

CUIDADO É FUNDAMENTAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO • ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

RESEARCH

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9606

MOTIVAÇÕES DO ACESSO DE USUÁRIOS EM SITUAÇÕES CARACTERIZADAS COMO NÃO URGÊNCIA EM PRONTO ATENDIMENTO

Motivations of user access in situations characterized as non-urgent ready

Motivaciones de acceso del usuario en situaciones caracterizadas como listo no urgente

Ana Paula de Freitas Machado Gonçalves¹, Fernanda Almeida Fettermann², Andriele Berger da Rosa³, Adalvane Nobres Damaceno⁴, Juliana Silveira Bordignon⁵, Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi⁶.

Como citar este artigo:

Gonçalves APFM, Fettermann FA, Rosa AB, Damaceno AN, Bordignon JS, Danaduzzi DSS. Motivações do acesso de usuários em situações caracterizadas como não urgência em pronto atendimento. 2021 jan/dez; 13:886-892. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9606>.

RESUMO

Objetivo: identificar os motivos pelos quais os usuários em situações caracterizadas como não urgentes acessam o Pronto Atendimento em um município do estado do Rio Grande do Sul. **Método:** trata-se de um estudo descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada com 21 usuários de um Pronto Atendimento em um município do estado do Rio Grande do Sul (RS), em novembro de 2016, e submetidos à análise de discurso. **Resultados:** apontam que a Atenção Primária não tem sido efetiva como porta de entrada para o sistema de saúde. As justificativas pela busca ao serviço de urgência foram: falta de profissional médico nas unidades de saúde; Unidade Básica de Saúde com pouca resolutividade; horário de funcionamento inadequado aos usuários; filas; demanda maior que a oferta em relação às consultas médicas; facilidade em realizar exames e receber medicação. **Conclusão:** o acesso dos usuários aos serviços de saúde deve permear os planejamentos em saúde, preferencialmente a nível local, de modo a permitir a definição de ações que sejam aplicáveis em conformidade com a realidade da comunidade.

DESCRITORES: Serviços de saúde; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Serviços médicos de emergência; Enfermagem; Emergências.

- 1 Enfermeira. Faculdade Integrada de Santa Maria, RS. Instituição/Afiliação: Faculdade Integrada de Santa Maria. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5388-2578>
- 2 : Enfermeira, Doutoranda no PPG em Educação em Ciências UFRGS. Instituição/Afiliação: Enfermeira na Prefeitura Municipal de Barra do Quaraí. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8234-2447>
- 3 Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Instituição/Afiliação: Universidade Federal de Santa Maria. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5177-3060>.
- 4 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Instituição/Afiliação: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4681-0602>
- 5 Enfermeira, Doutoranda pela Universidade Federal de Santa Catarina. Instituição/Afiliação: Universidade Federal de Santa Catarina. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8229-8132>
- 6 Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Instituição/Afiliação: Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1233-8968>.

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9606 | Gonçalves APFM, Fettermann FA, Rosa AB et al. | Motivações do acesso de usuários...

ABSTRACT

Objective: to identify the reasons why users in situations characterized as non-urgent access the Emergency Service in a municipality in the state of Rio Grande do Sul. **Method:** this is a descriptive and exploratory study, developed from a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with 21 users of an Emergency Department in a municipality in the state of Rio Grande do Sul (RS), in November 2016, and submitted to content analysis, thematic modality. **Results:** they point out that Primary Care has not been effective as a gateway to the health system. The justifications for seeking emergency services were: lack of medical professionals in health units; Basic Health Unit with little resolution; inadequate opening hours for users; queues; greater demand than supply in relation to medical consultations; ease in performing exams and receiving medication. **Conclusion:** users' access to health services must permeate health planning, preferably at the local level, in order to allow the definition of actions that are applicable in accordance with the reality of the community.

DESCRIPTORS: Health services; Health services needs and demand; Emergency medical services; Nursing; Emergencies.

RESUMEN

Objetivo: identificar las razones por las cuales los usuarios en situaciones caracterizadas como no urgentes acceden al Servicio de Emergencia en un municipio del estado de Rio Grande do Sul. **Método:** se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, desarrollado a partir de un enfoque cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con 21 usuarios de un Servicio de Emergencia en un municipio del estado de Rio Grande do Sul (RS), en noviembre de 2016, y sometidos a análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** señalan que la Atención Primaria no ha sido eficaz como puerta de entrada al sistema de salud. Las justificaciones para buscar servicios de emergencia fueron: falta de profesionales médicos en las unidades de salud; Unidad Básica de Salud con poca resolución; horarios de apertura inadecuados para los usuarios; colas mayor demanda que oferta en relación a consultas médicas; facilidad para realizar exámenes y recibir medicamentos. **Conclusión:** el acceso de los usuarios a los servicios de salud debe permear la planificación de la salud, preferiblemente a nivel local, para permitir la definición de acciones que sean aplicables de acuerdo con la realidad de la comunidad.

DESCRIPTORES: Servicios de salud; Necesidades y demandas de servicios de salud; Servicios médicos de emergencia; Enfermería; Urgencias médicas.

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como um conjunto de serviços de saúde vinculados a partir de uma missão única, com objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária e prestada de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas, sendo fundamental que os diferentes níveis de atenção estejam integrados. Nessa perspectiva, a atenção às urgências deve estar organizada em redes por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de distintas densidades tecnológicas, que, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam garantir o cuidado integral aos usuários.¹ Para tanto, em 30 de dezembro de 2010, foi lançada no Brasil a Portaria nº 4.279 pelo Ministério da Saúde (MS) que traça as diretrizes para estruturação das RAS, que tem por objetivo promover a integração de ações e serviços

de saúde por meio da atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade, bem como incrementar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) em termos de acesso, equidade e eficácia clínica, sanitária e econômica.²

Em 2011, por meio da Portaria n. 1.600/2011, o MS reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS. A RAU é, então, organizada pelos seguintes elementos: promoção, proteção e vigilância; Atenção Primária à Saúde (APS); Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU) e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e conjunto de serviços de urgência hospitalar e domiciliar 24 horas.³

Nesse contexto, o Pronto Atendimento (PA) é reconhecido como um serviço de complexidade intermediária entre a APS e a rede hospitalar, estabelecido com o propósito de atender às urgências e emergências como rede de apoio a APS, atender à população aos finais de semana e à noite, em função das unidades básicas estarem fechadas, articular-se com a APS, SAMU, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da RAS por meio de fluxos e contra fluxos.³

Contudo, os serviços de urgência têm prestado quantitativo cada vez maior de atendimentos, muitas vezes classificadas como não urgentes. Por conta disso, a proposta das RAS é descaracterizada e fragmentada, além de desvincular o usuário da equipe de referência no que se refere à Atenção Primária.

Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo identificar os motivos pelos quais os usuários em situações caracterizadas como não urgentes acessam o Pronto Atendimento em um município do estado do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa. O cenário desta investigação foi o Pronto Atendimento de um município do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, localizado geograficamente na região central do estado. Esse cenário possui estrutura física bem distribuída e é composto por uma equipe multiprofissional, contando com enfermeiros, médicos, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, agentes de assistência e recepcionistas.

Destaca-se, no ano de 2014, a implementação do Protocolo de Acolhimento de Classificação de Risco de Manchester, além do Sistema de Informação (SIGSS), incluindo o registro de prontuário eletrônico, por meio do qual se atualizam os dados mensais mediante relatórios enviados à gestão da Secretaria de Saúde do município e monitoramento do Conselho Municipal de Saúde por meio de relatórios de gestão.

Para tanto, utilizou-se como instrumento para coleta de dados, a entrevista do tipo semiestructurada composta por questões fechadas e abertas, previamente estabelecidas e de acordo com os objetivos propostos. Esse instrumento possibilitou a caracterização dos sujeitos da pesquisa e

apresentou a seguinte questão norteadora: “Qual o motivo que trouxe você ao Pronto Atendimento Municipal?”.

Os critérios para seleção dos entrevistados foram: usuários presentes na sala de espera que haviam realizado cadastro para atendimento e aguardavam acolhimento ou que já tivessem sido acolhidos, não ter sido classificado no acolhimento por situação de urgência e emergência. Como critério de exclusão, usuários com limitação cognitiva/mental e menores de 18 anos. Ainda, não houve delimitação da amostra, sendo que a coleta de dados foi interrompida quando houve saturação das informações. O período de coleta foi o mês de novembro de 2016.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram submetidos à análise de discurso.⁴ Os aspectos éticos garantiram a confidencialidade, o anonimato, a voluntariedade e a proteção dos sujeitos quanto aos seus direitos à informação. Os participantes foram identificados por códigos pré-estabelecidos, com a letra U seguido de número, sendo a letra “U” a representação da palavra Usuário, assegurando assim, o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

O estudo seguiu todas as recomendações constantes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado em 09 de novembro de 2016, mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 61368516.8.0000.5346, da Universidade Federal de Santa Maria e Parecer n. 1.812.332.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, as Unidades de Registro que se desprenderam do corpus do texto foram utilizadas para descrição e apresentação dos resultados.

Foram entrevistados 21 usuários, sendo nove (42,85%) homens e 12 (57,14%) mulheres com idade entre 18 e 70 anos. O fato da maioria dos entrevistados ser do sexo feminino pode estar relacionado com a questão cultural do cuidado da mulher que procura com mais frequência os serviços de saúde. Isso ocorre devido ao estereótipo da mulher como de “sexo frágil”, contrário ao do homem “forte”.⁵ Na sociedade em geral, há uma produção de práticas de autocuidado intenso para mulheres desde muito cedo, já que seus corpos são vistos como vulneráveis e futuros reprodutores.⁶

Em relação à escolaridade, 18 (85,71%) participantes possuem nível médio completo e três (14,20%) ensino fundamental. No que se refere à ocupação, 15 (71,40%) são trabalhadores do comércio em geral, três (14,20%) trabalhadores autônomos e três (14,20%) desempregados no momento. A questão de o maior número de entrevistados trabalharem no comércio pode estar justificada pela equivalência do seu horário de trabalho e horário de funcionamento da unidade de saúde e por não existir alternativa para o atendimento, a não ser a procura pelo serviço que funciona 24 horas, como o PA. Desse modo, o atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em horário estendido é visto como uma possibilidade de ampliação do acesso.

Contudo, esse modelo de horário estendido, apesar de garantir a assistência por um profissional de saúde, parece favorecer a quebra da continuidade do cuidado, pois nos

finais de semana e horários noturnos, após às 19h, a chance do usuário ser atendido por seu próprio médico de família, ou por sua equipe, é pequena. Esse problema seria reduzido se o horário das UBS fosse estendido para mais horas noturna ou aos finais de semana.⁷

Do total de entrevistados, 17 (80,90%) não souberam relatar qual era sua unidade de saúde de referência. Diante disso, pode-se perceber que a incorporação do princípio de participação social, corresponsabilização e comunicação no âmbito do SUS no referido município, é bastante incipiente. A unidade de referência se refere à utilização regular do serviço pela população com vistas ao fortalecimento do vínculo e continuidade do cuidado ao usuário. Dessa forma, a vinculação entre profissionais e usuários promove condições para enfrentar e resolver problemas de saúde na perspectiva da responsabilidade de uma determinada população, favorecendo a aproximação com as famílias do seu território e resultando em uma melhor condição de vida.

Sabe-se que o município é dividido em regiões sanitárias e que todas contemplam UBS de referência para os usuários. Desse modo, a equipe precisa envolver os usuários nas discussões dos processos de trabalho nas unidades do território que são responsáveis, uma vez que esse fato contribuiria para extrair o usuário de uma posição de quem espera pacientemente que suas necessidades de saúde sejam atendidas.

Quando interrogados sobre a queixa principal que os tinha levado à procura pelo PA, foram citados: nove (42,85%) citaram a dor, cinco (23,80%) mencionaram exames, três (14,28%) relataram febre, dois (9,52%) citaram diarreia e dois (9,52%), o vômito. A cultura de procurar os serviços de PA para situações que deveriam ser resolvidos pela APS é frequente no sistema de saúde brasileiro. Todos esses casos poderiam ser resolvidos pela UBS, considerando a organização do processo de trabalho para resolver 80% das necessidades de saúde. Caso as necessidades não sejam atendidas, conseqüentemente o usuário é encaminhado para serviços de maior densidade tecnológica.⁸

Do ponto de vista dos entrevistados, a APS não tem sido efetivamente a porta de entrada para o sistema de saúde, mas, sim, os serviços de urgência, representados pela lotação desses serviços. Os motivos que justificaram a procura pelo serviço de PA, evidenciados neste estudo foram: falta de profissional médico nas unidades de saúde; UBS com pouca resolutividade; horário de funcionamento inadequado aos usuários; filas madrugadoras; demanda maior que a oferta em relação às consultas médicas; facilidade em realizar exames e receber medicação.

Neste sentido, a APS deve efetuar funções para contribuir com o funcionamento das RAS, como ser base para o serviço de saúde, ser resolutiva, coordenar o cuidado por meio da comunicação entre os diversos pontos de atenção, ordenar as redes reconhecendo as necessidades de saúde dos usuários.⁹

Entretanto, a assistência em saúde orientada pelo modelo biomédico continua fortalecida no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, com ênfase no tecnicismo e na especialização, e com uma visão reducionista do cuidado centrada na doença. A proposta é de que a concepção de

saúde seja orientada pelos determinantes sociais de saúde e doença e que a APS assuma um espaço privilegiado para consolidar um modelo de atenção à saúde em que se considera o contexto social e familiar de forma integral. Para tanto, o desafio que se coloca é a transformação da atenção primária centrada no atendimento resolutivo ao usuário.¹⁰⁻¹¹

Da mesma forma, substituindo a assistência focada nas doenças por um trabalho centrado na vigilância à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada pela Portaria nº 2436 de 2017, estabelece que os serviços de saúde devem possibilitar o acesso universal e contínuo de qualidade e serem resolutivos e, portanto, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção.⁹

No entanto, tal fato não ocorre na prática devido à limitação dos serviços de atenção primária, resultando nos serviços de urgência e emergência sendo utilizados como portas de entrada. Com isso, o ambiente do PA é marcado pela aglomeração de usuários, causando interferências diretas sobre os atendimentos.⁴

Este estudo apontou que o usuário que acessa o PA entende este serviço como resolutivo e passa a considerá-lo como porta de entrada preferencial, como ilustrado na seguinte fala:

[...] lá [Unidade de Saúde] não tem exames, não tem nada, aí a gente vem aqui, demora, mas a gente sai com tudo pronto, até remédio às vezes.” (U1)

O modo em que a rede de atenção está organizada e como se dá a qualidade do atendimento prestado ao usuário estão relacionados à integralidade do cuidado e também à resolutividade do serviço.¹² A resolutividade se define pela resolução final dos problemas trazidos pelos usuários ao serviço que acessou e à satisfação desses.

“Aqui o atendimento é mais rápido, mesmo a gente tendo que esperar, sai com tudo pronto.” (U2)

“O atendimento é mais rápido e mais próximo do meu serviço.” (U3)

A realização de determinados exames no próprio serviço, também foram relacionados como motivo de procura dos usuários ao serviço de PA e a presença dessa oferta, conseqüentemente, interfere na escolha por acessar este tipo de serviço. Evidencia-se que a prescrição de medicações e exames, sob a forma de conduta, reforça o modelo de atenção baseado na queixa-conduta, buscando atender as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e que a realização do exame em si é percebida como uma atitude de cuidado pelos usuários. No entanto, essas condutas expressam “resolução” em curto prazo, fato que explica os retornos subsequentes dos mesmos usuários ao PA.

“[...] lá [unidade de saúde] não têm médico, não tem medicamento, falta muita coisa lá, falta pediatra, faz um mês e meio que estou esperando consulta para o meu filho

[...] aí pediram RX que pelo posto, demora 4 meses pelo SUS, tem fila de gente.” (U6)

“[...] porque aqui fazem RX e exames, aí não preciso me deslocar de novo de casa.” (U15)

A demora pelo atendimento, pelo fato da consulta ser agendada em determinadas UBS, como tentativa de reordenar a demanda, parece não estar claro para o usuário:

[...] “como a gente vai adivinhar quando vai ficar doente? Eles querem que agendem. Aqui demora muito, mas a gente é atendido.” (U16)

Os usuários entendem que o acesso no contexto da APS é demorado, considerando o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta e atribuem essas dificuldades à falta de profissionais médicos. O acolhimento é um dispositivo de operar os processos de trabalho e considerado como um espaço de escuta aos problemas e de orientação aos usuários, mas é criticado pelos mesmos por controlar o que é mais esperado, a consulta com o médico.¹³ As demandas dos usuários estão vinculadas a critérios individuais ou específicos, que, por meio da percepção da urgência, definem o tipo de serviço que será buscado. Logo, os usuários ajustam a oferta de serviços do PA ao seu contexto vital, familiar ou de trabalho, estruturando, a partir daí, suas demandas. Em estudo desenvolvido no mesmo município, em 2015, se verificou que a maior parte dos indivíduos considera seu quadro clínico como sendo situação de urgência ou emergência, apesar do motivo predominante das consultas no PA não ser compatível com uma situação de agravo à saúde.¹⁴

[...] “no posto não tem médico, estou com dor de cabeça e febre, aí tu pega uma ficha pra ser atendida semana vem, mas eu não posso esperar, minha dor é hoje.” (U9)

[...] “no PA o atendimento é mais rápido, eu sei que aqui é emergência, mas no meu caso quando dá essas crises de coluna mais forte eu venho aqui [...] o atendimento, mesmo que demore uma hora, uma hora e meia, eu saio atendida.” (U7)

Os usuários demonstram que a busca pelo serviço é motivada pela rapidez e presteza no atendimento oferecido, sendo capaz de transportar o usuário para um serviço que corresponda à necessidade de saúde da pessoa. Nessa perspectiva, entende-se que é necessário organizar o processo de trabalho nos serviços com maior responsabilização dos profissionais em facilitar o acesso e acolher todos os usuários que buscam atendimento na APS, priorizando àqueles em situações de busca frequente aos serviços de emergência em situações não urgentes.⁸

Neste estudo, constatou-se ainda que há uma associação entre qualidade do atendimento e rapidez com a qual o usuário é atendido no PA, como expressado na fala a seguir:

[...] “o atendimento aqui é melhor, a gente chega é atendido rápido, lá é muito demorado, o atendimento é bom aqui, não vou lá no posto, eu e mãe procuramos vir aqui, por mais que seja demorado, resolve.” (U9)

[...] “procuro mais pelo pronto atendimento, muita gente se queixa do atendimento, mas eu não tenho queixa, pelo menos sempre fui bem atendido, pode demorar, mas sou atendido.” (U12)

Percebeu-se nos relatos supracitados que a satisfação do usuário está diretamente relacionada à garantia do atendimento, mesmo que o tempo de espera pelo atendimento represente uma dificuldade a ser enfrentada. As falas a seguir revelam que os usuários se consideram insatisfeitos com a qualidade do atendimento prestado na Atenção Primária.

“Porque lá [Unidade de Saúde] é uma briga para ser atendido, é horrível, muito mal atendido.” (U10)

[...] “elas parecem que tem má vontade de atender a gente.” (U4)

É evidente que a qualidade da assistência representa um dos princípios mais importantes da atenção primária no Brasil. Percebe-se que muitos estudos que tratam sobre qualidade na APS são provenientes de avaliações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), sendo que trazem diversas abordagens de qualidade da atenção à saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), e há o consenso de que acesso é qualidade e qualidade é processo. A qualidade verifica a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde dos usuários.¹⁵

Nesse viés, é importante considerar que, apesar do usuário evidenciar que conhece as condições da lógica territorial e do conceito de porta de entrada pela atenção primária, ele procura o serviço no qual percebe que terá sua necessidade de saúde atendida.

[...] “o que eu vou fazer lá?! Mão tem nada.” (U11)

[...] “os médicos de lá [Unidade de saúde] só dão paracetamol pra gente tomar, aqui somos muito bem atendidos..., eu tô com muita dor de coluna, e não ia resolver meu problema.” (U13)

Ao discutir sobre acesso, as falas dos usuários demonstram que a lógica de atendimento no PA o torna mais rápido, pelo fato de chegarem ao local, realizarem um cadastro e aguardarem o seu atendimento. Diferentemente, o atendimento na UBS exige que os usuários vão ao local ainda na madrugada para agendar a consulta, e esta ocorre conforme a ordem de chegada e não por princípio de classificação de risco ou equidade. Além disso, o usuário refere certo temor em relação aos possíveis riscos nas filas madrugadoras.

[...] “já fui no posto várias vezes, resolvem mas o horário tem que acordar muito cedo, se tivesse uma forma de tu chegar lá e ser atendido, se tu chega muito tarde não consegue ficha.” (U5)

Nos serviços de saúde baseados na condição de filas madrugadoras são atendidos especialmente os mais fortes e se excluem os mais necessitados. Essa situação representa uma condição indigna imposta pelo serviço de saúde, e que fere as diretrizes e os princípios do SUS.¹⁶

[...] “às vezes tem mais ficha, mas tu não tem onde esperar não tem cobertura... e se tu chegar as 5 horas não tem mais ficha, é muito perigo ir de madrugada e as vilas são perigosas, porque tem que praticamente dormir na fila.” (U20)

[...] “eu vim primeiro porque é mais perto do serviço, e muitas vezes nas unidades a gente tem que madrugar, acordar muito cedo pra ir, e tenho que ir trabalhar, às vezes prefiro ir no serviço comunicar o patrão e vim no PA.” (U17)

Alguns dispositivos vêm sendo formulados e implantados para operar o trabalho em saúde, como, por exemplo, o acolhimento com classificação de risco, que apresenta a inversão da lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde. O acolhimento torna o atendimento humanizado, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta qualificada dos problemas de saúde do usuário, com responsabilização pela resolução do seu problema.¹⁷

Vale salientar que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em PA, pois a APS direciona o processo de trabalho para a equipe, conhece a população, tem registro em prontuário anterior à queixa aguda, permite o retorno com a mesma equipe de saúde, acompanha o quadro e o estabelecimento de vínculo, condições estas que caracterizam a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.¹⁸

Contudo, os relatos a seguir demonstram a fragilidade deste dispositivo no cenário da Atenção Primária, tanto em relação ao processo de trabalho quanto à carência de conhecimento dos usuários em relação à proposta do acolhimento.

[...] “lá no postinho nunca tem nada, não tem médico, e quando aparece alguém para atender é bem rápido não dão atenção pra gente.” (U21)

[...] “então a gente vem aqui, é passado na frente pela dor, faz medicação e vai embora até dar a próxima dor, eles falam aqui que não podem encaminhar também.” (U17)

O acolhimento é uma ferramenta encarregada de qualificar os serviços de saúde, possibilitando ao usuário, um atendimento integral e justo e que efetiva os princípios

constitucionais do SUS. Porém, ainda se faz necessário qualificar o modo da sua operacionalização, uma vez que, se utilizado de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido à atividade de triagem e descaracterizado de sua primeira função: a humanização.¹⁰

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a insatisfação dos usuários em relação a diversos aspectos do atendimento, como a organização dos serviços. Foram observadas inúmeras queixas quanto ao atendimento, entre as quais se destacam: demanda maior que a oferta, infraestrutura deficiente, falta de recursos humanos e humanização no atendimento. Apesar de alguns usuários classificarem os serviços de saúde em geral como “demora, mas é atendido”, em seus relatos, prevalece a queixa.

Assim, avaliar o motivo de acesso dos usuários a determinado serviço de saúde, como, por exemplo, ao PA, constitui-se em indicador sensível para acompanhar os serviços ofertados pelo sistema público de saúde. Nesse sentido, ressalta-se que a questão do acesso tem de ser constantemente abordada nos palcos da saúde e que o gestor local necessita ser o mediador e mobilizador dessa discussão, mas para superar os limites é preciso ir além das discussões. O acesso deve permear os planejamentos em saúde, preferencialmente de forma local, de modo a permitir a definição de ações que sejam aplicáveis em conformidade com as realidades das comunidades, mas cabe a todos os atores envolvidos no trabalho em saúde, (re)pensar e estabelecer melhores formas de acesso, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar que a procura por serviços de saúde envolve fatores que, dependendo do modo como são ordenados, definirão a escolha pelo usuário. Para os entrevistados, o PA concentra a maior possibilidade de porta de entrada, e corresponde à possibilidade de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada. Apesar de superlotados, e atuando sobre a queixa principal, esses serviços reúnem um somatório de recursos, como consultas, remédios, procedimentos, exames laboratoriais e internações, enquanto as unidades de saúde apresentam falta de profissionais médicos e oferecem consulta com números de fichas definidos ou agendamento de consultas sem acolhimento com classificação de risco.

Evidenciou-se uma avaliação negativa das Unidades de Saúde do município pelos usuários da rede pública. Como potencialidade do estudo, essa percepção do usuário poderá ser útil ao se dimensionar as ações desenvolvidas no setor saúde, a fim de contribuir para o planejamento dos serviços. Sendo assim, espera-se que esse estudo possa contribuir para a discussão entre trabalhadores, usuários e gestores sobre os pontos negativos e redirecionar alternativas para melhorar o sistema de saúde local.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Maranhão. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. UNA-SUS/UFMA. [Internet]. 2016 [acesso em 27 de outubro 2020]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2444?mode=full>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 31 fev 2010; Brasília; 2010; Seção I, p. 88-93.
3. BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 08 jul 2011; Brasília; 2011; Seção I.
4. Cassetari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 27 de outubro 2020]; 26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016
6. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. Mudanças. Psicologia da Saúde (Online). [Internet]. 2017 [acesso em 30 de outubro 2020]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>.
7. Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. Rev. bras. med. fam. comunidade. [Internet]. 2017 [acesso em 30 de outubro 2020]; 12(39). Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf.12\(39\)1529](https://doi.org/10.5712/rbmf.12(39)1529).
8. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. Interface (Botucatu, Online). [Internet]. 2018 [cited 2020 oct 30]; 22(65). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 set 2017; Brasília; 2017; Seção I, p.68.
10. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saúde debate. [Internet]. 2015 [acesso em 30 de outubro 2020]; 39(105). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
11. Forte ECN, Pires DEP, Scherer MDA, Soratto J. Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da enfermeira na Atenção Básica? Tempus (Brasília). [Internet]. 2018 [acesso em 30 de outubro 2020]; 11(2). Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2338>.
12. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra I C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde debate. [Internet]. 2014 [acesso em 30 de outubro 2020]; 38(103). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
13. Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. Rev. port. enferm. saúde mental. [Internet]. 2018 [acesso em 30 de outubro 2020]; 19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0203>.
14. Otaviano MDA, Gonçalves KG, Pereira RCC, Felix TA, Dias MAS, Oliveira EN. Tecendo informações sobre o serviço pré-hospitalar: relato de experiência. Sanare (Sobral, Online). [Internet]. 2016 [acesso em 30 de outubro 2020]; 15(1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/934>.
15. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. [Internet]. 2018 [acesso em 30 de outubro 2020]; 42(n. especial). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>.
16. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção do direito. Ciênc. cuid. saúde. [Internet]. 2011 [acesso em 30 de outubro 2020]; 10(2). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v10i2.10106>.

17. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Junior JAB, Góes HLF, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto & contexto enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 30 de outubro 2020]; 26(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000960014>.
18. Rodrigues JB. O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no Município de São Bernardo do Campo – SP. [Mestrado Profissional em Saúde Coletiva]. São Paulo (Brasil): Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. [acesso em 30 de outubro 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008025>.

Recebido em: 14/12/2019
Revisões requeridas: 05/11/2020
Aprovado em: 04/01/2021
Publicado em: 01/07/2021

Autora correspondente

Jiovana de Souza Santos
Endereço: RR-230, km 22, s/n, Água Fria
João Pessoa/PB, Brasil
CEP: 58.053-000
Email: jiovana_santos@hotmail.com
Número de telefone: +55 (83) 9 8860-9405

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**