



Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário*

Accessibility and demand at an Emergency Care Unit: the user's perspective

La accesibilidad y demanda de atención de emergencia: perspectiva del usuario

Mariana Figueiredo Souza Gomide¹, Ione Carvalho Pinto², Luana Alves de Figueiredo³

RESUMO

Objetivo: Analisar a procura pelo Pronto Atendimento (PA) do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto (São Paulo) para identificar os motivos pelos quais os usuários, em situações não caracterizadas como urgência e emergência, procuram esse serviço. **Métodos:** Estudo qualitativo descritivo. Foi aplicado roteiro norteador para 23 usuários do PA, abordando-se questões relativas à acessibilidade e acolhimento aos serviços de saúde, resolução das necessidades, motivo pela procura do PA e integralidade da atenção. **Resultados:** Os sujeitos relataram que, nas Unidades Básicas de Saúde, houve demora no atendimento e agendamento das consultas e que o horário de funcionamento desses serviços coincide com a jornada de trabalho dos usuários. No PA, o acesso foi facilitado às tecnologias e medicamentos. **Conclusão:** Os serviços de atenção básica não têm conseguido tornar-se a porta de entrada do sistema de saúde, mas, sim, os serviços de urgência/emergência, causando expressiva lotação desses serviços.

Descritores: Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Serviços médicos de emergência

ABSTRACT

Aim: To analyze the search for Emergency Care (EC) in the Western Health District of Ribeirão Preto (São Paulo), in order to identify the reasons why users turn to these services in situations that are not characterized as urgencies and emergencies. **Methods:** A qualitative and descriptive study was undertaken. A guiding script was applied to 23 EC users, addressing questions related to health service accessibility and welcoming, problem solving, reason to visit the EC and care comprehensiveness. **Results:** The subjects reported that, at the Primary Health Care services, receiving care and scheduling consultations took a long time and that the opening hours of these services coincide with their work hours. At the EC service, access to technologies and medicines was easier. **Conclusion:** Primary health care services have been unable to turn into the entry door to the health system, being replaced by emergency services, putting a significant strain on these services' capacity.

Keywords: Primary health care; Health services accessibility; Emergency medical services

RESUMEN

Objetivo: Analizar la demanda del servicio de emergencia (SE) del Distrito Oeste de Salud del municipio de Ribeirão Preto (Sao Paulo) para identificar los motivos por los cuales los usuarios, en situaciones no caracterizadas como urgencia y emergencia, buscan ese servicio. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo descriptivo. Fue aplicado una guía norteadora a 23 usuarios del SE, abordándose preguntas relativas a la accesibilidad y acogida de los servicios de salud, resolución de las necesidades, motivo por el cual buscan el SE e integralidad de la atención. **Resultados:** Los sujetos relataron que, en las Unidades Básicas de Salud, hubo demora en la atención y la programación de las consultas y que el horario de funcionamiento de esos servicios coincide con la jornada de trabajo de los usuarios. En el SE, el acceso fue facilitado a las tecnologías y medicamentos. **Conclusión:** Los servicios de atención básica no han conseguido convertirse en la puerta de entrada del sistema de salud, mas, sí, los servicios de urgencia/emergencia, causando un expresivo aumento en la capacidad de esos servicios.

Descritores: Atención primaria de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Servicios médicos de urgencia

* Estudo extraído da dissertação de mestrado intitulada "A acessibilidade da atenção à saúde: uma análise da procura pelo pronto atendimento na ótica dos usuários" – apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Mariana Figueiredo Souza Gomide

Endereço: Rua Triunfo, 425, apto 41

E-mail: mari_figueiredo@ig.com.br

Artigo recebido em 01/07/2011 e aprovado em 29/07/2012

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, 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 a população do país⁽¹⁾. Para isso, o cuidado em saúde, no SUS, foi ordenado em níveis de atenção. Assim, tem-se a assistência básica, média e de alta complexidade, visando a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema⁽²⁾.

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 de seus problemas de saúde e, conseqüentemente, podem reduzir as filas nos níveis de média e alta complexidade. Logo, os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas UBS, deixando os ambulatorios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, resultando em maior satisfação dos usuários e uso mais racional dos recursos existentes⁽²⁾.

É crescente o reconhecimento da necessidade de se considerar a perspectiva do usuário, quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que, com base nessa premissa, as práticas de saúde e a própria organização do trabalho e dos serviços de saúde podem ser repensadas.

Observa-se a demanda por atendimento nos serviços de saúde por meio de consultas, exames, administração de medicamentos, realização de procedimentos, bem como por ser a busca de respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço ou profissional ou, ainda, o acesso a alguma tecnologia específica que possa proporcionar qualidade de vida, expressando, assim, as necessidades do usuário⁽³⁾.

Para o atendimento dessas necessidades, os serviços de saúde devem ser organizados, de modo que a atenção primária assuma o caráter de reordenação do sistema em uma rede articulada e integrada. Sob essa perspectiva, a missão do Pronto-Atendimento (PA) é a de atender, de modo qualificado, as urgências e emergências, priorizando o atendimento por meio do acolhimento com classificação de risco, apoiado na identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco e agravos à saúde⁽⁴⁾.

O PA é a unidade destinada a prestar assistência aos usuários com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato⁽⁵⁾. No município de Ribeirão Preto – (SP), as unidades de PA são de saúde, de porte intermediário entre a UBS, Unidade de Saúde da Família (USF) e a rede hospitalar. Funcionam 24 horas por dia e devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos de natureza clínica ou traumática e

aqueles crônicos agudizados. No ato do atendimento e investigação diagnóstica, define-se a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior densidade tecnológica.

O PA compreende uma porta de entrada ao sistema de saúde, acolhendo, além das urgências propriamente ditas, pacientes não atendidos na atenção primária e, em unidades especializadas. Portanto, é provável que alguns usuários procurem o PA repetidas vezes. Se o motivo da procura for sempre o mesmo, caberão algumas considerações: o usuário não teve acesso à UBS; não fez vínculo com a equipe ou o cuidado não foi integral, ou não foi resolutivo, entre outras possibilidades.

A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, por meio de 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 na qual estão inseridos e funcional, por meio da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população⁽⁶⁾. Ter-se unidade de saúde em sua área de abrangência não é o suficiente para garantir que as pessoas tenham acesso ao serviço de saúde. A acessibilidade é a garantia de que as pessoas não só tenham o acesso, mas, que consigam chegar aos serviços de saúde⁽⁷⁾.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, observou-se aumento no fluxo de circulação dos usuários, nos serviços de prontidão, tornando-se necessária a reorganização do processo de trabalho nessas unidades, de forma a atender os diferentes graus de especificidade e necessidades, conforme as diversas prioridades, e não mais por ordem de chegada⁽⁴⁾. Logo, em lugar de se priorizar o atendimento dos primeiros a chegarem ao serviço, deve-se priorizar a situação clínica dos usuários, priorizando aqueles que, no momento, correm mais risco em função do agravo à saúde⁽⁴⁾.

Acredita-se que a justificativa para a procura do PA, nas situações não urgentes, é de que, embora superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, essas unidades de saúde também reúnem um somatório de recursos, como consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e radiológicos que satisfazem as necessidades da população, garantindo, assim, maiores possibilidades de se constituir como porta de entrada da rede dos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Situações em que um usuário busca por diversas vezes o PA, contudo, não caracterizando urgência, podem evidenciar a fragilidade do sistema de saúde na produção de vínculo, e na postura capaz de escutar, acolher e oferecer respostas mais adequadas aos usuários⁽⁹⁾. Por acolhimento, subentende-se relação humanizada, acolhedora na qual os trabalhadores e serviços, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, para um processo de trabalho mais acolhedor, a equipe de enfermagem torna-se fundamental nas relações de vínculo do usuário com os serviços de saúde, visto que é representada pela figura do profissional que está presente em todos os caminhos que ele percorre na unidade, desde a recepção até a sua saída, seja por meio de procedimentos ou encaminhamentos.

Assim, neste estudo o objetivo foi analisar a procura pelo PA do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP na perspectiva do usuário, com a finalidade de contribuir para uma política de reorganização dos serviços de saúde, referente à acessibilidade e ao acolhimento aos serviços de saúde, resolução das necessidades, motivo pela procura do PA e integralidade da atenção.

MÉTODOS

O presente estudo de abordagem qualitativa e do tipo descritivo teve como cenário de investigação o PA de uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), localizada no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto – (SP). Esta unidade realiza atendimento exclusivamente para usuários do SUS, durante 24 horas, todos os dias, atendendo às urgências e emergências e casos que demandam atendimento não urgente, mas, considerados prioritários pelos usuários.

O PA possui estrutura física bem distribuída, é separado em três grandes alas: adulto, pediatria e urgência/emergência. Dentro dessa estrutura, tem-se a recepção, salas de acolhimento, sala de medicação/inalação, sala de observação – adulto e pediatria, além das salas referentes aos consultórios.

Ao chegarem ao PA, os usuários preenchem ficha de atendimento na recepção da unidade, e são encaminhados à sala de acolhimento. Nela, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem acolhe o usuário, buscando a queixa principal, conforme os sintomas referidos e sinais vitais mensurados. Em seguida, o paciente é encaminhado para consulta médica, sala de observação, sala de urgência/emergência ou sala de medicação. Quando há dúvida na identificação dos sinais e sintomas apresentados pelo usuário, conforme o protocolo da unidade, o profissional recorre à enfermeira de plantão.

Os critérios para seleção dos indivíduos entrevistados foram: idade de 18 anos ou mais, não terem sido atendidos por situações de urgência e emergência, morarem há mais de 2 anos na área de abrangência do distrito, não apresentarem sinais e/ou sintomas de confusão mental ou embriaguez, aceitarem ser entrevistados, após o acolhimento, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Precedendo a coleta de dados, foram observadas as normas estabelecidas para o desenvolvimento de pes-

quisas com seres humanos, submetendo o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo obtendo-se autorização sob Protocolo nº049/2009. A imersão no campo de investigação foi realizada pela técnica da observação simples⁽¹¹⁾, utilizou-se o espaço físico onde se faz o acolhimento dos usuários que procuram o PA, a fim de identificar as principais queixas que os levaram a procurar atendimento. Entrevistaram-se os usuários observados durante o acolhimento e que estavam de acordo com os critérios de seleção. Empregou-se um roteiro norteador dos aspectos relativos ao motivo pela procura do PA, abordando questões relativas à acessibilidade, ao acolhimento nos serviços de saúde, ao atendimento, à resolução da necessidade de saúde e à integralidade da assistência.

A observação e entrevistas ocorreram em dezembro de 2009, de segunda-feira a sábado, em horários de plantão alternados, de forma a contemplar todos os turnos em diferentes dias da semana. Ao todo foram entrevistados 23 usuários.

A fim de garantir maior privacidade dos usuários com suas respostas, as entrevistas foram realizadas, logo, após o acolhimento e antes do atendimento médico, em uma das salas de acolhimento. As entrevistas foram gravadas, transcritas, interpretadas e analisadas pelo pesquisador, e a identificação dos entrevistados foi feita pela letra “U” de usuário, seguida pelo número da entrevista.

O desenvolver da análise temática⁽¹²⁾ percorreu três etapas: a primeira, foi a organização dos dados das entrevistas realizadas, com base na consideração dos objetivos propostos nesta investigação, bem como os quesitos validade, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A segunda constituiu-se da exploração do material com leitura fluente 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⁽¹²⁾.

Na terceira etapa, os dados foram classificados e organizados em temas, a fim de analisá-los. Diante de toda a análise temática das entrevistas realizadas, chegou-se ao tema da acessibilidade na rede e a procura pelo PA e os quatro subtemas: a acessibilidade geográfica, a acessibilidade organizacional, acessibilidade sociocultural e acessibilidade econômica, permeadas pela organização tecnológica dos serviços de saúde.

RESULTADOS

Dentre os 23 usuários entrevistados, 13 eram do sexo feminino e a média de idade era de 40 anos.

A análise do material coletado permitiu aproximação da realidade que envolve a busca dos usuários pelo PA, e um apanhado das diversas situações referentes ao acesso aos serviços públicos de atenção básica à saúde. A seguir, são apresentados alguns relatos que apontam os motivos da busca do usuário pelo PA. Como fator para essa busca, encontrou-se a dificuldade para o atendimento imediato, vivenciada pelos usuários em unidades de saúde de diferentes níveis de atenção da rede de serviços.

Nunca tem vaga, eles nunca atendem. Você chega na UBS e eles falam: “– Agora não dá para atender”. Se eu vou ao posto eles falam para eu chegar lá pelas sete horas, e eles vão ver se tem encaixe. Tem que agendar consulta. [...] eu peço para marcar e marcam para daqui dois, três meses (U23).

Na perspectiva do usuário, o horário de funcionamento das unidades de saúde na atenção básica foi considerado outro fator que justifica a procura pelo PA.

[...] Outro dia no posto chegou uma criança queimando em febre e a médica falou: “– Não vou atender não. Manda para o PA. Eu estou indo embora. Meu expediente já fechou e minha hora já deu”. É desse jeito, você entendeu? E no PA não tem nada disso. Toda vez que eu vim trazer minhas crianças, eles me atenderam [...] (U23).

Eu deixo para vir no PA porque geralmente eu trabalho, e é difícil poder ficar faltando assim, então eu venho no PA à noite, é mais fácil, não é? No posto é até as 5 da tarde e eu saio tarde do trabalho (U5).

A organização dos serviços de saúde da atenção básica obedece aos horários de atendimento que coincidem com o horário comercial, período em que a maioria da população trabalha. Por outro lado, a organização dos atendimentos, mediante agendamento prévio, com pouca abertura às demandas espontâneas, dificulta o acesso a essa parcela da população, o que explica a busca pelo PA, onde o atendimento é feito dentro das 24h do dia e não há dispensa de usuários, de modo que todos que o buscam, são atendidos.

O modo pela qual o acolhimento ao usuário opera no serviço de saúde define como outro fator predisponente a procura do mesmo. Referente a essa questão, o usuário relata a importância do vínculo estabelecido com o serviço de saúde, em que o acolhimento é definido como importante instrumento no processo de satisfação de suas necessidades. Tal importância revela-se pelo fato de que mesmo a proximidade entre uma unidade de saúde e a residência do usuário não sobrepõe a relevância das relações estabelecidas entre usuário e trabalhador.

Vamos dizer que o PA não seja o mais próximo. Têm outros lá perto da minha casa. Só que é mais lotado, entendeu? (...) No PA, apesar de ser mais longe, dão mais atenção para gente do que na unidade onde eu moro em frente praticamente (U18).

[...] Eu não sei te falar dos outros serviços de saúde porque eu quase não procuro. Procurei uma vez só e o tempo de atendimento foi muito mais rápido do que no PA. Mas no PA os médicos te dão mais atenção, as enfermeiras perguntam mais sobre o seu problema. Então eu não voltei mais a procurar as outras unidades de saúde (U12).

Outro fator que explica a procura pelo PA, relaciona-se à valorização dos instrumentos de maior densidade tecnológica⁽¹⁰⁾, instrumentos esses facilitadores na resolução das necessidades de saúde. A seguir, as falas demonstram que tanto os usuários como os profissionais organizam o atendimento da demanda espontânea, de acordo com a disponibilidade desses instrumentos, e, em torno dessa demanda o destino do usuário fica esclarecido. Isso denota o modo fragmentado na organização dos serviços de saúde. Com base no excerto: “a necessidade de se buscar um PA para administração de uma medicação injetável”, apresenta-se a noção de que a atenção básica não se constitui como espaço que pode dispor de tecnologias duras, no sentido de efetivar a resolução das necessidades de saúde.

Uma coisa que na UBS não tem é que se você tiver que tirar um raio-X, fazer um exame mais profundo, só no PA que tem. Então você vai direto para o PA porque você vai para a UBS e eles te mandam direto para o PA. [...] na UBS não tem os equipamentos necessários (U10).

Na USF não tem medicação. [...] Porque às vezes se você for tomar uma dipirona na veia ou receber alguma medicação injetável você tem que vir no PA (U3).

Porque no PA pelo menos o médico pergunta, ele tem interesse no problema da gente. Agora no posto você chega [...] o médico às vezes nem põe a mão na gente. [...] 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 ler o exame e não vai ser necessário ele pôr a mão em você (U2).

Se por um lado, a clínica é instrumento que facilita o processo diagnóstico e de cuidado nos serviços de saúde, ela se apresenta como tecnologia que pode sustentar a relação profissional e usuário. Por meio dela, o usuário sente-se acolhido, escutado, atendido em suas necessidades, sendo fator indicativo da acessibilidade aos serviços de saúde.

A construção social da relação público e privado é encontrada na fala a seguir. A questão cultural da assistência pública, como serviço gratuito, não materializando a lógica de consumo capitalista, desloca o conceito da universalidade como direito, para a empatia do profissional que está atendendo.

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 (U8).

Nessa perspectiva, o acesso e o acolhimento são vistos, como favores do profissional à população, tornando-se normal e rotineiro o sofrimento e a espera, quando se usa o SUS.

DISCUSSÃO

A proposta de se estudar a busca dos usuários pelo PA, em situações não caracterizadas, como urgência e emergência, trouxe como eixo de análise a acessibilidade

em uma combinação de fatores de distintas dimensões, tais como: a acessibilidade geográfica, organizacional, sociocultural e econômica⁽⁶⁾, todas elas permeadas pela questão do modelo assistencial dos serviços de saúde.

Com a proposta de implantação do SUS e o ideário da Reforma Sanitária, tem sido observada, ao longo dos anos, a estruturação do sistema de saúde, com base em princípios como a universalização, o acesso, a regionalização e a hierarquização, dentre outros, direcionando a organização dos modelos de atenção à saúde. Atualmente, como modelo hegemônico para a organização dos serviços, tem-se o modelo tecnoassistencial, representado pela figura da pirâmide, cuja base larga, formada por unidades de saúde responsáveis pela atenção básica, que funcionam igualmente como porta de entrada em sua área de cobertura, são responsáveis pela referência da população aos serviços de saúde de maior densidade tecnológica – representados pelos ambulatorios de especialidades e unidades de PA, no centro da pirâmide, e, no ápice estreito da mesma, encontram-se os hospitais regionais, estaduais e nacionais.

Tal hierarquização garantiria o acesso ao paciente, o ingresso pela porta de entrada, a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse, para enfrentar a dor, a doença e o risco da morte. Nessa medida, a pirâmide têm o valor quase de um símbolo da luta em defesa da vida⁽⁵⁾.

Neste estudo, encontrou-se a busca do usuário pelo atendimento sem tomar a localização geográfica das unidades de saúde como princípio, mas, sim, de acordo com a resposta que essas unidades oferecem para satisfação de suas necessidades. Ainda que mais distante geograficamente do PA, a população optou por buscá-lo, considerando que, nesse serviço, é atendida – independente do tempo de espera, a presença de insumos tecnológicos, o acolhimento e a escuta.

Logo, a população busca o atendimento que, em sua perspectiva, responderá às suas necessidades de saúde. A acessibilidade geográfica é medida, de acordo com o tempo e os meios de transporte que são utilizados para obter assistência à saúde⁽⁷⁾, não caracteriza uma unidade de saúde, como porta de entrada ao serviço para sua clientela adstrita, não garante que o usuário conseguirá utilizar os recursos de saúde disponíveis no local mais próximo de sua residência.

O usuário não se prende à norma imposta de qual é a sua porta de entrada para o sistema de saúde. Ele considera a liberdade de optar por um serviço de saúde, com base em sua experiência e no que lhe interessa. Essa escolha implica autonomia e participação que se tem, quando se opta por buscar atendimento em determinado serviço de saúde e não em outros⁽¹³⁾. A qualidade do acolhimento também influencia a escolha quanto ao local 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⁽¹⁴⁾.

A demora pelo atendimento e agendamento de consultas na atenção básica foi citada pelos usuários, como fator que igualmente justifica a procura do PA como ponto de partida para o ingresso aos serviços de saúde⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

O conteúdo de algumas falas aponta a necessidade de maior agilidade no atendimento, a fim de que o usuário consiga ser encaminhado a outro serviço de referência, quando estes são recebidos na atenção básica. Além disso, quando o usuário encontra barreiras para obtenção dessa assistência, observa-se seu papel como protagonista no processo de cuidar de sua saúde. A população, por meio de suas vivências, identifica a organização dos serviços de saúde no município. Ela sabe, quais tecnologias estão disponíveis em cada nível de atenção nos serviços de saúde, bem com a organização de referência e contrarreferência, justificando a procura pelo PA, pela maior facilidade ao acesso a outros níveis do sistema.

A acessibilidade organizacional, representada pelos obstáculos nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde, apresenta-se antes do ingresso do usuário no serviço de saúde. São exemplos disso: a demora para obter uma consulta, os turnos de funcionamento, o tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer os exames laboratoriais, como na unidade de saúde⁽⁶⁾.

Questões como a desburocratização do atendimento no PA, que atende toda a demanda espontânea, a presença de equipamentos e medicações são fatores facilitadores para a busca da população pelo PA. Em contrapartida, tal circunstância acentua-se quando foi relacionada à falta desses equipamentos, além de aparelhos e medicamentos, nas UBS e USF, cujo mau atendimento, nesses locais, foi considerado pelos usuários importante motivo para a procura pelo PA.

No que tange à acessibilidade sociocultural, compreende-se esta como a percepção que o indivíduo tem sobre sua condição de saúde e doença, ao tipo de tratamento e à oferta de serviços de saúde disponíveis⁽⁶⁾. Nesse sentido, corresponde à relação estabelecida entre o usuário e a equipe de saúde. O primeiro contato é o elo que deve se estabelecer de forma adequada, a fim de propiciar os contatos subsequentes.

Geralmente, a atitude do usuário é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos próximos⁽¹⁸⁾. Logo, quando o usuário é acolhido em um serviço de saúde e cria vínculo com os profissionais, com base nesse contato inicial, há favorecimento para a instituição, do envolvimento desse usuário naquele serviço de saúde. E, de um modo geral, é o profissional da equipe de enfermagem que participa da responsabilidade de criar e manter o vínculo do usuário com o serviço de saúde.

Se este profissional de saúde não estiver aberto ao diálogo, não haverá meios para o estabelecimento de

vínculos, diminuindo, assim, a possibilidade do usuário compartilhar a responsabilidade por 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^(19,20). Essa autonomia pressupõe liberdade e, para que o trabalho autônomo seja eficaz, é preciso que os profissionais sejam capazes de se responsabilizarem pelos problemas dos outros. Portanto, a autonomia só se estabelecerá, quando houver interesse e envolvimento dos agentes com certa tarefa⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, ressalta-se, a importância de se qualificar os profissionais de saúde para receber, atender, escutar, dialogar, amparar e orientar a clientela buscando relação acolhedora e humanizada para prover saúde à população atendida⁽²¹⁾.

O exame físico é um dos componentes da clínica ampliada que pode aproximar os profissionais dos usuários. Um exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional e, portanto, é um dos critérios utilizados pelos usuários para determinar a escolha pelo serviço de saúde⁽¹⁶⁾. Por outro lado, se o usuário tem experiências negativas prévias com um dado serviço de saúde, é razoável compreender o porquê de não mais procurar determinado serviço, ainda que dele necessite.

A acessibilidade econômica está intimamente ligada às barreiras econômicas para utilização dos serviços de saúde, em que estão incluídos os gastos de tempo, energia e financeiros para a busca e obtenção de assistência à saúde⁽⁶⁾. Essa forma de acessibilidade é representada pelo uso de um serviço de saúde, com base no poder aquisitivo da população, face aos preços dos serviços e medicamentos⁽²²⁾.

O período de implantação do SUS, na década de 1980, teve como base a atuação governamental que visava a contemplar os setores sociais de menor poder aquisitivo e, com isso, ampliar a cobertura do mercado em segmentos com capacidade de compra⁽²³⁾. Alguns depoimentos apontaram o SUS de forma negativa, como única alternativa para atendimento à saúde. Diante disso, expõe-se a discussão sobre a perspectiva histórica e institucional do público e privado, na política de assistência à saúde no Brasil, na qual se ressalta a preferência que a população faz pelos serviços privados, somada à representação inferior do serviço público, mesmo que essas imagens negativas da assistência não tenham sido construídas baseadas na experiência pessoal, mas construídas e transmitidas coletivamente⁽²³⁾.

Entende-se que a principal contribuição do presente trabalho foi identificar que os serviços de atenção básica disponíveis para a população não favorecem o acolhimento pela equipe e a acessibilidade aos serviços. Isso

implica na dificuldade da atenção básica se manter como porta de entrada para a atenção à saúde.

A limitação do estudo é ter sido desenvolvido no universo de um dos distritos de saúde do município de Ribeirão Preto – (SP), não podendo ser generalizado para outros distritos e cenários.

CONCLUSÕES

Considerando o objetivo deste estudo de analisar a procura pelo Pronto Atendimento (PA) do Distrito Oeste de Saúde do município de Ribeirão Preto (SP) na perspectiva do usuário, foi identificado que a acessibilidade pôde ser discutida sob a ótica da organização da rede de serviços de saúde, na qual as unidades de PA atuam como porta de ingresso. Essa organização pode estar em desajuste com os princípios do SUS, bem como com as políticas públicas, que orientam a organização dos serviços, tendo como porta de entrada a atenção básica, representada pelas UBS e USF.

A questão observada refere-se não ao fato de que a população não é orientada para usar o SUS, mas, sim, de que a população aprende a utilizar os serviços de saúde, conforme suas necessidades, e que suas escolhas podem emergir das vivências prévias individuais, bem como da construção coletiva das mesmas.

A população valoriza o uso das tecnologias na resolução de suas necessidades, porém, não abre mão da clínica, representada neste estudo pelo acolhimento, escuta trato humanizado, que são mecanismos usados para satisfazer suas necessidades. Assim, a fim de manter o vínculo é fundamental o trabalho da enfermagem, como gerenciador da relação usuário/trabalhador.

Diversas foram as justificativas para a procura pelo PA evidenciadas neste estudo. Contudo, cabe finalmente reforçar as potencialidades do PA no atendimento das necessidades de saúde dos usuários que o procuram. Acredita-se que seja preciso a qualificação de profissionais da atenção básica, para que estes estejam atentos à escuta das necessidades de saúde dos usuários, com a finalidade de garantir que todos que o procuram sejam acolhidos.

Cabe ressaltar que o presente estudo traz apenas uma das discussões sobre a acessibilidade dos serviços de saúde públicos. Serão necessários estudos futuros que investiguem outras formas de organização do fluxo de atendimento, orientação e encaminhamento dos usuários na rede básica do SUS.

Por fim, tem-se, com este estudo, que a atenção básica não tem sido efetivamente a porta de entrada para o sistema de saúde, mas, sim, os serviços de urgência e emergência, representados pela expressiva lotação desses serviços.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sobre o SUS [Internet] [citado 2010 Jul 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Cecílio LC. [Technical health care models: from the pyramid to the circle, a possibility to be explored]. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(3):469-78. Portuguese.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2a ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985. .
6. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997. p.114-20.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO; 2002.
8. Marques GQ, Lima MA. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(1):13-9.
9. Marques GQ, Leal SM, Lima MA, Bonilha AL, Lopes MJ. [Practices and daily routine of professionals in health public services under the light of academic studies. Online Braz J Nurs [Internet]. 2007 [cited 2012 Set 10]; 6 (2): [about 5p]. Portuguese. Available from: <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>.
10. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.
11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2007.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
13. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AI. [Travelling citizens: the 'users' of the Brazilian Unified Health System and the meanings of its demand to the health care emergency services in the context of a process of assistential model reorientation]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(5): 1929-38. Portuguese.
14. Ramos DD, Lima MA. [Health care access and receptivity to users in a unit in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34. Portuguese.
15. Kovacs MH, Feliciano KV, Sarinho SW, Veras AA. Access to basic care for children seen at emergency departments. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(3):251-8.
16. Gaioso VP, Mishima SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(4):617-25.
17. Lima MA, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. [Access and quality care in health care centers from the users' point of view]. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):12-7. Portuguese.
18. Travassos C, Martins M. [A review of concepts in health services access and utilization]. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 Suppl 2: 190-8. Portuguese.
19. Schimith MD, Lima MA. [Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team]. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(6):1487-94. Portuguese.
20. Brunello ME, Ponce MA, Assis EG, Andrade RL, Scatena LM, Palha PF, Villa TC. [Bond in health care: a systematic review of literature in Brazil (1998-2007)]. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):131-5. Portuguese.
21. Souza EC, Vilar RL, Rocha NS, Uchoa AC, Rocha PM. [Primary health care access and receptivity to users: an analysis of perceptions by users and health professionals]. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 Suppl 1:100-10. Portuguese.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático economia da saúde. Brasília; 2005.
23. Menicucci TM. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.