

ARTIGOS ORIGINAIS

ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO NA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

Mariana de Figueiredo Souza¹
Luana Alves de Figueiredo²
Ione Carvalho Pinto³

RESUMO

A construção desta investigação iniciou-se quando percebemos que os mesmos usuários procuravam com frequência o serviço de Pronto-Socorro (PS), mesmo sem o caráter de urgência ou emergência. Objetivamos analisar a utilização do PS de um município do Interior de São Paulo, para identificar se esses usuários realizam seguimento de saúde, caracterizar os usuários atendidos e levantar as suas necessidades para diversos atendimentos no PS. O estudo é quantitativo e qualitativo. Caracterizamos todos os usuários que procuraram sete vezes, no mínimo, o OS, e chegamos a uma amostra quantitativa de 483 usuários. Destes, 52,17% eram do sexo masculino e 41,61% tinham entre 18 e 39 anos. Realizamos, em domicílio, entrevistas semiestruturadas com 17 usuários, as quais foram gravadas, interpretadas e analisadas pelo método da análise de conteúdo. A demora no agendamento das consultas nas UBSs, os horários de funcionamento coincidindo com turnos de trabalho e a obtenção das medicações facilitadas no PS resultaram nas principais necessidades de frequente procura por atendimento. Concluímos que o seguimento de saúde desses usuários ficou comprometido devido à dificuldade de acesso à rede básica de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços Médicos de Emergência. Instituições de Saúde.

INTRODUÇÃO

A construção desta investigação teve início durante o processo de acolhimento vivenciado em um serviço de Pronto-Socorro (PS) onde percebemos que os mesmos usuários procuravam com grande frequência o serviço, sem o caráter de urgência e emergência, e saíam sem uma efetiva resolutividade da atenção.

No cotidiano do trabalho, e em algumas leituras relacionadas à saúde pública, podemos perceber a assistência, junto aos indivíduos e aos grupos sociais, orientada pela visão que se tem de saúde, doença, trabalho e vida. O contexto histórico capitalista, com a necessidade da produção, do lucro e da força de trabalho, moldou uma sociedade com a visão do processo saúde-doença do ser humano biologicista, fragmentada e medicamentosa⁽¹⁾. Isso, hoje, pode ser exemplificado com a excessiva procura pelos

serviços de saúde de prontidão. Para que haja a mudança do conceito saúde-doença não só dentro de uma teoria social de assistência à saúde, mas efetivamente dentro da prática social dessa assistência⁽²⁾, faz-se necessária uma mudança coletiva daquilo que se entende por saúde-doença.

A Constituição Federal de 1988 institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentou princípios ético-doutrinários e organizacional-operativos que dizem respeito à saúde. Entre eles está o da integralidade da assistência, entendido como "um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de densidade do sistema"^(3:18). O princípio da resolutividade também foi incluído, entendido como um conjunto de enfoques que envolvem aspectos relativos à demanda, à satisfação do

¹Enfermeira da Maternidade do Complexo Aeroporto de Ribeirão Preto /MATER. Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/ EERP-USP. E-mail: mari_figueiredo@ig.com.br

²Enfermeira, aluna do programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/ EERP-USP. E-mail: luafigueiredo@yahoo.com.br

³Enfermeira, professora doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/ EERP-USP. E-mail: ionecarv@eerp.usp.br

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 necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros aspectos⁽⁴⁾.

Entendemos que, nos serviços de PS, essa resolutividade é por diversas vezes atingida, contudo é uma conduta de resolução em curto prazo, na qual não é especificamente investigada a problemática do usuário.

O PS se constitui em um serviço organizado para funcionar 24 horas/dia ininterruptamente, com vista a atender a qualquer pessoa que o procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, com caráter de urgência ou emergência⁽⁵⁾. Não obstante, mesmo sendo serviço de urgência - considerado como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida - e emergência, como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida⁽⁶⁾, por diversas vezes usuários em situações não urgentes também procuram o serviço por ser, teoricamente, mais acessível.

As diversas procuras pelo PS, na busca da resolução de necessidades, podem estar relacionadas às questões socioeconômicas, às más condições de vida e à necessidade de vínculo com um serviço ou profissional. O PS, por ser um serviço de portas abertas, pode ser, na opinião dos usuários, uma alternativa para o atendimento mais fácil e rápido a essas necessidades⁽⁷⁾.

A justificativa para desenvolver este trabalho relaciona-se com a identificação da percepção dos usuários acerca da resolução das suas necessidades no PS e de como utilizam os serviços de saúde, para desta forma obter subsídios que contribuam na reorganização da integralidade dos serviços de saúde do município, otimizando a resolutividade da assistência prestada no nível primário de atenção. Isto leva, consequentemente, à readequação do fluxo de usuários, à melhoria do atendimento da população e à melhoria do trabalho dos profissionais.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram analisar a utilização do PS de um município do Interior de São Paulo; caracterizar

os usuários atendidos quanto ao sexo, faixa etária, unidade básica de saúde (UBS) de procedência e frequência de atendimento no PS; identificar se realizam seguimento na rede básica de saúde; e analisar as necessidades dos usuários em relação aos diversos atendimentos no PS.

METODOLOGIA

A pesquisa desenvolveu-se com abordagem quantiquantitativa. Trata-se de uma análise descritiva e retrospectiva sobre os usuários que procuraram com maior frequência o PS.

O estudo foi realizado no PS de um município, na Região Norte do Estado de São Paulo, que pertence à Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII).

A rede de saúde municipal está composta por: uma "Santa Casa" conveniada com o SUS, com 94 leitos e um banco de sangue; uma *unidade de vigilância sanitária*; um hospital particular com 25 leitos; seis UBSs com serviço de odontologia; um PS com 10 leitos de observação e uma média de 180 atendimentos diários; uma clínica de especialidades municipal com os seguintes atendimentos: cardiologia, otorrinolaringologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria, cirurgia geral, urologia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e pequenas cirurgias. Nove clínicas médicas particulares; um centro de saúde e um ambulatório de saúde mental⁽⁸⁾.

O PS, para este município, é o único serviço de saúde de referência em atendimentos de urgência e emergência.

Para os dados quantitativos, utilizamos fonte secundária por meio do sistema de registros de atendimento do OS, que contém dados como sexo, idade, UBS de procedência e número de atendimentos, a fim de realizar a caracterização de todos os usuários que procuraram o PS pelo menos sete vezes, no primeiro semestre (entre 1º de janeiro e 30 de junho), no ano de 2006. Esse número de atendimentos foi escolhido baseado no número de consultas médicas esperadas por habitante/ano⁽⁹⁾ e se apresenta como uma fundamentação para pensar que estes usuários precisam de atendimento que contemple o acolhimento e a integralidade da atenção à saúde.

Procedemos ao sorteio de 20 dos usuários

caracterizados, para realizar a entrevista no domicílio, porém avaliamos que os dados coletados em 17 entrevistas foram suficientes, considerando-se a ocorrência de repetição das falas.

Utilizamos entrevista semiestruturada com os usuários para aprofundar os aspectos relativos à procura do PS. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelos pesquisadores, abordando questões relativas à rede de saúde e ao PS, aspectos relativos ao atendimento no PS e nas UBSs, a resolução do problema apresentado e as necessidades dos usuários para utilização do PS.

Os critérios para seleção dos sujeitos foram ter 18 anos ou mais, já ter sido atendido no PS pelo menos sete vezes no primeiro semestre de 2006, e não ter na ficha de atendimento o registro de sinais e sintomas de confusão mental, uma vez que eles seriam entrevistados seguindo um roteiro norteador com perguntas.

Para análise dos dados qualitativos utilizamos o método da análise de conteúdo na modalidade temática⁽¹⁰⁾, forma de análise que consiste em uma técnica de investigação que descreve a análise de comunicação para 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.

Por meio da sistematização das entrevistas realizadas com a leitura vertical (uma a uma) e horizontal (em conjunto), chegamos a quatro aspectos de análise relativos aos atendimentos no PS: a percepção dos usuários em relação aos atendimentos no PS; a compreensão dos usuários sobre a rede de saúde municipal; o usuário procurando o PS para resolver suas necessidades; o acompanhamento do usuário na rede municipal de saúde e a referência terciária nos outros municípios.

A distribuição por faixa etária foi feita conforme padronização do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), ou seja, de 18 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 anos ou mais.

Seguimos as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), e o estudo foi aprovado sob o protocolo n.º 0674/2006. Os sujeitos da pesquisa

assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme estabelece a Resolução 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pelos dados estatísticos do município, 195.840 consultas da rede pública de saúde são realizadas por ano. Deste total de consultas, parte é da área básica (sendo 108.000 das seis UBSs e 23.040 do Centro de Saúde) e 64.800 consultas são realizadas no PS, representando um total de 33% dos atendimentos realizados pelo SUS.

Considerando-se que a média brasileira esperada de consultas de pronto-atendimento é de até 26% do total de consultas realizadas⁽¹¹⁾, estamos com uma demanda acima do fluxo esperado, o que pode prejudicar o andamento do serviço, visto que a cidade também suporta outros serviços de saúde disponíveis para toda a população.

Os dados quantitativos relativos ao sexo, à idade e à frequência de atendimentos no PS estão apresentados, respectivamente, nas figuras 1 e 2.

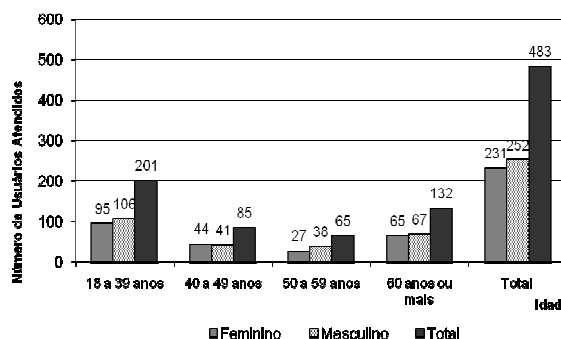


Figura 1. Distribuição dos usuários quanto ao sexo, à idade e à frequência ao PS de um município do Interior de São Paulo, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2006.

Obtivemos que a faixa etária que mais procurou atendimento no PS foi a de 18 a 39 anos, cujas maiores justificativas da procura do PS foram a indisponibilidade de vaga nas agendas da UBS para consultas médicas, a demora no agendamento e a coincidência de turnos de trabalho dos usuários com os horários de funcionamento da rede básica de saúde.

As UBSs de procedência dos 483 usuários

que procuraram sete vezes ou mais por atendimento no PS foram heterogêneas, representadas por 9,10% dos usuários que não tinham nenhuma UBS em sua área de abrangência, 19,25% que eram provenientes da UBS A, 14,69%, da UBS B, 19,04%, da UBS C, 8,28%, da UBS D, 23,39%, da UBS E e 5,17%, da UBS F.

Várias reflexões podem ser feitas, como pensar na missão do PS e da UBS na lógica do acesso e da resolutividade das necessidades de saúde desses usuários levando em consideração a procedência dos usuários em relação à UBS adscrita, construída pelo princípio organizativo do SUS de regionalização, e os dados encontrados do PS. É preciso pensar, quando não há UBS na área adscrita, qual é a porta de entrada para o atendimento à saúde.

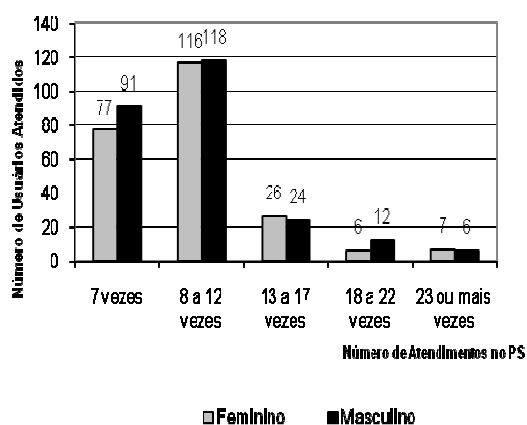


Figura 2. Distribuição dos usuários quanto ao sexo e número de atendimentos no PS de um município do Interior de São Paulo, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2006.

A percepção do usuário em relação aos atendimentos no PS

Procurar o PS por oito a 12 vezes, no período de seis meses foi a maior frequência, tanto para os usuários do sexo masculino quanto para os do sexo feminino (respectivamente, 24,43% e 24,01%).

Faz mais de três anos que eu não vou no posto [...] porque eu tenho que agendar e até que eu consiga uma vaga, vai ser difícil. [...] E tá faltando medicamento. [...] Tem uma injeção que eu tomo pra tirar a dor e lá não tem (entrevista II).

Esse depoimento demonstra que, na UBS, o usuário tem dificuldade em conseguir medicação

para alívio da dor, relacionando o fato de ele não ter procurado por atendimento à não obtenção do medicamento, como já relatado em outros estudos^(7,12).

Ah, eu vou no pronto-socorro porque pra eu ir no posto eu tenho que marcar uma consulta, depois esperar daí trinta dias, quinze dias, até o dia da gente ir lá. E pra uma pessoa que tiver ruim, vai esperar um mês, um mês e pouco? E se demora muito a vaga tem que ir no pronto-socorro (entrevista XVI).

O usuário se queixa da demora no agendamento das consultas, o que constitui o principal motivo da frequente procura por atendimento no PS.

Observou-se o comprometimento da longitudinalidade e integralidade da atenção à saúde, visto que, na UBS, segundo a percepção do usuário, não se consegue vaga, devido à demora no agendamento das consultas, interferindo no seguimento da assistência à saúde e no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional. Também há falha na integralidade da atenção à saúde, na dimensão da integração entre os serviços de saúde de um município, pois o usuário procura o PS como porta de entrada ao sistema local de saúde.

É difícil pegar vaga, porque eu teria que ir lá pelas cinco horas da manhã para conseguir uma vaga... ou então ir às nove da manhã pra pegar vaga na parte da tarde [...] Tem que ficar esperando. E como eu trabalho, eu cato reciclado, fica difícil pra mim (Entrevista II).

Diante do exposto, identificamos haver uma deficiência na acessibilidade organizacional da UBS, a qual, segundo a literatura⁽¹³⁾, está ligada à demora para se obter uma consulta e para a realização de exames laboratoriais, ao tipo de marcação e horário, aos turnos de funcionamento e ao tempo de espera para ser atendido pelo médico, assim o usuário possui acesso à UBS para procurar por atendimento, mas isso não significa que ele irá consegui-lo no momento em que realmente estiver precisando. O usuário tem possibilidade de ir ao serviço de saúde para ser atendido por algum dos membros da equipe, porém diversas vezes não consegue a disponibilidade desses profissionais para o diálogo, dificultando o processo de escuta sobre suas necessidades⁽¹⁴⁾.

A compreensão dos usuários sobre a rede de saúde municipal

Eu sei por que eu procuro o ginecologista, que é de segunda-feira que a gente pega vaga pra semana, e a clínica geral, que pega vaga de manhã pra ser atendido nove e meia. Aí tem os horários que eu procuro sempre. Tem pediatra também que é meio-dia (Entrevista XVII).

Nessa manifestação, o usuário aponta associação entre o acesso ao serviço de saúde e as consultas médicas na UBS, ou seja, o atendimento de saúde está centrado no médico - fragmentado nas especialidades - com quem ele consegue assistência na rede de atenção básica.

Observamos que, em nenhum momento, os usuários citaram o papel dos outros profissionais de saúde na atenção à saúde, pois nos dias atuais, não só para esse usuário, o cuidar em saúde está fundamentado no modelo tradicional de atenção, no qual o saber médico é quem domina o serviço de saúde⁽¹⁵⁾. Vejamos outro exemplo que reforça o que estamos discutindo.

Bom, ali no postinho tem os atendimentos que você precisar, né? Tem o médico clínico geral, né? [...] Especialidades de todo tipo de problema que você tiver. Eu sei porque eu tenho problema de coluna e então eu procurei consulta ali, né? Na ortopedia (Entrevista XV).

Entre os diversos serviços que as UBSs e o Programa Saúde da Família (PSF) oferecem no município estão as consultas médicas e de enfermagem como curativos, inalação, administração de medicamentos, verificação de pressão arterial e visitas domiciliares; mas é necessário entender como essa lista de oferta é percebida e utilizada pelos usuários, nas suas diversas situações de saúde.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações, que abrangem a promoção e prevenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças, e necessita ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, em que o atendimento é prestado por diferentes profissionais, entre eles o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o agente comunitário de saúde (ACS) e o dentista⁽¹⁶⁾.

Neste sentido, surgiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF), priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, e, dessa forma, promover a reorientação das práticas e ações de saúde de modo integral e contínuo,

aproximando o cuidado à saúde do usuário junto à sua família e assim reafirmando os princípios de universalidade, acessibilidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, preconizados pelo SUS.

A agente comunitária vem aqui uma vez por mês perguntar sobre a situação... fazer a visita, né? E se eu, por exemplo, preciso de uma consulta que é além do que a gente vai no pronto-socorro mesmo... a gente vai, eu peço pra ela marcar pra mim o dia e ela me avisa e eu vou (Entrevista XII).

No contexto da ESF, para este usuário, o ACS parece ser o marcador de consultas médicas, pois, a partir das visitas domiciliares, a figura do agente torna-se uma ponte para conseguir uma consulta. Destarte, o agente é muitas vezes o grande facilitador da acessibilidade à unidade de saúde.

O papel do ACS na ESF é ser potente elo entre a comunidade e a equipe de saúde, facilitando o vínculo com o serviço. Entre as habilidades que competem a esse profissional está o agendamento dos atendimentos de saúde a partir do trabalho junto aos domicílios, assim como orientar os usuários e suas famílias para a utilização dos serviços de saúde disponíveis na UBS de origem e em outras localidades do município⁽¹⁷⁾.

O usuário procurando o PS para resolver suas necessidades

Lá no posto C tem que marcar. Então no pronto-socorro é mais rápido. E como lá no posto demora e às vezes você tá com muita dor, então vai pro pronto-socorro. Vai, toma uma injeção, toma uns comprimido, até o dia de marcar pra ir no posto. Aí quebra um galho até chegar o dia de ir pro posto (Entrevista XVI).

A justificativa desse usuário para a frequência da busca de atendimentos no PS, mais uma vez, é a aquisição dos medicamentos cuja obtenção é mais difícil nas UBSs. Isso significa que o atendimento de suas necessidades está baseado na terapia medicamentosa, em que, para alcançar a resolução de seu problema de saúde, o usuário percebe ser necessário o uso do medicamento como a única forma de assistência à saúde. Assim sendo, torna-se mais viável a espera do usuário pelo atendimento na UBS de origem.

Em um estudo comparativo⁽¹⁸⁾ sobre o serviço de PS e a área programada, os autores descrevem esse diferencial no qual o PS, buscando atender o mais rapidamente possível ao episódio agudo, apresenta um processo de trabalho desburocratizado, que exige apenas registros sumários e controle simples das ações, portanto permite um acesso mais rápido da clientela ao médico e às medicações correspondentes.

Quando eu procuro o postinho aqui, às vezes o médico já passou, né? Já acabou o horário dele. [...] ou quando ele tá de férias, aí eu vou pro pronto-socorro depois. [...] ou quando não tenho recurso, que já fechou o posto de saúde, aí eu pego e vou no pronto-socorro, aí é onde eu sou atendida lá (Entrevista XVII).

Essa é a fala de um usuário que pertence a uma área coberta pela ESF e representa uma situação que se aproxima de um estudo⁽¹⁹⁾ sobre acolhimento em unidades de saúde que explica que é típico do PS o usuário com queixa procurar por consulta médica, e se ela não é possível, naquele momento, na unidade de saúde, além do médico, nenhum outro profissional de saúde conhece o problema ou queixa daquele usuário.

Assim, se a figura do médico não pode ser representada naquela ocasião na UBS, o usuário acaba procurando outro serviço onde ele possa encontrá-la. Isto identifica um rompimento na assistência prestada na atenção básica, considerando-se que no compromisso do trabalho em equipe está preconizado que todos os membros conheçam o usuário e suas necessidades.

Eu faço controle de pressão [...] Quando o postinho tá fechado, que aí minha pressão sobe, aí eu procuro o pronto-socorro. [...] Ah, eu vou lá com a pressão 18 por 9, aí eles me medicam e até que minha pressão não normaliza, eles não deixam eu ir embora. Pra mim foi bom porque eles me atenderam na hora que eu precisei [...] deram atenção, eles me escutaram (Entrevista VII).

Para os usuários dos serviços de saúde, outro motivo da procura por determinado serviço, e não por outro, está na qualidade do acolhimento, ou seja, na proximidade e na atenção do profissional com o usuário que se estabelecem no primeiro contato. Essa é a primeira etapa para o usuário considerar que naquele serviço obteve

atendimento de suas necessidades com estabelecimento de vínculo.

O acompanhamento do usuário na rede municipal de saúde e a referência terciária nos outros municípios

Aqui na cidade eu nunca procuro um outro atendimento fora a não ser o pronto-socorro e o posto. Primeiro no município A, porque eu trato lá faz muito tempo. Primeiro lá, depois se precisa rapidamente é o pronto-socorro ou o posto (Entrevista XIV).

O acompanhamento de saúde a partir de um serviço de atendimento terciário foi uma constante entre os entrevistados, pois aproximadamente um terço deles fazia seguimento de saúde em hospitais de referência terciária. Estes mesmos usuários, por diversas vezes, seguem somente o tratamento prescrito no serviço terciário e deixam de realizar suas consultas habituais no nível primário de atenção, e só as fazem por razões emergenciais.

Lá no posto eles começam a atender cedo e fecha em torno de quatro ou seis horas, nem sei que horas que fecha direito. Ah, tem vez que eu passo tempo sem ir no posto. O mês inteiro eu passo, 2, 3 meses. Quando eu preciso eu vou no pronto-socorro (Entrevista I).

Quando perguntado sobre a oferta de serviços por parte da UBS, o usuário deixa explícito em sua fala que faz do PS o seu local de acompanhamento em saúde, por isso não consegue descrever os horários de atendimentos que o serviço de atenção primária possui.

Fazer do serviço de PS o local para seguimento de saúde implica em questões que vão além da explicação da grande frequência a este serviço, como o rompimento da longitudinalidade e a continuidade da assistência em saúde, pois dificilmente serão os mesmos profissionais nos atendimentos a esse usuário. O tipo de registro de atendimento no PS, que não necessariamente utiliza o prontuário médico, compromete todo o sistema de informação em saúde relativo a esse usuário, com lacunas para a continuidade da assistência à saúde.

Entendemos que a longitudinalidade e a continuidade são atributos da atenção básica. A primeira é a presença e o uso de uma fonte habitual de atenção no decorrer do tempo, e a segunda é a sequência de consultas, em que há

um mecanismo de transferência de informações⁽²⁰⁾. Destarte, apenas os encaminhamentos do PS não garantem que o usuário consulte os mesmos profissionais. Desta forma, a continuidade é prejudicada tanto pela diferença das formas de registro e atendimento entre o PS e a UBS quanto pela não garantia de que o cuidado continue a ser prestado pelos mesmos profissionais.

CONCLUSÃO

Neste trabalho identificamos que, na percepção do usuário, a utilização dos serviços de saúde se faz por meio das consultas médicas e da terapia medicamentosa cuja obtenção é facilitada no PS, no qual há o atendimento imediato às suas necessidades.

Observamos que tanto sujeitos do sexo feminino como do masculino procuraram com grande frequência o PS, sendo a faixa etária produtiva a que mais procurou. A maior frequência de atendimentos no PS está entre 8 e 12 vezes, e a UBS de procedência destes

usuários foi heterogênea.

Percebemos que o seguimento de saúde de muitos desses usuários ficou comprometido, à medida que não conseguem vaga nas UBS para serem atendidos regularmente e acabam dirigindo-se ao PS, onde o acesso é facilitado, a fim de resolverem seus problemas de saúde. Com isso, há fragilidade nos princípios de longitudinalidade e continuidade da atenção em saúde no município.

Os usuários que utilizaram o atendimento no PS, em sua maioria, não fazem acompanhamento de saúde, e os que o fazem têm o serviço terciário como referência.

Assim, entre os diversos motivos para a frequente utilização do PS na percepção dos usuários estão as dificuldades de acesso aos atendimentos nas unidades básicas de saúde, representadas pela demora no atendimento e no agendamento das consultas, e os problemas na acessibilidade organizacional, devido aos turnos de funcionamento, tipo de marcação e horário das consultas.

ANALYSIS OF THE USE OF EMERGENCY SERVICES FROM THE USERS' PERCEPTION

ABSTRACT

This research started to be developed when the authors realized that the same clients frequently searched for the Emergency Services (ES), even when it was not an emergency. This qualitative and quantitative study aimed to analyze the use of the ES in a city in the interior of the state of São Paulo, to identify if these clients receive health follow-up care, what their needs in several ES care are, as well as to characterize the clients who receive care. All clients who searched for the ES at least seven times were characterized and the quantitative sample totaled 483 clients, 52.17% male and 41.61% aged between 18 and 39 years. Semi-structured interviews were carried out with 17 clients at the clients' home. The interviews were recorded, interpreted and analyzed through the content analysis method. The main reasons for frequently searching care in the ES was the delay in scheduling medical appointments in the Health Units, opening hours coinciding with work shifts and the easy access to medication in ES. It was concluded that these clients' health follow-up was compromised due to the difficulty to access the primary health care network.

Key words: Primary Health Care. Emergency Medical Services. Health Facilities.

ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DEL HOSPITAL DE URGENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO

RESUMEN

La construcción de esta investigación se inició cuando percibimos que los mismos usuarios buscaban a menudo el servicio de Hospital de Urgencias (HU), mismo sin el carácter de urgencia o emergencia. Tuvimos como objetivo analizar la utilización del HU de un municipio del interior de São Paulo, identificando si esos usuarios realizan seguimiento de salud, sus necesidades para diversas atenciones en el HU y caracterizar los usuarios atendidos. Estudio cuantitativo y cualitativo. Caracterizamos todos los usuarios que buscaron el mínimo de siete veces el HU y llegamos a una muestra cuantitativa de 483 usuarios, 52,17% fueron del sexo masculino y 41,61% usuarios entre 18 a 39 años. Realizamos entrevistas semiestructuradas con 17 usuarios, en domicilio, que fueron grabadas, interpretadas y analizadas por el método del análisis de contenido. El retraso en el apunte de las consultas en las Unidades Básicas de Salud, los horarios de funcionamiento coincidiendo con turnos de trabajo y

la obtención de fármacos facilitada en el HU resultaron en las principales necesidades de frecuente busca por atención. Concluimos que el seguimiento de salud de esos usuarios quedó comprometido debido a la dificultad de acceso a la atención primaria de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Servicios Médicos de Urgencia. Instituciones de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Marques GQ, Leal SMC, Lima MADS, Bonilha, ALL, Lopes, MJM. Practices and daily routine of professionals in health public services under the light of academic studies. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2007 [acesso 2008 mar 12];6(2):1-5. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1676-4285.2007.660/194>.
2. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. *Cienc Cuid Saude*. 2008 jan-mar;7(1):45-52.
3. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
4. Turrini RNT, Lebrão ML, César CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saude Publica*. 2008 mar;24(3):663-74.
5. Pinto IC, Rodolpho F, Oliveira MM. Pronto-Atendimento: a percepção da equipe de Enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(1):81-8.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº1451/95 [Internet]. 1995 [acesso 2006 maio 9]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm.
7. Lima MADS, Marques GQ. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 jan-fev;15(1):13-9.
8. Monte Alto (SP). Prefeitura Municipal. Saúde: recursos disponíveis [Internet]. 2005 [acesso 2006 maio 9]. Disponível em: <http://www.montealto.sp.gov.br/index.php?url=cidade/saude>
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Portaria n.º1101/GM em 12 de junho de 2002 [Internet]. Brasília (DF); 2002 [acesso 2006 maio 9]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Berwick DM, Godrey AB, Roesser J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books do Brasil; 1994.
12. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007 jan-mar;20(1):12-7.
13. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008 Mar-Apr;6(2):116-23.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):190-8.
15. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 1991 fev.; 25(1): 41-6.
16. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2006;15(3):7-18.
17. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008 mar;24(1):100-10.
18. Tanaka OY, Resenburger CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Cad Saude Publica*. 1990;24(1):60-8.
19. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em Unidades Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2000;8(4):30-7.
20. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998 Mar;46(3):216-26.

Endereço para correspondência: Mariana de Figueiredo Souza. Rua Agostinho Veiga, 471, Ribeirânia, CEP: 14096-390 Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: mari_figueiredo@ig.com.br

Data de recebimento: 30/09/2008

Data da aprovação: 7/12/2009