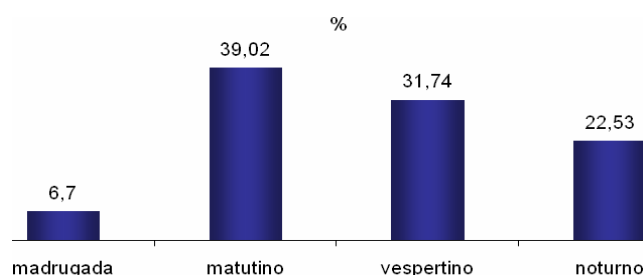


Gráfico 5: Distribuição dos usuários atendidos no PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, quanto à frequência de atendimento entre os períodos do dia.

Observamos que 70,76% dos atendimentos ocorreram durante o dia, quando a rede básica de atenção está aberta à assistência. Este dado é muito importante para percebermos que o usuário na maioria das vezes não procura o PA apenas quando as UBSs e USFs estão fechadas, o que pode ser vislumbrado também no Gráfico 4.

Tabela 2: Distribuição dos usuários selecionados na amostra quanto à justificativa para a procura pelo PA do CSE Sumarezinho de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009.

Justificativa pela procura ao PA	N	%
Problema renal	18	5,45
Problema respiratório	51	15,45
Problema gastrointestinal	37	11,21
Checar exames	14	4,24
Trauma/ lesão	52	15,75
Dor	68	20,6
Problema oftalmológico	6	1,81
Problema ginecológico	14	4,24
Crise alérgica	7	2,12
Administração de medicamentos	2	0,6
Sintomatologia de dengue	8	2,42
DM descompensado	2	0,6
HAS descompensado	9	2,72
Problemas cardíacos	4	1,21
Problemas cardiovasculares	3	0,9
Complicação pós-operatória	1	0,30
Mal-estar inespecífico	22	6,66
Outras causas	12	3,63
Total	330	100

Diante da tabela acima, podemos identificar inúmeras justificativas para os usuários terem procurado o PA. Fizemos este agrupamento considerando o que estava registrado nas fichas de atendimento pelo profissional de enfermagem, no acolhimento, sobre o que trouxe o usuário ao serviço.

Conforme observamos, o relato de dor foi muito frequente, ao mesmo tempo que inespecífico, pois dos 68 relatos de dor, 32,35% relataram dor nos membros, 17,64% relataram dor em mais de uma região do corpo, 8,82%, cefaleias, 30,88% relataram lombalgias e 10,29%, dores torácicas. Portanto, a queixa de dor foi de difícil classificação para avaliação de resultados.

Segundo Sousa (2002), a dor é considerada uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal, e não existe um instrumento padrão que permita a um observador externo, no caso o profissional de saúde, mensurar objetivamente essa experiência interna e complexa.

De acordo com a mesma autora, a dor é considerada o quinto sinal vital, tão importante quanto os outros, e deve ser sempre avaliada em um ambiente clínico para se compreender a conduta terapêutica (Sousa, 2002).

Segundo Pedroso e Celich (2006), a dor é uma experiência individual sendo impossível conhecer exatamente a experiência da dor vivenciada por outra pessoa. Deste modo, entendemos que as características da dor devem ser bem avaliadas considerando o início, o local, a periodicidade, o tipo de dor, a duração, com o objetivo de os profissionais acolherem de forma mais qualificada as queixas trazidas pelos usuários.

Tabela 3: Distribuição dos usuários selecionados na amostra quanto à conduta realizada pelo médico nos atendimentos realizados no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009.

Condutas realizadas	N	%
Orientações	17	5,15
Encaminhamentos	17	5,15
Regulação	3	0,9
Terapia medicamentosa	135	40,9
Exames	21	6,36
Cuidados	8	2,42
Terapia med. e encaminhamentos	20	6,06
Terapia med. e orientações	11	3,33
Terapia med. e exames	61	18,48
Terapia med. e cuidados	12	3,63
Terapia med. /exames/encam.	5	1,51
Exames e encaminhamentos	2	0,6
Orientados a retornar ao PA	7	2,12
Sintomático?	11	3,33
Total	330	100%

Em 40,9% das condutas está a terapia medicamentosa isoladamente, correspondendo à maioria das condutas realizadas pelos médicos do PA. Em segundo, com 18,48% está representado o tratamento medicamentoso associado à realização de exames. Em 5,15% dos atendimentos tiveram como conduta apenas orientações.

Com isso, podemos considerar que o tratamento medicamentoso foi um dos principais motivos para os usuários procurarem o PA, ao invés da rede básica de atenção. Pois como o usuário não tem acesso a esses serviços, conseqüentemente, não tem acesso aos medicamentos. Este resultado também foi observado nos estudos de Ramos e Lima (2003) e Tanaka (1990).

Conforme nosso pressuposto inicial, a prescrição de medicações, sob a forma de principal conduta, reforça o modelo de atenção baseado na queixa-conduta dos casos agudos, buscando resolver as necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Portanto, são condutas de resolução em curto prazo, fato que explica os retornos subseqüentes dos mesmos usuários ao PA. Ou seja, quando retornam os sintomas, novamente, os usuários procuram atendimento.

Por outro lado, observamos que a realização de orientações, baseadas em tecnologias leves, foi pouco utilizada pelos profissionais em relação aos outros tipos de conduta.

Dessa forma, entendemos que o PA ainda se constitui em um serviço que possui um grande acúmulo de possibilidades de oferta de serviços a serem utilizados pelos usuários, seja na forma de medicamentos, exames e/ou consultas.

Durante a observação simples que foi realizada na sala de acolhimento aos usuários, antes de iniciar as entrevistas, escutamos o que o auxiliar de enfermagem perguntava para o usuário e vimos o que era registrado por ele na ficha de atendimento. Após receber os usuários, este profissional colocava as fichas nas caselas, fazendo a separação conforme a classificação de risco (vermelho, amarelo, azul e verde).

Nessa observação, compreendemos que o profissional de enfermagem registrava exclusivamente o que era relatado pelo usuário durante o processo de acolhimento, e que nem sempre era investigado o tempo de duração que aquelas queixas vêm sendo percebidas pelos usuários. Também nem todas as vezes foi perguntado se o usuário tinha algum problema de saúde ou fazia seguimento de sua saúde em alguma unidade básica de atendimento.

Dentre as 330 fichas de atendimento levantadas, selecionamos algumas que exemplificam a forma como o auxiliar de enfermagem no acolhimento registrava as queixas trazidas pelos usuários e como as condutas foram registradas pelos profissionais médicos.

Quadro 4: Resumo das queixas trazidas de alguns usuários e condutas realizadas

Feminino, 36 anos, segunda-feira, período vespertino**Queixa:** desconforto gástrico e sudorese**Conduta:** plasil no soro, solicitados exames e retorno para checar resultado de exames.**Masculino, 68 anos, terça-feira, período vespertino****Queixa:** refere cefaleia, dor na nuca e nas costas há 15 dias, PA=170/100 mmHg.**Conduta:** captopril e diazepam via oral**Feminino, 79 anos, sábado, período matutino****Queixa:** tosse há 15 dias, nega febre**Conduta:** Raio X de tórax e polaramine.**Masculino, 64 anos, segunda-feira, matutino****Queixa:** refere queda da própria altura há 9 dias e dor no membro superior esquerdo (MSE)**Conduta:** encaminhamento para ortopedia e profenid e dipirona endovenoso agora.**Feminino, 34 anos, quinta-feira, período vespertino****Queixas:** dor nos braços há tempos.**Conduta:** profenid endovenoso e encaminhamento para a ortopedia.**Masculino, 49 anos, domingo, matutino****Queixa:** dor de garganta e febre há 2 dias.**Conduta:** benzetacil intramuscular agora.**Masculino, 21 anos, sexta-feira, período vespertino****Queixa:** dor na virilha.**Conduta:** diclofenaco intramuscular.**Feminino, 29 anos, segunda-feira, período vespertino****Queixa:** refere cólica menstrual**Conduta:** buscopan composto endovenoso agora e solicitado hemograma.**Masculino, 72 anos, quinta-feira, madrugada****Queixa:** refere que está urinando sangue.**Conduta:** hemograma e retorno pela manhã para checar resultado.**Masculino, 60 anos, terça-feira, período matutino****Queixa:** checar resultado de exame de sangue e urina**Conduta:** orientações e retornar se piorar.**Feminino, 19 anos, sexta-feira, período vespertino****Queixa:** refere tontura, dor no estômago e náuseas há 5 dias**Conduta:** ranitidina, buscopan e plasil endovenosos e hidróxido de alumínio via oral.**Fonte:** elaborado pela autora da presente dissertação a partir da coleta de dados das fichas de atendimento do PA de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009.

Com esses dados, podemos observar que a terapia medicamentosa fica em evidência dentre as condutas médicas realizadas e que em sua grande maioria estão diretamente relacionadas à resolução das queixas relatadas pelos usuários.

Entendemos que, no sentido de compreender as demandas trazidas pelos usuários, ainda há a necessidade de se investir na qualificação dos profissionais do acolhimento que realizam a escuta, a fim de proporcionar um melhor atendimento às necessidades da população em forma de orientações e encaminhamentos.

4.2 Caracterização dos usuários que fizeram parte das entrevistas

Dentre os 23 usuários entrevistados, dez eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino. O entrevistado de menor idade tinha 19 anos e o mais velho, 69 anos. A idade média dos entrevistados foi de 40 anos.

Seis entrevistas foram realizadas no período da manhã (06 às 12h), sete no período da tarde (12 às 18h), sete no período vespertino (18 às 24h) e três durante a madrugada (24 às 06h), distribuídas de segunda-feira a sábado.

Os bairros de procedência desses usuários foram heterogêneos, porém a maioria provém do bairro 1 (cinco usuários).

A justificativa para a procura pelo PA também foi variada, desde dor de garganta, febre, diarreia, cefaleia, dor abdominal, tosse seca, dor lombar, dor torácica, até checar resultado de exames colhidos no PA.

4.3 Tema 1: A acessibilidade na rede e a procura pelo PA

Consideramos a discussão sobre a acessibilidade como Fekete (1997) na subdivisão que faz quando define a acessibilidade como uma combinação de fatores de distintas dimensões: acessibilidades geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Assim, a acessibilidade geográfica é medida de acordo com o tempo e os meios de transporte que são utilizados para obter assistência à saúde (FEKETE, 1997).

No entanto, a alta acessibilidade geográfica não garante que o usuário conseguirá utilizar os recursos de saúde disponíveis, uma vez que a credibilidade do serviço e a preferência por médico por parte do usuário também podem influenciar na decisão quanto à procura por uma dada unidade de saúde (FEKETE, 1997).

“Vamos dizer que aqui (PA) não seja o mais próximo. Tem outros lá pra baixo da minha casa, no bairro 2. Só que lá é mais lotado, entendeu? Por eu morar do lado, mas o atendimento lá não tem prioridade. Aqui (PA), apesar de ser mais longe, dão mais atenção pra gente do que lá que eu moro em frente praticamente”.(entrevista XVIII)

“O relacionamento com as pessoas que trabalham lá (UBS) é diferente daqui (PA). Eu tenho que me locomover de carro para vir mesmo, porque o atendimento é bem diferente. [...] É um pouco longe da minha casa, eu venho de carro, gasto 10 minutos, já sou atendido, e daqui eles me encaminham para o médico que me dá o atendimento que, pra mim, me satisfaz bastante, por causa da equipe. O atendimento é bem melhor que na unidade básica”. (entrevista XII)

Mesmo alguns usuários que estão mais distantes do PA do CSE, porém dentro da área do Distrito Oeste, optaram por ser atendido no PA por considerar melhor o atendimento, justificando ser menor o tempo de espera para ser atendido e maior a atenção dos profissionais que os atendem.

Segundo Oliveira et al. (2009), o usuário não se prende à norma imposta de qual é a sua porta de entrada para o sistema de saúde. Ele leva em conta a liberdade de optar por um serviço de saúde com base em sua experiência e no que lhe interessa. Essa escolha implica na autonomia e na participação que os usuários devem ter quando optam por buscar atendimento em determinado serviço de saúde que atenda as suas necessidades.

Ramos e Lima (2003) também concluem que quando existe bom acolhimento em determinado serviço de saúde, isso influencia na escolha quanto ao local que deverá ser procurado, mesmo que isso lhe exija maior deslocamento. Logo, a presença de distâncias relativas não é fator limitante para o usuário procurar por determinado serviço de saúde. Mesmo porque, neste estudo, vimos que, na maioria das vezes, dentre os usuários entrevistados, o PA não era o local mais próximo de suas residências.

Contudo, a partir dos dados quantitativos, observamos que os usuários que procuraram o PA, em sua grande maioria (86,9%), são provenientes dos bairros que são da área de abrangência do CSE, existindo proximidade entre o PA e a residência do usuário.

Porém, vale ressaltar que o Distrito Oeste é muito grande, e existem poucas USFs próximas ao CSE Sumarezinho.

Além disso, mesmo o PA não sendo o serviço de saúde mais próximo dos usuários, tendo alguma UBS com maior proximidade de sua residência, muitos usuários consideram que o PA é o mais próximo, justificando a dificuldade de acesso aos atendimentos nessas UBSs.

“Para mim como aqui (PA) é mais perto de onde eu moro então eu venho direto aqui [...] é coisa de quatro, cinco minutos no máximo até eu chegar aqui, né? Então facilita bastante. O acesso é rápido, é perto de casa.[...] Tem o posto do bairro 22, né? Mas lá é só mais para criança agora, não faz atendimento para adulto.”. (entrevista V)

“Aqui o PA é o mais próximo da minha casa. Olha, que eu saiba tem no bairro 23 e bairro 14, não sei. Mas eu nunca fui lá, sempre venho aqui porque pra mim é mais perto e porque tem mais médico, por ser... ah, não sei se é por que é mais famoso”. (entrevista XIV)

A acessibilidade organizacional está representada pelos obstáculos nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Estes obstáculos podem se apresentar desde a entrada no serviço de saúde, como a demora para obter uma consulta, tipo de marcação de horário e turnos de funcionamento até poder estar no interior da unidade de saúde como o tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer os exames laboratoriais (FEKETE, 1997).

“No posto 4 que eu procurei, eu vou estar conseguindo uma consulta com o médico clínico só daqui a dois meses para que ele possa me dar um encaminhamento para um ortopedista. Agora se eu estou com dor hoje, como vou esperar um encaminhamento pra daqui dois meses procurar um ortopedista? Eu não posso mais esperar sendo que eu tô com problema agora. Então se for para eu esperar esse tempo eu não vou mais. Eu preciso que o médico corrija agora o meu problema pra não aumentar mais”. (entrevista II)

“Então, lá (UBS) você tem que ir e marcar provavelmente para o mês seguinte ou dois meses depois para ser atendido pelo clínico geral, né? Pra depois ele te encaminhar para um especialista”. (entrevista IX)

“Ah eu chego lá (UBS) e eles perguntam: “O que é que foi? O que tá acontecendo com a Sra?” Aí eu falo que tô com um probleminha e eles falam: “Ah, mas a Sra. vai ter que esperar a vez, se alguém que tem consulta não vir, aí a gente passa a Sra”. Aí eu tenho que ficar esperando até dar o horário tipo quatro horas, quatro e meia. Se faltar alguém, aí me agendam no meio. Aí é onde eu acabo vindo aqui (PA). A mocinha falou pra mim pegar um encaminhamento para a ortopedia, fazia três meses que eu tava esperando”. (entrevista XVI)

O conteúdo dessas falas aponta a necessidade de maior agilidade e prontidão ao atendimento, a fim de conseguir ser encaminhado a outro serviço de referência, ou seja, para as especialidades.

“Muitas vezes assim, no posto você vai tentar um encaixe, é raro você conseguir um encaixe. E quando eu não consigo lá eu venho pra cá (PA). [...] Porque pra você ser atendido até sete horas você tem que pegar uma filinha lá na porta até abrir o posto e aí às vezes você consegue um encaixe de manhã. E à tarde você tem que ir onze e meia da manhã para tentar um encaixe, entendeu? [...] O médico chega na parte da tarde uma e meia da tarde. E se é até às cinco da tarde fica difícil, né?” (entrevista XXII)

“Nunca tem vaga, eles nunca atendem. Você chega lá (UBS) e eles falam: “-Ah, agora não dá pra atender.” Se eu vou no posto eles falam pra mim chegar lá pelas sete horas, aí eles vão ver se tem encaixe. Tem que agendar consulta. E como por exemplo, se eu for lá e eles falarem que não tem encaixe, aí eu peço pra marcar aí marcam pra dois, três meses a consulta”. (entrevista XXIII)

Assim como nos estudos de Ramos e Lima (2003), Kovacs (2005), Tanaka (1990), Kloetzel et al. (1998), Rocha (2005) e Gaioso (2007), a demora pelo atendimento e agendamento de consultas na atenção básica foi muito evidenciada pelos usuários que justificam ser este o principal motivo pela preferência em procurar o PA primeiramente ao invés de procurar atendimento nas UBSs e USFs.

“Esses dias tive que levar minha filha porque ela estava ruim. Aí eu fui levar ela lá no posto para ter encaixe, o médico olhou ela no corredor e falou: “-Não ela está bem”! E foi embora, entendeu? Não tem condições. Tudo lá é virose. Eles falam: - “Ah, ela tem virose”. Ela estava com anemia muito alta, eu tive que mentir falar que ela não estava comendo, que ela não estava brincando, que ela estava “amoadada” para poder conseguir um exame de sangue para ela, senão não tinha conseguido e não iam ver a anemia dela.” (entrevista IV)

“Aí eu peço pra minha mãe. Como eu entro cedo no serviço eu falo: “-Mãe, vai lá na minha frente tentar me encaixar lá”. Porque lá é encaixe, aí ela chega cedo lá e encaixa, me liga e fala: “-Óh, tal horas você tem que tá aqui”. Aí eu peço autorização do meu serviço para ser atendido.” (entrevista XII)

Nesses depoimentos, podemos observar as negociações que os usuários fazem para conseguir assistência à sua saúde. E quando eles encontram barreiras para obtenção desta assistência, observamos que o seu papel como protagonista no processo de cuidar de sua saúde é muitas vezes primordial para conseguirem atendimento.

De acordo com Tanaka (1990), a questão da desburocratização do atendimento no PA também foi manifestada entre os usuários, uma vez que o PA, além de ser um serviço que atende à demanda espontânea, realiza esses atendimentos a todos os usuários que o procuram sem a necessidade de cadastramento, ou ser residente da área de abrangência do Sumarezinho.

“Só precisa da identidade que eles atendem na hora.” (entrevista I)

“Eu chego (no PA), faço a ficha e espero o médico chamar e eu sou atendida.” (entrevista III)

“Se eu não tô bem, eu chego (no PA) aí eles fazem a ficha, chamam, perguntam o que você tem, examina e atende.” (entrevista IV)

“Eu moro pra baixo da rua Z, de lá até aqui não dá 2 km. Eu venho de carro ou minha esposa me traz. Chego aqui com meu documento e é rapidinho.” (entrevista XVIII)

“Aqui é só eu trazer o cartão do SUS, aí o moço perguntou o que eu tinha e eu falei pra ele. Aí logo a moça me chamou para eu medir a pressão. Aqui é mais rápido, entendeu?” (entrevista XXIII)

Além desses obstáculos para se obter acessibilidade na assistência à saúde, segundo Fekete (1997), a adequação do quadro de pessoal, das instalações e dos equipamentos também interfere neste indicador.

A falta de equipamentos, aparelhos e medicamentos nas UBSs e USFs é considerada pelos usuários como mau atendimento nestes serviços e motivo para a procura pelo PA.

Foi observado, a partir das falas dos usuários, que, quando existe a necessidade do médico da UBS solicitar um encaminhamento para o PA, a fim de realizar exames que não podem ser feitos na UBS, o usuário entende ser mais fácil procurar o PA diretamente, já que na UBS seriam encaminhados para o PA.

Em outras palavras, os usuários sabem quais tecnologias estão disponíveis nos serviços de saúde, podendo ser uma das causas para a procura pelo PA, e assim, isso pode dificultar o entendimento do sistema de referência e contrarreferência pelo usuário.

“Faço acompanhamento com o clínico geral na UBS 3 para pegar remédio. Só que lá é só pra pegar remédio porque não tem aparelho nenhum, né? Aparelho de tirar chapa que lá não tem, eletro do coração... lá eles mandam tudo pra cá (PA) mesmo. De lá eles mandam um papel pra cá. [...]A equipe é até boa, mas não tem os aparelhos de nada lá. [...]Lá só tem aerosol, curativo... Fizeram um posto tão grande lá mas eles não põem nem aparelho nem médico o suficiente lá”. (entrevista I)

“Ah, uma coisa que lá (UBS) não tem é que se você tiver que tirar um raio-X, fazer um exame assim mais profundo, lá já não tem. Só aqui (PA) que tem. Então você vem direto pra cá porque você vai pra lá e eles te mandam direto pra cá. Ou senão marcam outro dia, fica te enrolando e te encaminha pra cá. Então eu venho pra cá direto. [...]lá (UBS) não tem os equipamentos necessários”. (entrevista X)

“Aqui (PA) se eu precisar de uma sala de medicação, vou lá e tomo uma medicação. No núcleo não tem medicação. Seria mais fácil então nos núcleos se tivesse uma sala de medicação que seria mais fácil para diminuir um pouco a fila de medicação aqui. Porque às vezes se você for tomar uma dipirona na veia ou fazer alguma medicação injetável você tem que vir aqui no PA. (entrevista III)

Os dados quantitativos levantados confirmam o que foi observado nas entrevistas, pois 26,36% das condutas tiveram a solicitação de exames. Logo, os usuários percebem que

no PA conseguem um acesso mais rápido para a realização de seus exames, ao invés de aguardarem ser encaminhados da UBS.

A acessibilidade sociocultural está mais relacionada à percepção que o indivíduo tem sobre a sua condição de saúde e doença, ao tipo de tratamento e à oferta de serviços de saúde disponíveis (FEKETE, 1997). Neste sentido, corresponde à relação direta que se estabelece entre o usuário e a equipe de saúde, onde o primeiro contato deve se estabelecer de forma adequada, a fim de propiciar os contatos subsequentes.

De acordo com Travassos e Martins (2004), o comportamento do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos próximos.

Logo, quando o usuário é bem acolhido em um serviço de saúde e cria vínculo com os profissionais desde o contato inicial, o envolvimento desse usuário naquele serviço de saúde é instituído.

“Aqui (PA) os médicos te dão mais atenção, as enfermeiras perguntam mais sobre o seu problema, mais detalhadamente. [...] Eu não sei te falar dos outros serviços de saúde porque eu quase não procuro. Procurei uma vez só e onde demorou muito e o tempo de atendimento foi muito mais rápido do que aqui no PA. Então eu não voltei mais a procurar as outras unidades de saúde”. (entrevista XII)

“Toda vez que vim aqui fui bem atendida. [...] e voltei de novo. Porque eu vim quarta-feira, fui bem atendida e voltei de novo.” (entrevista XIII)

“A minha esposa tem problema de enxaqueca, e da primeira vez que eu vim com ela foi um atendimento assim que, que no particular não poderia ser igual. E várias vezes ela veio aqui (PA), e o atendimento aqui o pessoal dá aquela atenção, né? Aqui as pessoas dão mais atenção, o atendimento aqui é bom [...] eu não tenho o que reclamar. Se fosse ruim eu não voltaria aqui”. (entrevista XVIII)

Assim como Camelo et al. (2000), pensamos que a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos, e sim considerar a importância do envolvimento com o usuário, buscando maior proximidade com a população que atende.

Em outras palavras, no encontro do profissional com o usuário, haveriam de prevalecer o compromisso e a preocupação em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelo usuário (SOUZA, 2006).

“... quando você chega lá no posto, naquela cabine que você dá o documento, que eles têm que montar os prontuários, lá já tinha que melhorar no atendimento. As pessoas não perguntam, são “secas” com você. Não conversam, não te dão atenção. Montam a ficha que tem que montar, não te orientam quanto tempo que você tem que ficar esperando. Falam só: “aguarda um minutinho que já vão te chamar”. Você não sabe em que direção você vai. A estrutura da unidade tá muito boa, mas as pessoas que estão pouco qualificadas para trabalhar naquele lugar”. (entrevista XII)

“Lá (UBS), eu não gosto da forma como que o médico trata porque ele vai, passa o que você tem que fazer, você vai perguntar alguma coisa ele não te responde, só fala: “-Espera os exames!” Não te passa informação nenhuma. Demora horas pra te atender, e quando você entra na sala do médico é dois minutos. Ele não te passa informação nenhuma. E eu acho que se a gente tá indo lá é porque a gente precisa e a gente não sabe o que tá acontecendo. E eles acham que a gente tem obrigação de saber”. (entrevista XXII)

Conforme Alves et al. (2009), pensamos que o acolhimento possibilita a construção de relações mais dialógicas, sendo um facilitador na produção de vínculo do profissional com o usuário, entendendo que este último é capaz de exercer seu protagonismo e corresponsabilidade pelo seu cuidado.

Se o profissional de saúde não está aberto ao diálogo, não há meios para o estabelecimento de vínculos e assim diminui a possibilidade de o usuário compartilhar a responsabilidade pela sua assistência à saúde. Além disso, o vínculo entre profissional e usuário estimula a autonomia e favorece a participação do usuário durante a prestação do cuidado (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Segundo Merhy (1997), essa autonomia pressupõe liberdade e, para que o trabalho autônomo seja eficaz, é preciso que os profissionais sejam capazes de se responsabilizar pelos problemas dos outros. Então, a autonomia só se estabeleceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com certa tarefa.

Como Souza et al. (2008), entendemos que é preciso qualificar os profissionais de saúde para recepcionar, atender, escutar, dialogar, amparar e orientar, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde à população atendida.

Pensando em como os profissionais podem alterar positivamente sua subjetividade nas relações de trabalho, entendemos que a realização das pessoas depende também das recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado. Nessa perspectiva, aumentar sua produtividade mediante o estímulo econômico também necessariamente não garantiria atenção de qualidade (MERHY, 1997).

O desempenho profissional deve ir ao encontro da criação de espaços para a realização profissional, ou seja, os trabalhadores de saúde devem estar satisfeitos com as funções para as quais estão designados a realizar e assim se tornarem agentes mais humanizados e acolhedores na prestação da assistência.

“... aqui (PA) é bom, né? É bom pra atender a gente, a gente é bem atendido, é bem cuidado. Quando eu machuquei eu vim aqui com uma caminhonete aí a enfermeira até não gostou, falou que eu devia ter chamado o resgate. Então é um pessoal muito bom. Porque a gente é bem atendido, bem tratado. A médica, a enfermeira tem boa vontade com você. O médico sabe falar bem com você, atender a gente direitinho”. (entrevista XX)

“Porque aqui (PA) pelo menos o médico pergunta, ele tem interesse no problema da gente. Agora no posto você chega lá, é aquela coisinha de sempre. O médico às vezes nem põe a mão na gente, porque antigamente você ia fazer uma consulta e o médico te avaliava, ele colocava a mão em você e via. Hoje não, não sei se é porque tem o exame, ele vai estar lendo o exame e não vai ser necessário ele pôr a mão em você. Mas talvez tem paciente que só dele pôr a mão ele já melhora o paciente”. (entrevista II)

“Cheguei aqui acho que não era oito horas ainda. Os médicos são bons porque sempre quando eu venho aqui eles me tratam bem, eles me põem a mão, né? Que tem médico que nem põe a mão na gente, né? Já vai escrevendo a receita, aqui, pronto e acabou. Aqui, não. Aqui eles põem a mão na gente, vê o que a gente tem, o que não tem, eles veem as batidas do coração, então o atendimento daqui é ótimo. Pra mim, na minha opinião da portaria até lá dentro, todo mundo é educado, todo mundo sabe atender.” (entrevista XVI).

O exame físico é um dos componentes da clínica ampliada que pode aproximar os usuários. Conforme Ramos e Lima (2003), a questão do exame físico criterioso e bem detalhado demonstra o interesse do profissional com o usuário e, portanto, é um dos critérios utilizados por ele para determinar a escolha pelo serviço de saúde.

Ao contrário, se o usuário tem experiências negativas prévias com um dado serviço de saúde, é explicável a razão pela qual ele não procura mais aquele serviço quando precisa.

“Já fui levar meu menino lá (UBS) porque ele caiu, cortou a boca e cortou a testa também e eles atenderam numa forma que nem olham pra você direito, te deixam lá esperando como se nada tivesse acontecendo. O médico nem te olha, não quer saber o que você tem, o que você não tem. Então a área da saúde é meio complicada hoje. Por isso é que eu falo: aqui (PA) você se sente mais à vontade. (entrevista XVIII)

“Ah, tinha que melhorar o pessoal que atende no posto, né? Porque como lá eu fui mal atendido, você não quer voltar mais não. Se eu chego lá, não me atendem, ou vão me atender mal atendido, aí eu pego e não volto mais lá não. Vou procurar um lugar que eu sei que vou ser bem atendido”. (Entrevista XX)

“Às vezes eu acho que eles tão com uma preguiça de atender. [...] Outro dia lá no posto chegou uma criança queimando em febre e a médica falou: “Ah, não vou atender não. Manda para o PA. Eu tô indo embora. Meu expediente já fechou, minha hora já deu.” É desse jeito, você entendeu? Eles atendem como eles querem. E aqui (PA) não tem nada disso. Toda vez que eu vim trazer minhas crianças ou eu, eles me atenderam. Por isso que às vezes eu não gosto de ir no postinho de dia”. (entrevista XXIII)

Diante dessas falas, retornamos à discussão sobre a política nacional de humanização como uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção em saúde no SUS, com o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários na produção do cuidado. Segundo a PNH, humanizar a atenção contribui efetivamente para a atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo. A política ainda define que tomar a saúde como valor de uso é garantir direitos dos usuários e estimular que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social. No entanto, de nada resolveria os usuários estarem comprometidos com o seu processo de cuidado, se os profissionais não estão envolvidos em prestar uma atenção mais humanizada.

Assim, como a PNH entendemos humanização como o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos usuários e a produção de saúde; e o compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

A acessibilidade econômica está mais intimamente ligada às barreiras econômicas para utilização dos serviços de saúde, onde são incluídos os gastos de tempo, energia e financeiros para a busca e obtenção de assistência à saúde (FEKETE, 1997).

Essa forma de acessibilidade está representada pela utilização de um serviço de saúde a partir do poder aquisitivo da população, frente aos preços dos serviços e medicamentos (BRASIL, 2005).

“Ah, eu não tenho condições para pagar uma consulta, não tenho convênio. O único recurso que eu tenho aqui é o SUS, né? Pra ter atendimento.” (entrevista VII)

“A única necessidade é financeira, mais nada. Só se for igual eu já vim da outra vez arritmia por causa da pressão, caso contrário não venho não. Só vou nas consultas ali (UBS) porque eu tenho que trocar as receitas se não também não vinha não. Se eu pudesse pagaria particular, né? Iria para um hospital particular. Mas a única coisa que faz eu vir aqui é que eu já estou no extremo da necessidade de ser atendido. Porque na UBS eu liguei hoje, só tem a consulta pra daqui há três meses. Então eu vim passar no PA hoje para ser atendido”. (entrevista XIX)

“A gente não tem condições de pagar um médico particular para estar te atendendo, essas coisas assim. Então a gente precisa é vir no SUS, né? É onde a gente tem opção, né? A única”. (entrevista X)

“Ah, não tenho o que falar, mas eu sou sempre bem atendida, medicada. Uma que você encara assim: é SUS, não é particular, você vai pra sofrer mesmo. Então o que você espera: só ser atendida e medicada. Tem que esperar a boa vontade”. (entrevista VIII)

Com base nesses depoimentos, trazemos a discussão que Menicucci (2007) faz quando discute sobre a perspectiva histórica e institucional do público e privado na política de assistência à saúde no Brasil e resalta a preferência que a população faz pelos serviços privados, somada à representação negativa do serviço público, mesmo que essas imagens negativas da assistência não foram construídas com base na experiência pessoal, mas construídas e transmitidas coletivamente.

Segundo Menicucci (2007), com o período de implantação do SUS na década de 1980, foi enfatizada a focalização da atuação governamental nos setores de menor poder aquisitivo e, com isso, o mercado cobre os segmentos com capacidade de compra.

De modo congruente, para Oliveira et al. (2009), o que leva o usuário a pagar por um serviço particular é a imaginação de ser este de melhor qualidade comparado ao serviço do SUS pelo simples fato de ser pago. Em outras palavras, a depreciação dos serviços públicos parece estar arraigada na concepção dos usuários que os utilizam.

Os turnos de trabalho dos usuários coincidindo com os horários de funcionamento da UBS foi uma constante entre os entrevistados. E assim os usuários apontaram tal coincidência como circunstância para procurar o PA.

“Geralmente quando eu não estou trabalhando eu procuro o núcleo, que é onde eu tenho meu atendimento, onde minha ficha está e onde eu tenho acompanhamento médico. Quando eu estou trabalhando ou quando eu passo mal à noite eu venho no PA”. (entrevista III)

“Então, se não me engano, o horário que funciona o posto é de segunda a sexta só até a cinco da tarde, né? No meu caso não facilita para procurar atendimento porque eu trabalho, né?” (entrevista IX)

“Muita gente trabalha, muita gente não querendo faltar do serviço fica competindo com a enfermidade e na hora que sai, já sai não tá aguentando mais. Até eu chegar na minha casa já são cinco horas, porque eu pego o ônibus lá quatro e meia. Hoje o meu supervisor não tava lá, então não teve como eu pedir pra sair mais cedo. Então eu tive que ficar aguentando até às seis horas da tarde pra poder tá vindo pra cá”. (entrevista X)

“Eu deixo para vir aqui (PA) porque geralmente eu trabalho, e é difícil poder ficar faltando assim, então aí eu venho aqui à noite, é mais fácil, né? No posto é até às 5 da tarde e eu saio tarde do trabalho. Aí já fechou. E aqui facilita mais porque é à noite, né? Eu ia deixar pra ir amanhã, mas não posso faltar amanhã, e é por isso que eu vim aqui hoje”. (entrevista XV)

“Que nem hoje eu estava com muita dor, se eu sáísse do meu trabalho meio dia, uma hora e viesse aqui no posto eles não iam me atender porque não tá marcado. Aí eu teria que vir aqui”. (entrevista XIV)

Nos dados quantitativos, observamos que a maioria dos usuários que procuraram o PA está entre a faixa etária de 31 a 50 anos, correspondendo a 34,87% dos usuários, ou seja, são pessoas economicamente ativas. Portanto, são usuários que trabalham no período em que a UBS está aberta e por isso representam a maior parcela que procura os serviços que permanecem abertos 24 horas.

Quando esses usuários buscam assistência à sua saúde, isso demanda gastos. Seja na decorrência de prejuízos por perdas de dias de trabalho e possíveis perdas decorrentes de afastamentos, tornando o PA a porta de entrada para qualquer tipo de necessidade do usuário.

Considerando todas as dificuldades relatadas com as diferentes formas de inacessibilidades aos serviços básicos de saúde, neste estudo percebemos que a maioria dos usuários entrevistados, em torno de 65%, não fazia seguimento de saúde. E, portanto, este fato

também explica a procura por atendimento no PA por simples queixas apresentadas e que poderiam ser evitadas se esses usuários fizessem acompanhamento que visam à promoção e prevenção de agravos à sua saúde.

“Ah, lá (UBS) eu nunca consegui ser atendido. Já tentei, já cheguei lá e a mulher falou: “Óh, não ta no horário”. Porque lá é assim é a quantidade de pessoas que o médico atende no dia. Por exemplo, dez pessoas só ele atende. Se você chega lá e já tem as dez pessoas, elem falam: “Óh, você vai ter que ficar esperando alguma desistência”. Se não desistir ninguém, você perdeu tempo lá, entendeu? Já aconteceu isso e por isso que eu vim pra cá (PA).” (entrevista XIV)

“Não, não faço seguimento, faz quatro anos que eu não sei nem o que é passar por uma consulta. [...] Eu não sei como são os atendimentos na UBS por que não passei por ela, só passei aqui (PA). [...] Lá eu nunca fui atendido. Nunca consegui ser atendido”. (entrevista XVIII)

“Não, não faço nenhum acompanhamento porque a gente não tá tendo oportunidade para fazer isso. Eu já tive muitos problemas, e eu tinha marcado uma consulta, demorou três meses para chegar o dia dessa consulta. Quando eu cheguei no dia, não tinha médico para me atender lá no posto. Ai sempre que eu vou marcar nunca tem o agendamento. Nunca tá aberto o agendamento. [...] Então eu acho isso um absurdo com os pacientes”. (entrevista XXII)

O que confirma a falta de seguimento de saúde dos usuários é que alguns deles não conseguiram avaliar os atendimentos recebidos nas UBSs e USFs, porque nunca foram atendidos. Ou até porque nunca procuraram, por isso desconhecem a qualidade dos atendimentos na rede básica. Este resultado também foi encontrado no trabalho de Rocha (2005).

“... eu nunca fui em outros postos, só venho aqui, então não tenho como avaliar.” (entrevista V)

“Olha, o atendimento que eu tive lá (UBS) foi só assim, eu só entreguei a guia num dia e eles me ligaram pra mim buscar a guia. Eu nem passei por médico lá. [...] Eu não tinha o costume de ir ao médico, entendeu? Eu nem sei como funciona para eu ir no posto e por exemplo marcar uma consulta, eu não sei te falar como que é. Tanto é que foi daqui (PA) que eles me deram um encaminhamento para eu ir pra lá. Eu nem sabia que tinha esse posto lá. Eles aqui que me falaram. [...] Eu não sei te falar dos outros lugares porque eu não frequento.” (entrevista XXI)

Dessa forma, solucionar a questão dos usuários que procuram o PA, sem ter o caráter de urgência, permitiria melhores condições de atendimento para os usuários que realmente precisam de um atendimento com rapidez, que é o verdadeiro propósito de um serviço de prontidão, e não pensar somente no significado de ser um atendimento imediato a qualquer necessidade de saúde.

Tema 2: A integralidade entre os níveis de atenção

Durante a análise e interpretação das entrevistas, entendemos que por diversas vezes o que motivou os usuários a procurarem o PA foi devido à orientação dos profissionais de saúde das UBSs, resultado que também foi encontrado no trabalho de Schimith e Lima (2004) e Oliveira et al. (2009).

Essa orientação pode ter ocorrido na forma de suprir a necessidade do usuário em ser atendido por um serviço de saúde, quando naquele não é possível, ou na tentativa de dar respostas ao usuário, indicando outro local para atendimento.

A análise quantitativa corrobora para a compreensão desse fato, uma vez que pelo menos 2% dos usuários justificaram a procura pelo PA por encaminhamentos das UBSs, onde se encontrava registrado por algum profissional da ESF: “médico de férias”.

Dessa maneira, compreendemos que a rede municipal não está adequadamente articulada entre os seus diferentes níveis de atenção, pois os profissionais orientam os usuários a procurarem o PA na maioria das vezes sem ser situações de urgência ou emergência, e assim provocando encaminhamentos distorcidos, sem pensarem no consequente aumento na demanda do PA.

A partir dessa análise, ainda paira a dúvida se o profissional quando encaminha os usuários para o PA está preocupado com o fluxo de atendimentos da rede ou com o usuário.

“Esses dias eu fiquei adiando pra procurar o posto, eu tava muito indisposta, sabe? Eu até eu ia mais cedo para ver se eu conseguia um encaixe com o médico que eu já conheço, mas não consegui. Aí a moça me orientou e falou: “- Vai lá no PA”. (entrevista VII)

“No posto de saúde é assim: você tem que chegar sete horas da manhã. Se você chega depois das sete horas não te atendem, aí eles falam assim: “Vai no PA!”. Eles já mandam eu vir pra cá. [...] Lá no posto, eles atendem a gente bem, mas esse negócio de você ir lá e eles te mandarem pra cá, isso não tá certo”. (entrevista XXIII)

Diante disso, percebemos também que alguns profissionais do PA, mediante as contrarreferências do posto que nele poderiam ser resolvidas, mantêm-se na postura de dar a continuidade da atenção, já que a UBS não atendeu às necessidades do usuário, continuidade essa que poderia ser garantida na UBS e não no PA.

Starfield (2004) diferencia essa continuidade da atenção com o termo longitudinalidade. A autora entende que a primeira se constitui na sequência de consultas nas quais há um mecanismo de transferência de informações, e que a segunda é compreendida

como fonte habitual de atenção ao longo do tempo, na qual é estabelecida e mantida uma relação pessoal de elo entre os usuários e o serviço de saúde.

Então, nessa situação em questão, houve o rompimento da longitudinalidade da atenção, pois foi quebrado o elo entre os usuários e os serviços de saúde, na medida em que a rede básica não atendeu aos encaminhamentos do PA ou o próprio PA não utilizou as contrarreferências desses usuários para a atenção básica.

“Às vezes a gente é atendido aqui (PA) e o que eles dizem pra gente é assim: “- Usa esse medicamento por três dias, se não melhorar volta aqui.” Que é o que sempre acontece. Igual, eu vim com o meu filho na quarta-feira, ele receitou uns medicamentos e a gente foi embora pra casa. Quando deu sábado ele não aguentava mais. Ele retornou aqui de novo, o médico mandou ele tirar um raio X e ele tava com pneumonia”. (entrevista XI)

“Eu sei o motivo que ele (médico do PA) me mandou pro posto, ele pediu exames, aí do posto eles me mandaram pra cá de novo pra colher os exames. Aí eu conversei com o médico daqui que me encaminhou da última vez pro posto e ele falou: “Ah, eu te mandei pra lá e eles te mandam pra cá, então continua vindo aqui”. Aí eles me atenderam aqui corretamente.” (entrevista XII)

“Só falam só que se não melhorar voltar aqui (PA) de novo. Nunca mandou procurar outro posto de saúde”. (entrevista XX)

A própria organização do serviço faz com que o usuário volte ao PA para buscar os resultados de exames realizados ao invés de serem encaminhados à UBS para checar estes resultados e dar o seguimento de saúde. Logo, o atendimento fica centralizado e não há integração entre os níveis de atenção.

Dessa forma, além de todas as demandas de atendimento às urgências e emergências do PA, o serviço também estaria fazendo o papel que é de responsabilidade e competência da rede básica de atenção à saúde.

Por outro lado, quando perguntado aos usuários entrevistados se eles eram orientados a procurar outro serviço após o atendimento no PA, metade deles afirmou que sim. Por isso, em parte, observamos que os profissionais do PA fizeram seu papel na contrarreferência, orientando os usuários a procurar sua UBS de procedência a fim de dar continuidade na atenção à saúde.

“É eles pedem para gente ir no médico que a gente é acompanhado, para ter acompanhamento do nosso médico, para gente ver se precisa de mais alguma coisa”. (entrevista III)

“Eles falam assim: -“Se ela não melhorar leva no posto dela, né? E passa lá”. Só”(entrevista IV)

“Já teve consultas que eu já vim no PA e eles me pediram para continuar o tratamento lá no posto, né? O acompanhamento. Então eu venho mais quando é

mais urgência mesmo. Então quando eles acham que dá pra fazer no posto eles me encaminham pra lá”. (entrevista XV)

A outra metade dos entrevistados que respondeu afirmando que não eram orientados a procurar a atenção básica justificou que seu problema de saúde havia sido resolvido naquela consulta no PA, por meio de conduta medicamentosa ou solicitação de exames laboratoriais ou radiológicos. Logo, entendemos que as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários são resolvidas muitas vezes no PA que trabalha diretamente com suas queixas, tornando dispensáveis os encaminhamentos para as UBSs e USFs.

“Não. Eles não orientam procurar o posto não. Resolvem aqui mesmo”. (entrevista VIII)

“Nunca tive um problema que precisasse de um tratamento mais prolongado, né? E ter que participar de ir ao médico diariamente, constante, né? Então tipo assim, é uma febre, uma gripe, eu venho no pronto-atendimento, tomo o medicamento e não volto mais, né?” (entrevista V)

“Passei por consulta aqui (PA), viram qual foi o problema, pediram exame de sangue, essas coisas, e aqui mesmo eu fui atendido”. (entrevista XII)

“Só te medicam lá (PA) na hora, vê o que você tá sentindo, te dá uma receita lá se for o caso e te mandam embora”. (entrevista XIX)

Na análise quantitativa, vimos que em 4,24% das fichas de atendimento tínhamos como justificativa para procura pelo PA o retorno para buscar resultado de exames realizados no próprio PA. Portanto, o PA também tem funcionado como um serviço de atendimento como funciona o posto de saúde, onde, após as consultas realizadas, são marcados retornos para os usuários. Esse dado, de certa forma, já aponta a distorção do propósito de um serviço de pronto-atendimento.

Desse modo, voltamos à discussão sobre qual é a real missão do PA. Se além de prestar assistência às urgências e emergências, surgem muitas outras demandas que não são prioritárias, então confirmamos o nosso pressuposto inicial da presente pesquisa de que os usuários não urgentes não só procuram o PA por ser teoricamente mais disponível a toda população, mas também por tornar mais acessíveis os recursos como a realização de exames, administração de medicamentos, rápido encaminhamento para especialidades médicas, entre outros.

Assim, como Marques et al. (2007), entendemos que toda unidade tem o compromisso de acolher os usuários, mesmo nas situações em que essa não é sua missão. Porém, isso não significa que os profissionais tenham de acolher aos usuários atendendo a todos que procuram, mas devem abrir as portas do sistema de saúde, seja por meio dos

encaminhamentos necessários que possam atender a suas necessidades ou reorientá-los à realização de um acompanhamento de saúde.

Em contrapartida, foi muito interessante ouvir dos próprios usuários, desses chamados não urgentes, que mostram como também percebem a importância do PA para o atendimento das urgências e emergências, e que mesmo assim, muitos outros usuários também procuram o PA desnecessariamente, pois por diversos motivos não conseguem a resolução de suas necessidades na atenção básica.

“Tem uma senhora que veio pra cá porque o posto aonde ela vai não tem pediatra. Se o pediatra tivesse atendendo lá ela não estaria aqui. Se meu médico tivesse me atendido como um ortopedista lá no bairro Y eu não estaria aqui. Onde acumula aqui. Aqui seria no caso de uma emergência, um acidente, um infarto, um corte, você está entendendo? Uma coisa mais séria, não no meu caso, no caso das pessoas que estão vindo aqui, gripe... porque o posto não resolve? Por isso que tem esse monte de gente aqui. Por culpa do posto de saúde que não faz o trabalho lá”. (entrevista II)

“Lá no posto é bom, só que não é toda área que eles atendem. É onde eles encaminham as pessoas, entendeu? É onde manda para cá, é onde acumula aqui eu acho”. (entrevista VIII)

“Eu acho o atendimento superbom (PA), mas é mais a demora assim para atender, poucos médicos. Mas também o que tem às vezes é que eles estão muito na correria para atender. Porque tem gente que vem e traz a família aqui pra ser atendida...” (entrevista X)

“Mas é o que eu tô dizendo pra você. Lá no posto é programado. Você tem que ir lá e marcar uma consulta. [...] Então se eu não tiver bom assim lá igual como eu tô hoje, lá eu não consigo uma consulta. Lá você vai ser atendido vamos supor, lá amanhã é fechado, domingo é fechado, segunda-feira é feriado, então por isso que aqui (PA) é supercarregado, supercheio, porque todo mundo tem que vir aqui.” Entrevista XI)

Como Marques et al. (2007), entendemos que essas demandas não urgentes que procuram indevidamente o PA provocam óbvio desgaste devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais, fato que pode comprometer a qualidade da atenção prestada às urgências e emergências.

Assim, podemos observar que os próprios usuários percebem: que muitos dos casos poderiam ser resolvidos nas UBSs e USFs; que a demanda aumentada no PA é devido ao grande número de usuários procurando o PA mesmo que não estejam em situação de urgência ou emergência; e que esse aumento da demanda de usuários não urgentes ao PA é consequência da não resolução dos problemas trazidos pelos usuários nas UBSs e USFs.

Tema 3: Os usuários como protagonistas: a acessibilidade e a integração entre os níveis de assistência como caminho para atenção

Com o objetivo de adquirir respostas dos usuários por meio de sugestões para melhora no atendimento das UBSs e também do PA, os conteúdos que mais apareceram nas falas foram a necessidade de mais médicos nos postos de saúde e inclusive no PA, para que toda a população residente nas determinadas áreas de abrangência das UBSs consiga ser atendida quando necessitar.

“Oh, é meio complicado, mas eu acho que em alguns aspectos poderia melhorar (UBS e PA) sim. Talvez assim, um pouco mais de médico para atender, né? Para ser assim, mais rápido a consulta (entrevista V)

“Eu acho que poderia melhorar o atendimento (no PA) assim, ter bem mais médico disponível, não sei se é por falta de médico, o que é que acontece... porque a demora em atender é muito grande...” (entrevista XV)

“Eu gostaria que tivesse mais médicos (PA e UBS). Tinha que ter mais médicos, muito mais médicos. E quando houver algum problema, tirar um Raio X, né? se tivesse mais médicos ia ser uma maravilha. (entrevista XVI)

“Mas, eu acho que teria que organizar mais pra ser melhor atendido (no PA). Acredito que aumentar mais o número de médicos pra atender. Por que você chegar aqui, eu cheguei há três horas e tô até agora pra ser atendido. Tô aguardando”. (entrevista XIX)

“Tinha que melhorar tudo (UBS). Pra atender, justamente nesta parte. Eles têm possibilidade de atender mais pessoas, mas eles nunca atendem. Tenho certeza que tem. E eu acho muito pouco. Dois médicos só, e tem muita gente pra atender”. (entrevista XXII)

De certa forma, esse resultado explicita a importância do profissional médico para o usuário, ou seja, para ele é relevante que o serviço tenha mais desse profissional, a fim de conseguirem assistência e terem suas necessidades de saúde atendidas.

Conforme já evidenciado por Souza (2010), se a figura do médico não pode ser representada naquela ocasião na UBS, o usuário acaba procurando outro serviço onde ele possa encontrá-la.

A atenção básica à saúde ainda mantém-se centrada no modelo tradicional de atenção, onde o médico é personagem central para obtenção da assistência à saúde, no imaginário dos usuários.

Por outro lado, ampliar o número de consultas agendadas para cada profissional médico na atenção básica não seria a solução, uma vez que essa medida resultaria em menor tempo deste profissional para atender a cada consulta. Se pensarmos nas possíveis soluções

para a problemática, então o mais adequado seria a ampliação de médicos na rede básica de atenção.

Segundo Tesser (2007), a proposta de acolhimento no Brasil sugere formas de atenção à demanda espontânea que não impliquem unicamente em ampliar o acesso à consulta médica, mas propõe-se a servir de elo entre as necessidades dos usuários e as várias possibilidades de cuidado.

De acordo com esse mesmo autor, a pressão da demanda espontânea nas UBSs e USFs tende a resultar em atendimento médico. Entretanto, entendemos que a escuta, a avaliação de risco, a orientação e o cuidado fazem parte da competência de todos os profissionais de saúde.

A questão da acessibilidade organizacional na rede básica de saúde, de forma a evitar que o atendimento aos usuários seja apenas por meio de agendamentos, também foi muito observada pelos usuários, a fim de melhorar as condições de acessibilidade aos atendimentos das UBSs, e assim, diminuir a demanda do PA.

“Tinha que ser assim, quando chegar doente lá (UBS) me atender, sem esse negócio de encaixe. Essa é a sugestão. Ou falta médico então, porque não atendem a gente na hora. Nem gosto de ir lá pra falar a verdade. Quando eu tô passando mal eu corro é pra cá mesmo. Porque eu tô perdendo tempo lá ué... Se eu tô ruim eu vou esperar amanhã?” (entrevista I)

“Tem que melhorar tudo. Esse negócio de você ter que marcar consulta, se você passar mal ter que vir para o PA porque lá (UBS) não atende sem marcar consulta. Falam que tem pouco médico. Falam que você chegou muito tarde. Ginecologista lá para mim o Dr. L é o melhor ginecologista que eu já consultei, só que como lá é muita gente, o encaixe é muito difícil de você conseguir e as consultas é daqui três, quatro meses”. (entrevista IV)

Os usuários apontaram a necessidade de maior densidade tecnológica para a UBS e USF, sugerindo a aquisição de equipamentos, a realização de exames e sala para medicações.

“Eu acho que deveria ter mais equipamentos, porque um lugar só para muita gente não dá, não tem jeito. Pode ter mil médicos, mas ter dois mil pacientes para atender em um dia já não tem como, porque tem um horário e ele tem que ser respeitado. Eu acho que as unidades básicas teriam que ter o equipamento certo para estar trabalhando”. (entrevista X)

“Eu acho que no núcleo de saúde em um ou outro devia ter pelo menos uma sala de medicação. Aí não virá tanta bagunça assim no PA. Porque às vezes é 20% dos pacientes só para fazer medicação”. (entrevista III)

“Eu acho assim que eles examinam a gente, faz logo os exames, que nem agora eu acho que eles vão colher exames de urina e hemograma. E já teve posto que eu fui assim e não fui tão rápido deles colherem os exames e já ver logo o que a gente tem, tirar logo chapa se precisar tirar... eu acho que eles resolvem também... às vezes eles conseguem resolver mais rápido aqui”. (entrevista XV)

Com esses depoimentos podemos interpretar que para os usuários a importância de um bom atendimento se reflete por meio dos recursos que estão disponíveis para o profissional de saúde atender às necessidades de saúde trazidas.

Os dados quantitativos reforçam o que estamos falando, pois o PA tem como principal conduta registrada a terapia medicamentosa, o que nos leva a concluir que os usuários consideram que foram bem atendidos quando são medicados.

Em contrapartida, conforme já foi anteriormente discutido, a disponibilidade de recursos materiais e tecnológicos por si só não garante que os usuários receberão um bom atendimento, se o profissional que atende não se abre para a escuta e para melhor compreender as necessidades trazidas pelos usuários.

Para essa discussão, vale ressaltarmos alguns conceitos de Ayres (2007) que entende êxito técnico como a dimensão propriamente instrumental da ação e sucesso prático como a dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana.

A partir desses conceitos compreendemos que o PA garante o êxito técnico com o atendimento mais imediato às necessidades da população por meio da solicitação de exames e terapia medicamentosa, porém não sustenta o sucesso prático, pois essas condutas não favorecem a qualidade de vida e maior autonomia dos usuários sobre o seu processo de adoecimento.

O horário de funcionamento das UBSs e USFs também foi levado em consideração por alguns usuários, uma vez que coincide muitas vezes com os turnos de trabalho. Este resultado também foi encontrado no trabalho de Gaioso (2007). Também foi sugerida por parte dos usuários a ampliação do horário de funcionamento das UBSs e USFs para que eles consigam ter acessibilidade ao atendimento.

*“Ah, eu acho assim que tinha que melhorar com o funcionamento no final de semana. Porque aí ia melhorar isso daqui (PA), pra muita gente. Porque você veja bem, quantos bairros não vem pra cá? Metade de Ribeirão Preto vem pra cá, com o tamanho que é essa cidade. Porque lá (UBS) não funciona de fim de semana”
(entrevista XI)*

A fim de sugerir melhora também nos atendimentos do PA, algumas sugestões foram colocadas como: extinguir a sala de espera onde a cada 10 usuários que são triados, estes são chamados para ocupá-la após serem triados no acolhimento. Para os usuários, isso gera maior ansiedade para serem logo atendidos, pois além de aguardarem na recepção do PA para serem

acolhidos, eles ainda devem aguardar em outro espaço físico do PA até finalmente conseguirem atendimento pelo profissional médico.

“Tem que ter muita paciência para esperar mesmo porque além de você esperar para te chamar do lado de fora, tem que esperar mais um pouco para o médico te chamar do lado de dentro.” (entrevista III)

“Ah, eu acho assim, talvez aquela sala de espera lá. Às vezes sai um monte de gente que fica esperando lá, depois de esperar muito aqui (recepção do PA). Eu acho que pra gente é melhor não ter porque ficar um pessoal lá e fica outros esperando aqui. A gente nunca sabe quantos tem esperando lá e fica naquela ansiedade de saber que horas vai ser chamado”. (entrevista XXII).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os pressupostos abordados no início da pesquisa de que o usuário não teve acesso aos serviços da rede básica, não fez vínculo com a equipe de saúde ou que o cuidado não foi integral, baseado apenas na queixa-conduta e o objetivo geral desta investigação, que foi analisar a procura pelo PA da região oeste do município de Ribeirão Preto-SP, observamos que entre as principais justificativas para procura pelo PA está o fato de ser um atendimento mais rápido e mais acessível.

Paralelamente temos as UBSs em que o usuário vai à procura de uma consulta eventual, sem horário marcado, enfrentando muitas vezes uma espera grande e sem garantia de atendimento naquele dia, o que mostra a dificuldade de acesso na rede básica de atenção.

A obtenção por atendimento médico ainda tem forte influência na satisfação que o usuário refere ter por um serviço de saúde. Em outras palavras, ter ou não acesso à consulta com o profissional médico é fator que interfere no que o usuário acredita ser o atendimento das suas necessidades de saúde.

A acessibilidade funcional foi muito observada nas falas, uma vez que os usuários remetem o motivo pela não procura à UBS devido ao horário de funcionamento coincidir com o seu horário de trabalho, o que dificulta agendar ou procurar atendimento na atenção básica.

O acesso à tecnologia também foi vinculado como forma de bom atendimento, visto que os usuários relacionam os equipamentos como recurso importante de investigação da sua necessidade de saúde. Bem como a terapia medicamentosa mais facilitada, justificando a preferência dos usuários pelo PA.

Conforme já foi comentado no percurso metodológico, por razões da dinâmica para obter a realização das entrevistas com os usuários, a pesquisa se pautou logo após o acolhimento e antes do atendimento propriamente dito. Consideramos que a opinião dos usuários possa mudar, antes e após serem atendidos, e sugerimos que outros trabalhos sejam realizados com entrevistas aos usuários após o atendimento recebido com a finalidade de comparar possíveis vieses que possam surgir.

Concluimos que diversas foram as justificativas para a procura pelo PA, no entanto, dentre elas, as potencialidades do PA atenderam às necessidades de saúde dos usuários que o procuram. E com as fragilidades das UBSs não é garantido o atendimento a essas necessidades.

De acordo com nosso pressuposto de que a demanda aumentada no PA, com casos não urgentes, pode trazer dificuldades para a equipe a fim de proporcionar um atendimento mais acolhedor às necessidades da população, entendemos a importância dos gestores e gerentes de saúde em não economizarem esforços para ampliar o cardápio de ofertas de

serviços da atenção básica que atendam aos usuários em suas inúmeras queixas, seja na forma de ampliar o número de profissionais médicos para atender a um maior número de usuários ao dia, ou promover maiores condições para que após realizarem exames laboratoriais e/ou radiológicos no PA, esses usuários sejam prontamente encaminhados para as UBSs e USFs para checarem os resultados dos exames e, assim, realizarem o acompanhamento adequado de sua saúde.

Além disso, acreditamos que é preciso qualificação dos profissionais que prestam atendimento na rede básica para que estes estejam abertos ao diálogo e estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários que procuram o serviço. No sentido de que mesmo quando o profissional médico não está disponível para prestar atendimento, os outros profissionais da equipe sejam aptos a realizar assistência de acordo com seu nível de competência, garantindo que todos os usuários que procuram a unidade de saúde sejam acolhidos.

E assim, é necessário também investir na qualificação dos profissionais que atuam no PA, a fim de que eles sejam capazes de reorientar os usuários sobre o modelo assistencial atual onde as UBSs e USFs são sempre a porta de entrada para o sistema em casos que não exijam situações de urgência ou emergência.

Em síntese, pensamos que ainda há muito para se fazer na tentativa de desafogar o fluxo de atendimentos das unidades de pronto-atendimento. Constitui-se em um trabalho a longo prazo em que tanto profissionais como gestores devem rever o funcionamento das UBSs e USFs, e assim melhor planejar a assistência prestada e que possa garantir a acessibilidade e o acolhimento a todos que a procuram. Se os usuários são acolhidos e têm acesso aos atendimentos com os profissionais de saúde nesses serviços, conseqüentemente a demanda pelo PA tende a diminuir e, então, funcionar com maior tranquilidade, atendendo mais exclusivamente às urgências e emergências.

6 REFERÊNCIAS²

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALVES, C. C.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.13, n.1, p. 581-94, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan./abr. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 223p.

BRASIL. DATASUS. 2009. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, 2004. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático economia da saúde**. Brasília, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - versão 2**. Brasília, 2006. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Download_Fces2.asp>. Acesso em: 03 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o SUS**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, 2009. 481 p.

CAMELO, S. H. H. ANGERAMI, E. L. S. SILVA, E. M. MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino – Americana de Enfermagem**, v.8, n.4, ago, 2000.

CAMPOS, E. **Ribeirão Preto Online**. 14 de outubro de 2009. Disponível em: <<http://www.ribeiraopretoonline.com.br/saude/ubs-do-ipiranga-e-reinaugurada-em-ribeirao-preto/32095>>. Acesso em 28 set. 2010.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de ações básicas de saúde**. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal, 2000. 490 p.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidade de saúde como conceito estruturalmente na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Pinheiro, R. Matos R.R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.

- COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. 3. ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, 1977.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. 1988. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/clippings/legislacao_anteriores_integra.php>. Acesso em: 09 maio 2006.
- FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana Saúde, 1997. p. 114-120.
- GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007. 206p.
- GOLDIM, J. R. **Aspectos éticos da assistência em situações de emergência e urgência**. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/emergen.htm>>. Acesso em: 16 set. 2008.
- KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.;
- KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviço de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, Porto Alegre, v. 81, n. 3, maio/jun. 2005.
- LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, jan./mar. 2007.
- MARQUES, G. Q.; LEAL, S. M. C.; LIMA, M. A. D. S. L.; BONILHA, A. L. L.; LOPES, M. J. M. As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 6, n. 2, ago. 2007.
- MARQUES, G.Q., LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.1, jan/fev, 2007.
- MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.180p.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre os seus componentes e sua produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 319p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS**: apostar em novos modelos de fabricar os modelos de atenção. 2002. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/CMSBH052002.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, nov./dez. 2009.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 2, abr./jun. 2006.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão**: rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP. 2000. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PINTO, I. C.; RODOLPHO, F.; OLIVEIRA, M. M. Pronto-atendimento: a percepção da equipe de Enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 81-88, abr. 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118p.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 27-34, fev. 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Lei municipal nº. 11075, de 28 de dezembro de 2006. Convênio entre Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e Universidade de São Paulo. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 29 dez. 2006.

RIBEIRÃO PRETO. **Plano Municipal de Saúde: 2009-2013**. 2009. Disponível em: <<http://www.coderp.com.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Relação das unidades de saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>> Acesso em: 20 set. 2009.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov/dez. 2004.

SCHRAIBER, L.B; MENDES CONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B, MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, p. 29-47, 1996.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, maio/jun. 2002.

SOUZA, E. C.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, s100-s110, 2008. Suplemento 1.

SOUZA, L. A. **Promoção – Apoio ao aleitamento materno: binômio ou antítese?**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SOUZA, M. F.; FIGUEIREDO, L. A.; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de pronto socorro na percepção do usuário. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p.13-20, jan./mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, fev. 1990.

TESSER, C. D. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.301-307, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, 2004. Suplemento 2.

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

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CÉSAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: a percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, dez. 1990.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

Estudo comparativo entre a população total atendida no PA, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e a amostra utilizada

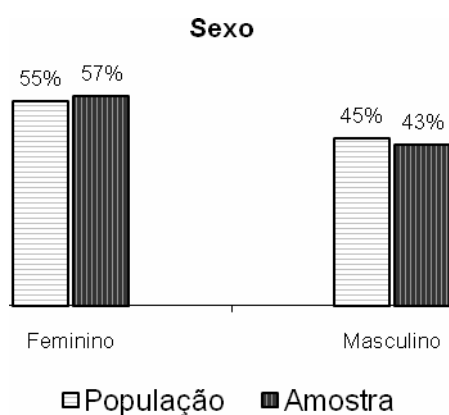


Gráfico 6: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto ao sexo

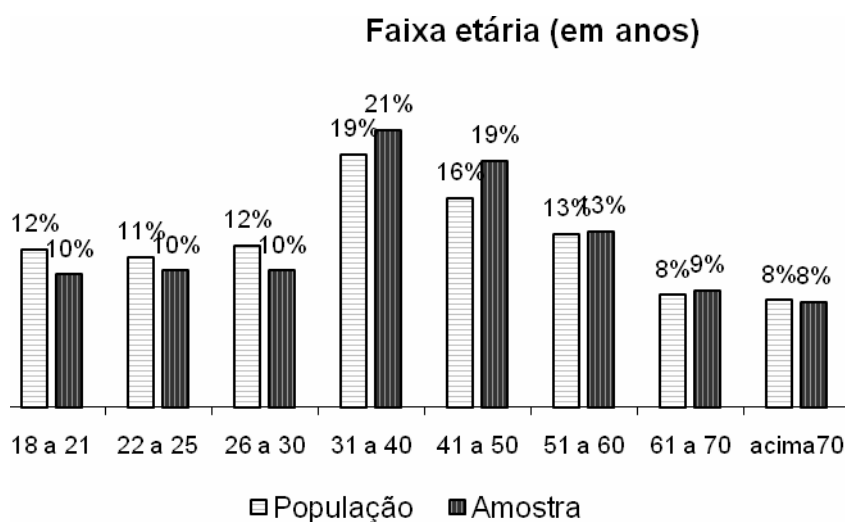


Gráfico 7: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à faixa etária

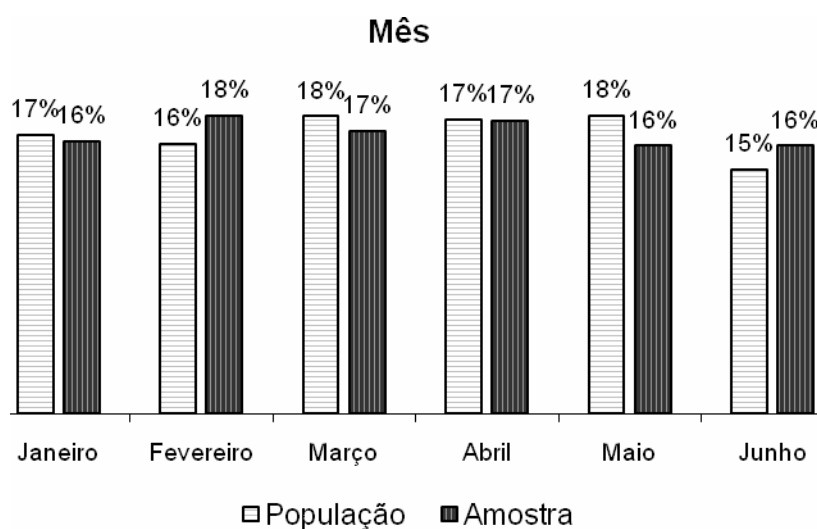


Gráfico 8: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à frequência de atendimento nos meses

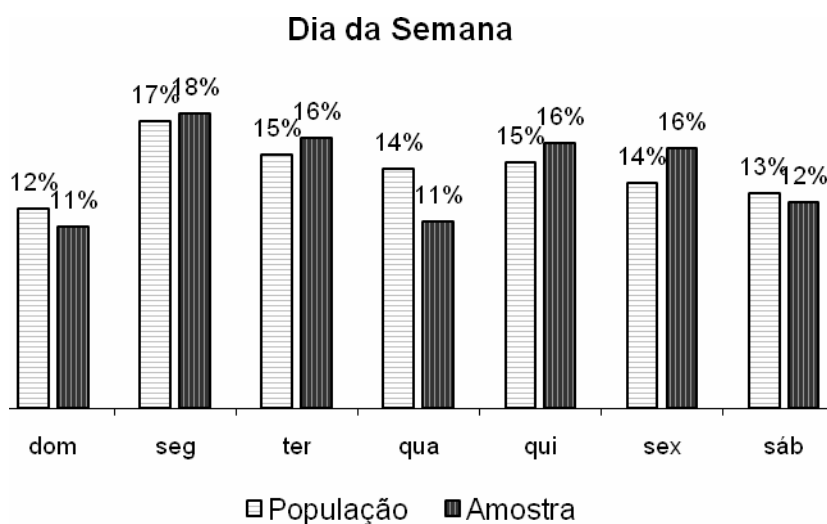


Gráfico 09: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto à frequência de atendimento nos dias da semana

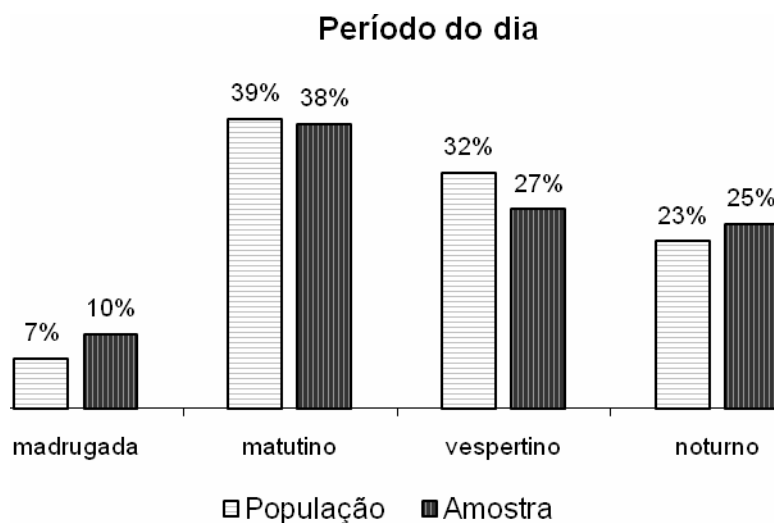


Gráfico 10: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto ao período do dia

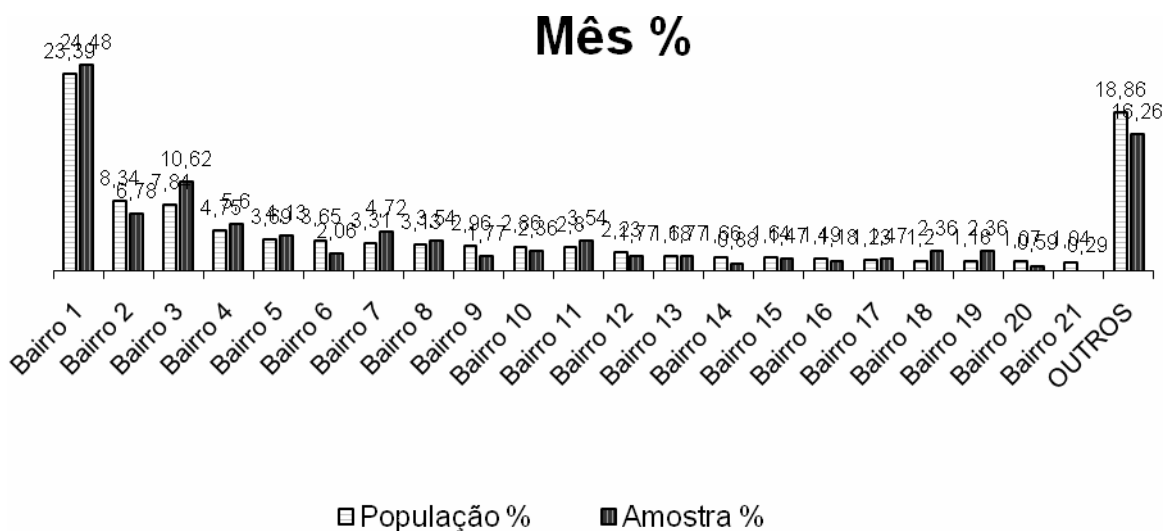


Gráfico 11: Comparação entre todos os usuários atendidos no PA do CSE de Ribeirão Preto, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2009, e os usuários da amostra, quanto aos bairros de procedência.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1- Quais os locais que normalmente você utiliza quando está com algum problema de saúde?
- 2- É no serviço de saúde mais próximo de sua casa? Qual é o mais próximo?
- 3- Faz algum tipo de seguimento em algum serviço de saúde? Em que tipo de serviço?
- 4- O que você pensa sobre o PA? O que o levou à procura pelo PA?
- 5- O que você recebe no PA diferente das unidades de saúde (tratamento, exame, medicamentos, encaminhamentos)?
- 6- Como é a tua relação com os outros serviços de saúde?
- 7- O que pensa sobre as UBSs e USFs? O que você pensa sobre a equipe dessas unidades? Como avalia os atendimentos e os profissionais que o atendem na unidade básica de saúde?
- 8- Qual o horário de funcionamento e dias da semana da unidade básica de saúde? E este horário facilita para procurar este serviço? Por quê?
- 9- Como fez para ter acesso ao atendimento no PA?
- 10- Como fez para ter acesso ao atendimento nas UBSs e/ou USFs?
- 11- Por que a unidade te encaminha para o PA?
- 12- Depois do atendimento no PA, foi orientado para procurar outro serviço?
- 13- Tem sugestões acerca dos atendimentos que recebeu nos serviços de saúde? E para quais serviços?
- 14- Gostaria de falar mais alguma coisa que não foi perguntado nesta entrevista?

APÊNDICE C

Ribeirão Preto, 28 de setembro de 2009.

Prezado **Prof. Dr. Laércio Joel Franco**,

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (CSE – FMRP/USP).

Venho por meio deste, solicitar apreciações éticas para o desenvolvimento da pesquisa de Mestrado intitulada “A acessibilidade da atenção a saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica do usuário”.

A pesquisa será realizada no Pronto-Atendimento do CSE – FMRP/USP por mim enquanto pesquisadora e aluna do Programa de Pós-Graduação pelo Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (DMISP - EERP – USP), sob orientação da Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto, professora do departamento referido.

Aguardo uma manifestação positiva em relação à solicitação e me coloco à disposição para quaisquer outras informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Mariana de Figueiredo Souza

Enfermeira, Aluna de pós-graduação do DMISP - EERP – USP

(16) 3965-3333 / (16) 81240801

Pesquisadora e orientadora possuem currículo disponível na Plataforma Lattes.

APÊNDICE D

Ribeirão Preto, 28 de setembro de 2009.

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa de mestrado intitulada “A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica dos usuários”.

A pesquisa será realizada no Pronto-Atendimento do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (CSE – FMRP/USP)CSE – FMRP/USP.

Aguardando uma manifestação positiva em relação à solicitação, nos colocamos à disposição para quaisquer outras informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Ione Carvalho Pinto

Profa. Dra. do DMISP - EERP – USP
graduação do EERP – USP

(16) 3602-3429

Mariana de Figueiredo Souza

Enfermeira, Aluna de pós-
do DMISP - EERP – USP

(16) 3965-3333

Ilmo Sra. Profa. Dra. Maria Célia Mendes, Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do CSE
– FMRP/USP

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto-atendimento na ótica do usuário”.

Pesquisadores Responsáveis:

PROF^a. Dr^a. IONE CARVALHO PINTO – Orientadora da pesquisa

Professora – Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

MARIANA DE FIGUEIREDO SOUZA Pesquisadora Responsável.

Aluna do programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

R: Agostinho Veiga, 471 Ribeirão Preto / SP Tel: (16) 3965-3333

SOBRE A PESQUISA:

Neste estudo, queremos buscar se há e quais são as dificuldades dos usuários no que diz respeito à acessibilidade e ao acolhimento na rede de serviços de saúde da atenção básica que podem motivar a grande procura pelo PA do CSE –FMRP/USP. Pretendemos contribuir para uma reorganização no aspecto relativo à acessibilidade e ao acolhimento dos serviços de saúde do município, otimizando a resolutividade da assistência prestada no nível primário de atenção, com conseqüente readequação do fluxo de usuários, melhoria do atendimento da população e da situação de trabalho dos profissionais.

Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar, na perspectiva do usuário, a procura pelo PA da região oeste do município de Ribeirão Preto – SP.

Você está sendo solicitado a participar desta pesquisa e voluntariamente responder a algumas perguntas, que lhe serão colocadas. As suas informações e respostas serão gravadas, transcritas na íntegra e mantidas sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador. O seu nome será mantido em sigilo e as pessoas não serão identificadas.

Não haverá nenhum desconforto ou risco para você em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo, de aproximadamente 30 minutos, que você terá de gastar para responder às perguntas.

O uso das informações ficará restrito ao trabalho da pesquisa, com os resultados obtidos divulgados em revistas científicas e eventos na área da saúde nacionais e internacionais. Portanto não haverá outro destino aos dados colhidos.

As informações que você nos der serão muito úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e, com sua participação você estará contribuindo para a melhoria da saúde e da assistência em nosso município.

São esses os seus direitos ao participar da pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde):

- A garantia de receber a resposta de qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa da qual estará participando;
- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação de seu atendimento e tratamento habitual neste serviço;
- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, Sr(a). _____ RG: _____,

abaixo assinado, tenho recebido as informações sobre a pesquisa e sobre os meus direitos a ela relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo.


Ribeirão Preto, data: _____/_____/_____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A

 UN. PRESTADORA CSE SUMAREZINHO	PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRAO PRETO FORMULARIO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	24/09/2010 13:36:15
	ESPECIALIDADE _____ PROFISSIONAL _____	TIPO AT RT CRM 37240

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRONTUARIO	CNS	DATA NASC	IDADE	SEXO
RG				
Naturalidade				UF
NOME DA MÃE				
END.				CEP
MUNICÍPIO	3543402 RIBEIRAO PRETO		UF SP BAIRRO	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____				

PRE-CONSULTA

Peso (g) _____ Estatura (cm) _____ P.A. (mmHg) _____ x _____ Temp. (°C) _____

OBSERVAÇÃO _____

Assinatura e Carimbo

DADOS DO ATENDIMENTO

EXAME CLINICO _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____

CID _____

TERAPEUTICA _____

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS E SOLICITADOS _____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	QTDE	CÓDIGO	QTDE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NA DATA 27/09/2010

Ultimos medicamentos	Ultimos exames	Agendamentos
	Atendimentos - Faltosos	
		Ultimos atendimentos
Vacinas Atrasadas	Vacinas Programadas	

ANEXO B



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 27 de novembro de 2009.

Of. Nº. 260/09/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Prezada Senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, analisou e apreciou o parecer referente ao **projeto de pesquisa: "A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise de procura pelo pronto atendimento na ótica dos usuários"**, protocolo nº 349/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª e desenvolvido por Mariana de Figueiredo Souza, aluna do Programa de Pós-Graduação pelo Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, foi **aprovado ad-referendum**.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

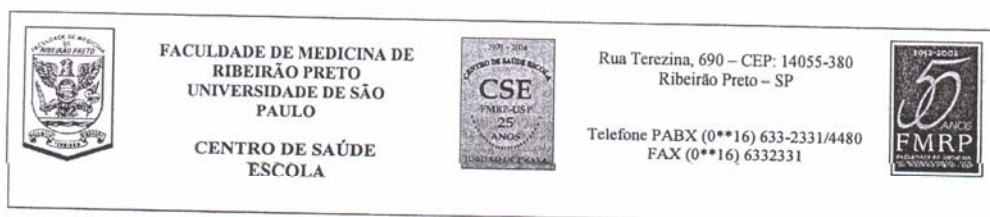
No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra
Profª. Drª. Tone Carvalho Pinto
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C



Ribeirão Preto, 14 de dezembro de 2009

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA REFERENTE AO
PROTOCOLO Nº.32/2009

Comunicamos que a pesquisadora, **MARIANA DE FIGUEIREDO SOUZA**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados no Centro de Saúde Escola – Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **“A ACESSIBILIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PROCURA PELO PRONTO ATENDIMENTO NA ÓTICA DO USUÁRIO”**.

Atenciosamente,


Prof.^a. Dra. Maria Célia Mendes
 Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
 CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.^a. Dra. Ione Carvalho Pinto (Orientadora)
 Departamento de Enfermagem
 Materno Infantil e Saúde Pública da
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.