

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

***O CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:
COM A PALAVRA, O USUÁRIO***

MARIA LUIZA MACHADO LUDWIG

PORTO ALEGRE, MARÇO DE 2000

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA LUIZA MACHADO LUDWIG

***O CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:
COM A PALAVRA, O USUÁRIO***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

PORTO ALEGRE, MARÇO DE 2000

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO
NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

L947c Ludwig, Maria Luiza Machado.

O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário/Maria Luiza Machado Ludwig; Orientação de Ana Lucia de Lourenzi Bonilha. Porto Alegre, 2000.

115f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Serviço de emergência – SUS. – 2. Usuário. – 3. Estudo de caso. – I. Título.

Bibliotecária Lucia V. Machado Nunes
CRB 10/193

BIBLIOTECA

Escola de Enfermagem da UFRGS

Reg. n.º 640
Porto Alegre, 19/9/2000

J
536
L947c
E.2

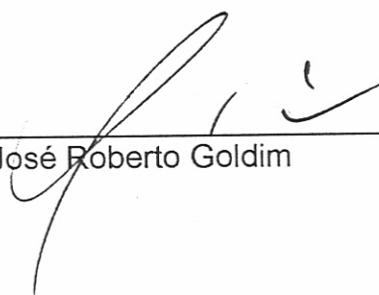
BANCA EXAMINADORA



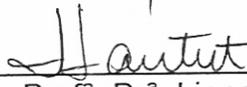
Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha (Orientadora)



Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth



Prof. Dr. José Roberto Goldim



Prof^a. Dr^a. Liana Lautert

DATA DO JATADO
19/01/2011

Dedico este
trabalho

AGRADECIMENTOS

À Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, minha orientadora, pelo apoio permanente e incondicional.

À equipe de atendimento e usuários do Serviço de Emergência do HCPA, pela colaboração.

Aos colegas Carlos Alberto Ribeiro, Sandra Mendes, Vera C. Portella, Ninon G. Rosa e Oneide Stochero, pelo auxílio na reconstrução da história do Serviço de Emergência.

Ao colega Vanderlei Carraro, pela colaboração e estímulo constante.

À Escola de Enfermagem e ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/UFRGS, pelo apoio para a minha qualificação.

Aos professores e colegas do Curso de Mestrado, pela convivência e crescimento mútuo.

À colega Lilian C. Espirito Santo, pelos momentos de discussão da pesquisa.

À Bibliotecária Lúcia V. Machado Nunes, pela revisão bibliográfica.

À Maria da Graça M. Domingues, pelo apoio administrativo no decorrer do Curso.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo auxílio financeiro.

“...uma frase só existe quando é a extensão em letras da alma de quem a diz. É a soma das palavras e da tragédia que contém. Se não for assim, é só uma falsidade de vogais e de consoantes, um desperdício de som e de espaço”.

(Eliane Brum)

SUMÁRIO

Dedicatória

Agradecimentos

Epígrafe

RESUMO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA.....	8
2 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	17
2.1 O alicerce metodológico do estudo.....	17
2.2 O processo de investigação realizado.....	19
<i>2.2.1 O cenário.....</i>	<i>19</i>
<i>2.2.2 A entrada no campo.....</i>	<i>20</i>
<i>2.2.3 Os informantes.....</i>	<i>21</i>
2.3 Os recursos metodológicos.....	22
<i>2.3.1 A observação.....</i>	<i>23</i>
<i>2.3.2 A entrevista.....</i>	<i>24</i>
2.4 O processo de análise.....	25
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.....	27
4 O CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
4.1 Apresentação.....	40
4.2 Caracterização do serviço.....	40
4.3 Recursos humanos.....	43
4.4 Trajetória do usuário dentro do serviço.....	45

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	58
5.1 Caracterização dos informantes	58
5.2 Com a palavra, o usuário	60
5.2.1 <i>Qualquer coisa, passa na emergência</i>	60
5.2.2 <i>Aquela seleção</i>	68
5.2.3 <i>Aqui se faz tudo</i>	75
5.2.4 <i>Não é nada agradável</i>	85
5.2.5 <i>Só tenho a agradecer</i>	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
ABSTRACT	104
RESUMEN	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	110

1 CONTEÚDO RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer a compreensão do usuário de um serviço de emergência, sobre o contexto onde ele é atendido, no que se refere ao ambiente e à forma como ocorre este atendimento. Foi utilizada como suporte metodológico, a abordagem qualitativa, com o desenvolvimento de um estudo de caso, tendo a observação livre e a entrevista não estruturada como recursos para a obtenção de informações. O grupo de participantes foi composto por doze indivíduos adultos, internados no hospital, após terem sido atendidos na unidade de emergência. Através da análise dos dados, obteve-se as seguintes categorias: *qualquer coisa, passa na emergência; aquela seleção; aqui se faz tudo; não é nada agradável; só tenho a agradecer.*

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Os serviços de emergência hospitalares se constituíram, na última década, em locais onde a população, usualmente, procura por soluções para suas necessidades de saúde.

“Na prática, os serviços de emergência têm assumido um papel relevante dentro do atual sistema de saúde brasileiro, já que recebem não apenas a demanda referente ao atendimento de urgência/emergência, mas também a considerada eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços de atenção primária. Essa situação, além de gerar grandes aglomerados de pessoas nesses locais e causar sobrecarga para os profissionais que aí trabalham, tem contribuído para o que a sociedade e profissionais de saúde tem caracterizado e denominado como ‘caos na saúde’” (Stein, 1998, p. 1).

Estes serviços são procurados por propiciarem “...meios para uma pronta avaliação médica do doente e facilidades que implementam uma ação terapêutica, com o trabalho de equipes especificamente treinadas” (Gomes, 1994, p. 3). Além disso, pode ser pontuado também como fator determinante de procura, a disponibilidade do serviço, que funciona 24 horas por dia. Desta forma, a população tem acesso a um nível de resolutividade mais alto para seu problema imediato, pois a procura resultará, no mínimo, em uma avaliação de saúde, com realização de exames diagnósticos, ainda que represente uma solução paliativa para sua necessidade.

Deste modo, pode-se perceber que a procura dos serviços de emergência ocorre em detrimento de outros serviços e está intimamente relacionada às distorções do sistema de saúde vigente e suas implicações.

Com as mudanças ocorridas no sistema de saúde nas últimas décadas, hoje, diferentemente do que acontecia no passado, a totalidade da população brasileira tem a garantia legal ao cuidado de saúde gratuito, independentemente de possuir um vínculo empregatício. Para chegar a esta realidade, o nosso sistema de saúde, em sua evolução histórica, passou por várias alterações, culminando, no final da década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS.

O SUS é implantado como forma de fazer com que o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, seja garantido. Este diz que:

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 133).

Apresenta como pressupostos, o comando único em cada esfera do governo, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços, e a rede privada exerce papel complementar na cobertura assistencial (Paim, 1993; Castelar, 1995).

De uma maneira simplificada, pode-se dizer que o SUS propõe um modelo onde todos os cidadãos, independentemente de sua posição sócio-econômica, possuem o direito a acessar os serviços de saúde e receber cuidados que satisfaçam suas necessidades de saúde de forma integral, em uma rede hierarquizada de acordo com a complexidade do atendimento.

O excesso de demanda por atendimento que vem ocorrendo nos serviços de emergência, denuncia a ineficiência do sistema de saúde em operacionalizar a sua proposta, uma vez que esta procura retrata a dificuldade

do usuário em acessar outros serviços de saúde, como por exemplo serviços de atenção primária.

O fenômeno da superlotação que ocorre nas emergências por um lado é resultado desta indisponibilidade de serviços, e por outro, gerada pela escassez de leitos na rede hospitalar integrada ao SUS. Desta forma, acaba-se criando outro fenômeno, denominado de “universalização excludente”, causando uma inversão da porta de entrada no sistema de saúde, descaracterizando o princípio da hierarquização dos níveis de atendimento (Mendes, 1995). De qualquer maneira, o usuário vê-se obrigado a submeter-se às regras do sistema de saúde, pois faz parte de um grande contingente de pessoas (80%), que são impossibilitadas de financiar o atendimento à sua saúde (Ribeiro, 1993).

Pode-se constatar que o usuário não vê no SUS um sistema hierarquizado, e este se configura em um dos motivos que o leva a procurar pelo serviço que lhe ofereça maior resolutividade. E no meu entendimento, isto não ocorre porque o usuário não quer procurar o nível básico de atendimento, mas porque, desarticulado, o sistema de saúde não consegue trabalhar a demanda, com vistas a torná-la uma “demanda organizada”, e assim colocar em prática a hierarquização da assistência.

Skaba (1997, p. 119-120), em sua dissertação de mestrado, aborda o dia-a-dia de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, e constatou que:

“A inversão da demanda dos serviços ambulatoriais para os serviços de emergência é um termômetro eficaz para uma avaliação do sistema de saúde na sua totalidade. É vão conscientizar a população de que não deve procurar os serviços de emergência se o caso não for realmente grave, quando não se oferece alternativa efetiva, em outros níveis, de atenção à saúde”.

Nesta perspectiva, visualizo dois segmentos que buscam, à sua maneira e na medida do possível, atingir o objetivo final que é a satisfação das necessidades de saúde. De um lado, os serviços de emergência, que para atender a demanda, não têm medido esforços para cumprir seu papel perante a sociedade. Desta forma, o resultado tem se traduzido por superlotação, e inevitavelmente tem levado a uma queda significativa da qualidade do atendimento prestado. Do outro lado, o usuário busca este tipo de serviço de acordo com a sua prioridade, que muitas vezes não coincide com as da instituição, uma vez que estão envolvidos neste processo de percepção da doença e necessidade de buscar auxílio, fatores culturais inerentes à inserção social dos usuários.

Entre outros fatores, a superlotação dos serviços de emergência tem levado a uma maneira dicotomizada de proporcionar o atendimento, fazendo com que o indivíduo seja visualizado somente como um ser biológico, portador de uma disfunção que pode ser superada por meio de uma terapêutica voltada para a utilização de exames diagnósticos e medicamentos.

Esta, se configura em uma maneira simplista de intervenção, pois trata a pessoa como se esta fosse desprovida de identidade e de história. Ao contrário, o ser humano é imensamente complexo, fruto de uma construção social e cultural e, portanto, não pode ser tratado como uma entidade eminentemente biológica. É necessário que os aspectos relativos à saúde e à doença sejam tratados também em sua dimensão global, propiciando ao indivíduo o atendimento de suas necessidades de uma forma integral.

Nos últimos sete anos, atuando como docente do curso de enfermagem, tive a oportunidade de acompanhar alunos em estágios práticos, desenvolvidos em um serviço de emergência de um hospital-escola, integrado ao SUS. O contexto de atendimento me fez observar as dificuldades encontradas pelo usuário neste serviço, ao sofrer os reflexos resultantes das deficiências do Sistema Único de Saúde, que o submete a passar por experiências desagradáveis. Primeiro, porque, mesmo nos serviços de emergência, há uma restrição quanto ao número de atendimentos, pela limitação de recursos humanos e materiais; segundo, porque, ao obter acesso ao serviço, pacientemente recebe atendimento em um ambiente superlotado, o que pressupõe, entre outras coisas, demora e desconforto.

Minha preocupação como pesquisadora, tem como ponto de partida estes aspectos observados durante minha permanência no setor, onde identifiquei vários fatores possíveis de gerar desconforto nas pessoas ali atendidas:

- a) o espaço reduzido para acomodar os leitos da sala de observação levam à falta de privacidade, fazendo com que indivíduos desconhecidos sejam obrigados a conviverem bastante próximos;
- b) ao ultrapassar a capacidade de cadeiras na sala de procedimentos, os usuários são acomodados no corredor;
- c) a falta de leitos no hospital faz com que a necessidade de internação resulte em uma permanência mais prolongada no setor, muitas vezes sentado, por mais de um dia;

- d) o número de profissionais que circulam pelo setor é muito grande, por se tratar de um hospital- escola;
- e) o barulho gerado pela grande concentração de pessoas é muito intenso, entre outros.

Deste modo, percebia que todos esses fatores, aliados à condição de um agravamento de saúde, geravam sofrimento ao usuário; porém este mantinha-se passivo, à espera de soluções.

Também me chamavam a atenção as freqüentes críticas, por parte de alguns profissionais, dirigidas aos alunos, por estes darem uma grande ênfase a aspectos subjetivos do usuário na elaboração de seus registros no prontuário. Isto mostrava um atendimento centrado somente na doença, relegando o indivíduo a um segundo plano, menos prioritário.

Do ponto de vista do indivíduo, há que se considerar que a necessidade de permanecer em um serviço de emergência hospitalar, traz consigo todas as implicações inerentes a uma internação. Neste sentido, várias interpretações podem ser realizadas na abordagem deste fenômeno, tendo como foco o usuário da instituição de saúde, e as conseqüências que este poderá sofrer durante este período.

Antunes (1991, p. 163), ao abordar este assunto, faz referência à definição de "paciente", como sendo "...o sofredor resignado, manso, vítima, doente, aquele que recebe a ação praticada por um agente".

Desta forma, o indivíduo ao se tornar "paciente" sofre a ação do disciplinamento médico, predominante nos hospitais contemporâneos. Nesta

perspectiva, o hospital, para o usuário, se configura em um local onde o pleno exercício da cidadania entra em suspensão temporária (Antunes, 1991).

O autor refere ainda que:

“...a devolução dos corpos aos seus próprios donos depende do reconhecimento institucional da cura, único atestado que pode permitir aos ex-pacientes arcarem novamente com seu *status* de cidadão, abalado primeiro pela doença e segundo pelo internamento” (ibidem, p. 165).

Gomes e Fraga (1997) analisam a hospitalização com referencial na psicologia, apontando que os internados são assistidos de uma forma mecânica, em que somente os problemas de ordem biológica recebem atenção. Nestas situações, é comum o indivíduo experimentar sentimentos como medo e ansiedade, porém os problemas de natureza psicológica são ignorados.

Estes fatos, aliados ao rompimento, mesmo que temporário, do convívio familiar e social, somados à permanência em um ambiente desconhecido e superlotado, como é o caso do tema em estudo, podem contribuir para o agravamento de sua condição atual de saúde.

Mas, apesar de todos os aspectos mencionados, podemos encontrar nas representações de usuários do sistema público de saúde, outro modo de compreender o atendimento. Skaba (1997), constatou que é sempre relevante nos depoimentos dos informantes de seu estudo, um sentimento de gratidão com a instituição, por ter sido atendido ali. Há uma capacidade de tolerância muito grande por parte da população usuária, porém “...o que o paciente e os familiares não suportam é o descaso” (ibidem, p. 116) .

Entendo que esta forma do usuário compreender o atendimento reflete a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, gerando grande satisfação ao encontrar uma instituição que lhe abra a porta.

Frente a estas reflexões, várias questões começaram a me causar inquietações como:

- a) como o usuário compreende o atendimento no serviço de emergência?
- b) o fato de se encontrar em um ambiente superlotado o incomoda?
- c) ou será que a garantia do atendimento supera o desconforto?
- d) o fato do serviço de emergência ser integrante de uma instituição que se destina à formação de recursos humanos pode influenciar na compreensão do usuário em relação ao atendimento?

Estas e outras questões me despertaram para a necessidade de buscar respostas em estudos que tivessem se desenvolvido com base nas mesmas preocupações.

Neste sentido, fui em busca de bibliografia que contemplasse além dos aspectos técnicos do atendimento em emergência. Porém, me deparei com a escassez de trabalhos que tivessem o usuário como foco de estudo (Skaba, 1997; Stein, 1998; Coelho, 1999), fato que me levou a refletir sobre a necessidade de realizar uma investigação com esta temática, ou seja, o atendimento em emergência a partir da experiência de quem recebe o atendimento.

Acredito que a importância dada ao atendimento com base em uma abordagem técnica, tem levado a equipe de saúde a ignorar aspectos

subjetivos durante o atendimento. Por outro lado, contribui para isso, a deficiência de nosso sistema de saúde, que, a exemplo do que acontece com o usuário, faz com que os trabalhadores também atuem em condições inadequadas, geradas pela superlotação.

Desta forma, me propus a buscar a compreensão do usuário do serviço de emergência sobre o contexto em que ocorre o seu atendimento, durante a sua passagem pelo serviço, no que se refere ao ambiente e à forma como se dá este atendimento.

2 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

2.1 O alicerce metodológico do estudo

Neste estudo, parto de uma convicção de que a experiência humana somente pode ser definida por quem a vive. Acredito também que o contexto influencia de modo decisivo, resultando na construção de um juízo em relação ao fenômeno experienciado.

O atendimento às necessidades de saúde da população, tem tido como cenário principal as instituições hospitalares, sendo que os serviços de emergência têm se configurado como o meio mais fácil de acesso a esta modalidade de tratamento. Esta procura por assistência à saúde tem resultado em ambientes superlotados nestes setores, provocando nos indivíduos os mais diversos sentimentos, seja relacionado à sua permanência no local, como também à forma como acontece este atendimento.

Com base nestas considerações, optei pela metodologia qualitativa por entender que a mesma adequa-se ao objetivo proposto para a investigação, ou seja, buscar a compreensão que os usuários do Serviço de Emergência em estudo possuem do contexto em que ocorre o atendimento. Neste sentido, foi realizado um tipo de pesquisa qualitativa denominado estudo de caso.

De acordo com Polit e Hungler (1995, p.270),

“A pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador)”.

Por outro lado, esta metodologia pode ser definida também por meio de algumas características, conforme Bogdan e Biklen¹ (citado por Triviños, 1987; Lüdke e André, 1986) descrevem. São elas:

- a) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador o seu principal instrumento;
- b) os dados coletados são descritivos;
- c) o pesquisador preocupa-se mais com o processo do que com o produto;
- d) a análise dos dados tende a seguir um processo indutivo;
- e) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador.

Nesta perspectiva, encontrei no estudo de caso uma categoria de pesquisa adequada para apreender os elementos necessários à sua consecução, pois permitiu um aprofundamento do tema estudado por meio da aproximação com os informantes da pesquisa e também do contexto onde os mesmos estavam inseridos.

Considero importante, como forma de fundamentar esta escolha metodológica, descrever alguns princípios que norteiam o estudo de caso, e que de uma maneira geral se superpõem às características gerais da pesquisa qualitativa (Lüdke e André, 1986):

- a) os estudos de caso visam à descoberta, pois aspectos importantes, e não previstos, podem emergir durante o estudo, levando à melhor compreensão do fenômeno;
- b) enfatizam a interpretação em contexto;

¹ BOGDAN, R. e BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**. Boston, Allyn and Bacon, Inc., 1982.

- c) buscam retratar a realidade de forma completa e profunda;
- d) usam uma variedade de fontes de informação;
- e) revelam experiência vicária e permitem generalizações. Estas dizem respeito à identificação, por parte do leitor, de aspectos encontrados no estudo, semelhantes a alguma experiência pessoal, mesmo em outro contexto;
- f) procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social;
- g) os relatos do estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

2.2 O processo de investigação realizado

2.2.1 O cenário

A investigação se desenvolveu no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Unidade de Emergência Adulto. Por tratar-se de um estudo de caso, o local de realização representou o pano de fundo onde acontece diariamente o atendimento oferecido ao usuário do Serviço.

Nesta perspectiva, o Serviço de Emergência foi contemplado neste estudo em dois momentos. O primeiro momento foi destinado à reconstituição de sua história, no que diz respeito à sua criação e trajetória dentro da instituição. Devido ao fato de não existir material escrito em relação à época de sua criação, lancei mão de relatos orais de vários profissionais.

Em um segundo momento o Serviço é descrito em sua dinâmica atual, em forma de cenário. Para alcançar este objetivo, utilizei como principal

instrumento a observação. Por outro lado, não posso deixar de considerar aspectos apreendidos durante minha permanência no setor como docente. Subsidiando a observação, busquei informações em documentos, mantive diálogos informais com usuários e com diversas categorias de servidores.

2.2.2 A entrada no campo

Por acreditar que a entrada no campo seria responsável por grande parcela do sucesso da investigação a que me propus desenvolver, tive a preocupação de tomar alguns cuidados de natureza ética em relação a esse processo.

Após receber permissão do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para a realização do estudo, enviei correspondência (Anexo A) às chefias médica e de enfermagem do Serviço de Emergência, assim como para a enfermeira-chefe da Unidade de Emergência Adulto, por ser esta a área de abrangência desta pesquisa.

Além disso, solicitei permissão para participar de uma das reuniões das enfermeiras do Serviço, com o intuito de apresentar o projeto de pesquisa. Esta escolha se justifica pelo fato de eu pertencer a esta categoria profissional e fundamentalmente por acreditar que é esta categoria que alicerça o funcionamento da Unidade, tanto pela sua permanência constante, como pelo papel que exerce de elo entre o usuário e as várias categorias que compõem a equipe que atende no Serviço de Emergência.

Minha intervenção ocorreu no início da reunião, onde me apresentei como docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul e como aluna do Curso de Mestrado, já que alguns profissionais não me conheciam. Abordei alguns pontos que considerei pertinentes, sem no entanto fornecer informações excessivas, sem utilidade para os ouvintes.

É importante salientar que estes cuidados tiveram como principal objetivo a minha permanência no campo sem que isto se configurasse em uma "invasão" do espaço de trabalho dos profissionais que atuam no Serviço de Emergência, pois o tipo de metodologia utilizada, o estudo de caso, requer a presença do pesquisador no campo, mais do que em outros tipos de abordagens.

2.2.3 Os informantes

A investigação se desenvolveu com usuários² adultos do Serviço de Emergência. O grupo de participantes foi composto de doze indivíduos, internados no hospital, após terem sido atendidos na unidade de emergência. Foi utilizado como critério de seleção, que os mesmos apresentassem condições, tanto física quanto mentais, de manter um diálogo.

Optou-se por entrevistar os indivíduos fora da Emergência, com a finalidade de buscar a compreensão do evento após o mesmo ter ocorrido. Também subsidiou esta decisão, o fato de que o referido setor não oferece a privacidade necessária para desenvolver este tipo de técnica, além do que poderia provocar um desconforto desnecessário para o informante.

A busca foi operacionalizada em dois momentos, tendo o primeiro ocorrido na Unidade de Emergência e o segundo nas unidades de internação. Como forma de identificar indivíduos procedentes do Serviço, tive o auxílio de

² O usuário, para esta investigação, é definido como o indivíduo portador de alguma necessidade de saúde que recebe atendimento por parte da equipe que atua no Serviço.

enfermeiras que me indicaram indivíduos cuidados por elas e que possuíam o perfil desejado para esta investigação. Também tive a ajuda da gerente administrativa que me ensinou como utilizar um programa no computador para obter a listagem de pacientes internados no hospital, procedentes da Emergência. Esta foi a metodologia mais utilizada para a busca dos informantes.

Tendo em mãos esta listagem, procedia a exclusão de usuários pediátricos, psiquiátricos e aqueles encaminhados ao Centro de Tratamento Intensivo. Desta forma, iniciava a segunda etapa no processo de busca, a qual acontecia nas unidades de internação. Durante este processo, houve a necessidade da exclusão de informantes pelos mais diversos motivos: alta, ausência da unidade para realização de exames, dor, dispnéia, óbito, acuidade auditiva diminuída, desorientação, entre outros.

2.3 Os recursos metodológicos

Para a construção de um estudo de caso, várias fontes de informações devem ser utilizadas como forma de apreender todos os elementos necessários ao aprofundamento da realidade em estudo. Para esta investigação, além das informações verbais e consultas a documentos do Serviço, utilizei as técnicas de observação e entrevista, explanadas a seguir.

2.3.1 A observação

O emprego da técnica de observação permite ao pesquisador um contato direto com a realidade que ele tem como objetivo aprofundar. Sua utilização pode ser justificada com base nas vantagens que proporciona, conforme descrevem Lüdke e André (1986):

- a) a experiência direta é o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno;
- b) o observador utiliza experiências pessoais como auxílio na compreensão e interpretação do fenômeno estudado;
- c) permite que o observador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos;
- d) configura-se em uma técnica útil na impossibilidade de outras formas de comunicação;
- e) permite o descobrimento de aspectos novos do tema estudado.

Com bases nestas considerações, optei por realizar a observação livre (Triviños, 1987). Este processo transcorreu no período de agosto a dezembro de 1999, nos turnos manhã e tarde, sendo que a duração de cada observação variou de trinta minutos a duas horas.

Os contextos observados se referiram àqueles em que acontece o atendimento ao usuário do Serviço, privilegiando sua chegada, bem como a trajetória percorrida no setor. O conteúdo das observações foram descritos imediatamente após a minha saída do local, fato que resultou em períodos pequenos de minha permanência. Havia de minha parte o receio de não conseguir anotar aspectos importantes para o estudo, por ser aquele um

contexto extremamente dinâmico, com a possibilidade de acontecer vários fenômenos naquele período.

2.3.2 A entrevista

Tendo o usuário do Serviço de Emergência como foco deste estudo, os dados necessários para a consecução do objetivo desta investigação foram coletados por meio de entrevista não estruturada. Esta modalidade é definida como aquela "...onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista" (Lüdke e André, 1986, p. 33).

Segundo as mesmas autoras, a utilização desta técnica de coleta de dados, permite uma interação entre o pesquisador e o informante, sendo que ao haver uma aceitação mútua, as informações fluirão de uma forma espontânea (ibidem).

Seguindo esta proposta, as entrevistas foram operacionalizadas obedecendo alguns passos descritos a seguir:

- a) seleção de possíveis informantes de acordo com os critérios preestabelecidos;
- b) convite para participação na pesquisa, explicitando os objetivos da mesma, bem como forma de participação;
- c) solicitação da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo B), conforme proposta de Goldim (1997).

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro (Anexo C), e gravadas em fita cassete, com autorização do informante. Após, foram por mim

transcritas e digitadas, sempre antes de realizar a próxima entrevista, possibilitando desta maneira uma melhor apreensão do conteúdo gravado.

Com o intuito de proporcionar privacidade para a realização das entrevistas, busquei na área física das unidades de internação, algum local que pudesse oferecer tais condições, sendo conseguido na maioria das vezes. Na impossibilidade, entrevistava o informante na beira de seu leito, porém tomando alguns cuidados como obter sua permissão, fechar as cortinas em torno do leito, solicitar que a equipe de atendimento não viesse a interromper, observar que estivesse sozinho, entre outros.

Buscando delimitar o número de informantes necessários para esta fase da investigação, foi utilizado como critério a reincidência de informações (Minayo, 1993). Desta forma, foram realizadas doze entrevistas, visto que a partir da oitava foi observada uma repetição de dados.

2.4 O processo de análise

O procedimento para a análise das informações obtidas seguiu a proposta de interpretação qualitativa de dados, apresentada por Lüdke e André (1986):

a) Construção de um conjunto de categorias descritivas:

A operacionalização desta etapa iniciou com a transcrição das fitas cassete, o que proporcionou uma primeira leitura das informações obtidas. Finalizada a transcrição, procedeu-se a uma leitura exaustiva, com o objetivo de identificar idéias emergentes tomando como base o objetivo do estudo.

Nesta perspectiva, idéias semelhantes foram combinadas para formar conceitos mais abrangentes, que permitissem a formação de categorias analíticas. Desta forma, foram estruturadas cinco categorias, as quais se configuraram no objeto de análise deste estudo. São elas:

- Qualquer coisa, passa na emergência
- Aquela seleção
- Aqui se faz tudo
- Não é nada agradável
- Só tenho a agradecer

b) Da análise para a teorização:

Nesta fase, se fez necessário um aprofundamento do tema escolhido para a investigação, com a finalidade de ultrapassar a simples descrição dos dados obtidos. Para tanto, foram buscados na literatura pertinente, assim como em minha observação, subsídios para chegar ao estabelecimento de conexões e relações que possibilitassem novas explicações e interpretações sobre o tema em estudo, procurando desta maneira acrescentar novos elementos à discussão já existente sobre o assunto focalizado.

Durante este processo, tanto os informantes, quanto os profissionais por eles citados, tiveram seus nomes substituídos por nomes fictícios, como forma de preservar a privacidade de ambos.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Aqui, pretendo contar um pouco da história do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local onde foi realizada a presente investigação, descrevendo sua criação dentro de um hospital público, como forma de contemplar sua evolução através dos tempos.

Em decorrência da inexistência de uma publicação prévia sobre o assunto, este capítulo foi elaborado a partir de consultas a diversas fontes. Foram utilizados como referência documentos da instituição (relatórios de chefias, relatórios de auditoria, relatórios de grupos de trabalho, rotinas, planejamentos, etc), jornais, informações verbais de diversos profissionais³ que de alguma maneira fizeram ou ainda fazem parte deste serviço. Com a colaboração destes profissionais foi possível reconstruir, a partir de fragmentos, a história viva da Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Cabe salientar que não é minha intenção abordar este assunto de uma forma exaustiva, visto que este relato tem como principal objetivo apresentar o local onde foi realizado o estudo, no que diz respeito à sua história.

³ Dr. Carlos Alberto Ribeiro, Prof^a. Enf^a. Sandra Mendes, Prof^a. Enf^a. Vera C. Portella, Enf^a. Ninon G. Rosa, Enf^a. Oneide Stochero.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foi criado em 02 de setembro de 1970 pela Lei 5.604, assinada pelo então presidente da República, Emílio Garrastazu Médici, tornando o HCPA uma Empresa Pública de Direito Privado, vinculado ao Ministério da Educação. Sua criação teve como objetivo ser o hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Assim, desde o início a assistência, o ensino e a pesquisa conviveram na instituição, onde cada uma destas atividades ajudava a fortalecer e consolidar as demais (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1996; Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1997).

Em 1971, o HCPA, com o prédio ainda inacabado, abre suas portas para oferecer serviços assistenciais à comunidade gaúcha. No início, somente alguns serviços foram oferecidos, como o ambulatório, com 43 consultórios, que iniciou suas atividades em fevereiro de 1972, bem como a unidade de internação do quarto andar, aberta em maio do mesmo ano. Após, gradualmente outros serviços foram sendo colocados em funcionamento, com a inauguração de novas unidades de internação e ambulatórios, Bloco Cirúrgico, Centro de Material Esterilizado, entre outros (ibidem).

O atendimento prestado pelo hospital baseava-se no modelo de saúde vigente na época, que era o de oferecer tratamento unicamente aos contribuintes da Previdência Social e seus beneficiários diretos, com exclusão do restante da população que se encontrava fora das relações formais de trabalho (Ribeiro, 1993). Cabia aos hospitais beneficentes o atendimento a esta parcela da população, composta por indivíduos denominados de indigentes.

O usuário, ao procurar por atendimento no HCPA, passava por uma espécie de triagem por meio de uma entrevista com uma Assistente Social, onde, dependendo de sua condição sócio-econômica, era classificado em uma determinada categoria de pagamento por consulta ambulatorial, sendo fornecida uma carteira de usuário. Havia uma categoria que isentava o usuário de pagamento. Só após submeter o usuário a esta classificação, era agendada sua consulta. Percebe-se então, que mesmo os contribuintes da Previdência Social não possuíam atendimento gratuito, ao contrário do que ocorre hoje.

Transcorridos alguns anos de sua inauguração, aproximadamente em 1974, o hospital começa a apresentar alguns problemas oriundos do aumento da demanda de usuários por atendimento, que agora não procuravam a instituição somente para consultas ambulatoriais, mas também pela necessidade de tratamento de quadros mais agudos, culminando, algumas vezes, na necessidade de internação em leito hospitalar. Os usuários, oriundos de postos de atendimento da comunidade, eram recebidos em uma área na parte térrea do hospital, que funcionava como um setor de admissão, possuindo em sua estrutura física local para ambulância e maca. Ali, eram avaliados por médicos residentes⁴ que decidiam se havia a indicação de internação e em que local isso ocorreria.

⁴ A residência médica é um programa de treinamento que é oferecida após a graduação, cujo enfoque é o ensino teórico-prático nas diversas especialidades médicas.

Esta forma de atendimento começava então, a enfrentar situações adversas, pois com o aumento da procura por pessoas com quadros mais graves era preciso um suporte técnico, tanto médico e de enfermagem, quanto de equipamentos necessários para este tipo de tratamento. Quando havia indicação de internação coincidindo com a falta de leito em unidade de internação, o usuário permanecia aguardando na sala de recuperação do Centro de Cirurgia Ambulatorial (CCA), provocando uma descaracterização do serviço. Apesar da instituição não ter previsto em seu planejamento um setor para este tipo de atendimento, era fundamental que houvesse uma reformulação de prioridades, pois a sociedade ao poucos começava a lhe cobrar este papel.

Desta forma, no final do ano de 1975, foi criado no CCA um local para atendimentos de emergência. Já existiam, nesta área, quatro consultórios destinados à realização de procedimentos, os quais foram agregados para atender aos novos propósitos, sendo então denominados consultórios de emergência. Além destes, faziam parte da estrutura física uma pequena sala de observação⁵ com quatro leitos, macas e cadeiras, sendo que quando havia excesso de pessoas, estas permaneciam em uma sala de espera sentadas.

⁵ Área destinada à permanência do doente até a estabilização do quadro clínico.

O atendimento era realizado nas vinte e quatro horas, por uma equipe de enfermagem e por médicos residentes que mais tarde foram contratados através de concurso. A forma de acesso às consultas acontecia de forma semelhante ao ambulatório, com o pagamento efetuado com base na classificação sócio-econômica constante da carteira do usuário. Como o atendimento se caracterizava pelo imediatismo, o usuário que não possuísse carteira, e portanto não estava previamente cadastrado no hospital, pagava o valor máximo estipulado. Cabe ressaltar que nesta época a emergência não era definida como setor ou serviço, pois a mesma se configurava em um apêndice do CCA. Seu objetivo principal se concentrava em atender urgências e emergências de usuários adultos, bem com avaliar os encaminhamentos com indicação de internação. O atendimento a clientes pediátricos era realizado em outra área física do hospital, próximo ao ambulatório de puericultura e pediatria, sendo que o mesmo ocorria com a ginecologia e obstetrícia.

O atendimento permaneceu neste modelo e nesta estrutura física em torno de uma década. Porém, o crescente aumento da demanda e a conseqüente abreviatura do espaço físico, provocaram o surgimento de novos enfrentamentos para aqueles que lá prestavam assistência à população. Desta maneira, a Emergência, que configurava-se como um anexo do Centro de Cirurgia Ambulatorial, começava a provocar interferências no funcionamento daquele serviço. O fenômeno da superlotação começava a nascer, e a unidade passava a atender em situações adversas, com tentativas de aumento de leitos em sala de observação, sem que isso mudasse aquela realidade.

A freqüência com que este tipo de problema ocorria e os transtornos que acarretava, fez com que a Administração do hospital, no início da década de 80, começasse a pensar na emergência como um serviço, em área própria para este fim e com base em um planejamento que atendesse as necessidades da época. Foi então criado um grupo de trabalho multidisciplinar, com o objetivo de discutir aspectos referentes à área física, forma de funcionamento, recursos humanos, recursos materiais e outros, que permitissem a construção do serviço que iria solucionar os problemas pertinentes ao atendimento de emergência na instituição.

Desta forma, em 09 de setembro de 1987, foi criado o Serviço de Emergência, que além de ocupar uma estrutura física própria para este fim, congregava atendimentos na área da pediatria, cirurgia, clínica e ginecologia, que até então funcionavam separadamente dentro da instituição.

Originariamente a estrutura física era composta por uma sala de observação pediátrica (SOP) com oito leitos, uma sala de observação de adultos (SOA) com doze leitos, uma sala pequena para realização de procedimentos simples (nebulização, pequenos curativos, medicações,...) em adultos, área destinada à triagem, dez consultórios, sala de aula, área administrativa, sala da chefia da unidade, sala de descanso, sala de lanche, rouparia, almoxarifado, banheiros para funcionários, banheiros para usuários.

Quanto aos recursos humanos, o serviço contava com profissionais de enfermagem, serviço social, nutrição, médicos, auxiliares de registros médicos (secretárias), serviços gerais (mensageiros e vigilantes), higienização e um

funcionário do serviço de patologia clínica que realizava coletas de sangue (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1989).

Desta forma, nascia dentro da instituição uma nova era no atendimento às situações agudas de saúde da população. Os usuários procuravam o serviço por livre iniciativa, porém a estrutura que se criara era suficiente para proporcionar tratamento de qualidade. Os leitos da sala de observação não eram ocupados em sua totalidade, mesmo com aqueles casos de pessoas que aguardavam por exames ou por leito em unidade de internação. Dentro daquela área física o serviço conseguia manter um controle adequado da demanda, pois naquela época havia maior número de leitos hospitalares na cidade, sendo possível efetuar transferências de usuários para outros hospitais.

O acesso dos usuários ao serviço era organizado por meio de um sistema de triagem, definido por Estrada⁶ citado por Magalhães et al (1989, p. 183), como:

“...o processo pelo qual os pacientes são avaliados ao chegarem a uma instituição de assistência de saúde, para determinar a urgência de seu problema e estabelecer o local apropriado onde possam receber esta assistência”.

Desta maneira, a triagem acontecia em dois momentos, denominados de primeira e segunda triagem. A primeira triagem era realizada por recepcionistas ou secretárias treinadas para manter o primeiro contato com o usuário, avaliando a possibilidade de atendimento de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço. A segunda triagem era realizada por um membro

⁶ ESTRADA, E. G. Sistemas de triagem. *Clínicas de Enfermagem da América do Norte*. Rio de Janeiro, 1981. 16: 13-23.

da equipe de saúde, segundo os conceitos de emergência técnica⁷ e emergência do paciente⁸.

A implantação deste sistema de triagem teve como principal objetivo garantir o acesso dos usuários ao serviço, porém assegurando prioridade de atendimento aos casos de saúde característicos de situações de emergência (Magalhães et al, 1989). Para que este processo pudesse acontecer de forma efetiva, e para orientar principalmente quem procedia a primeira triagem, foram estabelecidos critérios de atendimento, delimitando os casos que não seriam atendidos naquele setor, a saber: intoxicações ou envenenamento por mordidas ou picada de animais, traumatismos ortopédicos, emergências oftalmológicas, queimaduras, dependência ao álcool e a drogas, emergências neurocirúrgicas (Magalhães et al, 1989; Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1989).

Cabe esclarecer que ainda nesta estrutura, a cobrança de consultas aos usuários permaneceu até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Brasileira de 1988. O SUS trazia então, uma característica fundamental que era a universalização do atendimento (Castelar, 1995), isto é, a garantia de atendimento de saúde à população independente da existência de vínculo trabalhista.

⁷ Situação de saúde, avaliada por profissional habilitado, que requer atendimento imediato.

⁸ Situação de saúde percebida pelo indivíduo como merecedora de atendimento imediato, podendo ou não coincidir com a avaliação do profissional.

Esta situação de atendimento satisfatório à demanda, teve uma duração de aproximadamente três anos, quando então os mesmos problemas de aumento da procura por atendimentos, já ocorridos anteriormente na estrutura do CCA, começavam a surgir cada vez com mais intensidade. Os leitos da sala de observação de adultos (SOA) já não eram suficientes, assim como o número de cadeiras existentes na pequena sala de procedimentos, sendo necessária a colocação de mais cadeiras no corredor. Como havia um consenso entre a equipe, de não aumentar o número de leitos da SOA, cada vez que havia a necessidade do usuário permanecer deitado, este era colocado em maca na área de acesso aos consultórios, fazendo com que muitas vezes houvesse mais pessoas sendo atendidas no corredor do que na SOA.

Este fato teve forte repercussão na imprensa, como mostra a transcrição de trechos publicados na época sobre o assunto: o Jornal Correio do Povo (1994), diz que "...no Hospital de Clínicas, os 12 leitos da emergência estão ocupados e dez macas foram postas no corredor para os casos mais graves".

No Jornal Zero Hora (1994) encontramos que:

"...a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre está atendendo com lotação de 80 a 100% superior a sua capacidade. Na manhã de ontem, 71 pessoas recebiam assistência no setor, estruturado para atender apenas 40 pacientes simultaneamente. A cada dia diminuem as opções para a população carente da Capital e Região Metropolitana".

Da mesma forma, o Jornal da Associação Médica do Rio Grande do Sul (1994) noticia que:

“...uma placa no hall do setor de emergência do Hospital de Clínicas adverte: emergência lotada. Porta aberta, a primeira imagem lembra cenas de enfermaria de guerra. As macas tomam conta dos corredores transformando a sala de pequenos procedimentos e a sala de observação em um único ambiente”.

Diante desta realidade, o Serviço entendia que eram necessárias estratégias urgentes, como forma de diminuir o sofrimento humano de quem dependia da instituição para se tratar. Neste sentido, foi tomada a decisão de que as macas até então localizadas provisoriamente nos corredores, seriam distribuídas na sala de observação. Desta maneira, o Serviço tentava cumprir com seu papel assistencial, mesmo que em condições adversas, pois um ambiente projetado para doze leitos chegava a ser ocupado com o triplo de sua capacidade.

Toda esta situação começava a refletir uma crise que se iniciava no SUS, sendo que as emergências que representavam a porta de entrada para o sistema, eram as primeiras a sofrer com o aumento de demanda. Uma das causas apontadas pelo serviço, se referia ao fato de que aproximadamente 70% da demanda não se configurava como casos de emergência, sendo que o motivo de procura era resultado de ansiedade em consultar um médico com brevidade, falta de alternativa de atendimento na rede básica ambulatorial e também pela cultura que se criou de que as emergências estão sempre disponíveis, sendo a solução para tudo (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1993).

Porém, alguns fatores internos à instituição se somavam à crise externa, acentuando o fenômeno da superlotação que passava a ocorrer rotineiramente. No período de 1989 a 1992 houve um aumento expressivo da clientela

atendida no ambulatório do hospital, provocando uma maior competição com a emergência pela procura de leitos, gerando também um maior número de usuários para a própria emergência (Ribeiro et al, [1994]). Tal fato foi evidenciado por levantamento de atendimentos realizado nos meses de março e abril de 1993, pelo Serviço de Emergência, constatando-se que:

“...cerca de 55% dos pacientes que acessaram à sala de observação já eram previamente cadastrados no Hospital de Clínicas, ou seja CLIENTES ORIUNDOS DOS PRÓPRIOS SERVIÇOS DA INSTITUIÇÃO (sic)” (Ribeiro et al, [1994]).

Ainda de acordo com estes autores, mesmo havendo um período de estabilização do número de atendimentos em um período de três anos, a complexidade e a gravidade dos casos atendidos, com a conseqüente indicação de internação, aumentavam. Em contrapartida não havia a correspondente oferta de leitos, justificando a necessidade do usuário permanecer internado na sala de observação, nos corredores e nos consultórios da emergência aguardando vaga.

Cabe esclarecer que a sala de observação tinha como objetivo tratar casos agudos até a estabilização do quadro clínico, mantendo alta rotatividade e baixa permanência (um a dois dias), para posterior transferência interna ou alta hospitalar do usuário (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1994). Desta forma, a dificuldade de se efetivar a alta do usuário da emergência resultava no acúmulo de pessoas nos mais diversos locais do setor.

Da mesma forma, a sala de procedimentos de adultos, planejada para um atendimento rápido em um prazo máximo de 24 horas⁹, passava a sofrer uma descaracterização na sua proposta original, pois constantemente havia a necessidade do usuário permanecer naquele local por período superior ao citado, devido à inexistência de leito na sala de observação ou pela falta de leito em unidades de internação.

Além destes fatores, outros podem ser pontuados que contribuíram igualmente para a superlotação, como o fato da instituição ter se tornado ao longo dos anos, centro de referência para tratamento de diversas especialidades, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), doenças oncológicas, vários tipos de transplantes (medula óssea, renal, hepático,...). São usuários de maior complexidade em termos de tratamento e permanência e que quando apresentam alguma intercorrência, procuram por atendimento na Emergência.

Diante desta realidade, o Serviço de Emergência começava a perceber a necessidade de lançar mão de estratégias internas para adaptar-se à crise na saúde, que não acenava com a possibilidade de ser solucionada a curto prazo. Desta forma, ao longo dos anos, algumas medidas foram tomadas pela instituição e pelo Serviço, com o objetivo de adequar o atendimento de acordo com a demanda, como também de manter a qualidade do atendimento dentro dos padrões almejados pelo Serviço. São elas:

- a) criação do ambulatório de Pronto Atendimento, destinado a absorver parte da demanda do Serviço de Emergência, especialmente

⁹ A permanência do usuário em tratamento em uma instituição por um período superior a 24 horas configura internação hospitalar.

usuários que apresentem uma condição aguda de saúde, porém sem caracterizar-se em emergência técnica;

- b) aumento do quadro funcional;
- c) aumento do número de leitos em sala de observação, com inclusão de macas;
- d) aumento da sala de procedimentos de adultos e criação da sala de procedimentos pediátrica;
- e) criação de área destinada à realização de exames radiológicos e reestruturação de um consultório para realização de coletas de sangue, com o objetivo de agilizar o processo de diagnóstico.

Além das medidas citadas, várias outras alternativas permanecem em discussão pela equipe que atua no Serviço de Emergência, pois a superlotação continua até hoje sendo um desafio diário. Isto requer, por parte do conjunto de trabalhadores e administradores da instituição, um constante redimensionamento de recursos materiais e humanos para adequarem-se a esta realidade, buscando satisfazer as necessidades imediatas apresentadas pelos usuários.

4 O CENÁRIO DO ESTUDO

4.1 Apresentação

O Serviço de Emergência, descrito anteriormente em seus aspectos históricos, passa agora a ser contextualizado em sua dinâmica de funcionamento, com todas as particularidades que lhe são inerentes, tornando-o um serviço único, que embora conviva com os mesmos problemas de outras emergências, possui uma identidade própria, criada a partir da singularidade das pessoas que ali trabalham e dos usuários que utilizam o serviço para suprirem as mais diversas necessidades de saúde. Além das pessoas e suas relações, fazem parte do contexto a estrutura física e os recursos tecnológicos disponíveis, que certamente influenciam no produto final, qual seja, o atendimento oferecido e sua qualidade.

Sendo o usuário do Serviço de Emergência o foco deste estudo, o presente capítulo foi idealizado com a finalidade de descrever o pano de fundo onde se desenvolve o atendimento. Nesta perspectiva, inicio aqui a narrar o produto desta busca, tentando reconstituir, a partir de minha ótica, o funcionamento do Serviço estudado.

4.2 Caracterização do Serviço

O Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) possui uma área de 1.046 m² e encontra-se situado no andar térreo da ala norte, na parte frontal da instituição (Piva et al, 1996). Foi inaugurado em

1987, devido ao aumento da demanda de usuários na rede hospitalar, marcadamente na década de 80. Tem como finalidade o "...atendimento de casos de emergência que necessitem uma avaliação médica imediata ou se caracterizem como risco de vida ao paciente" (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1989). Propõe-se ao atendimento de adultos e crianças nas mais diversas áreas, excetuando-se casos de: hemorragia por ferimento corto contuso, politraumatismos, queimaduras, picada e mordedura ou envenenamento por animais, urgências psiquiátricas, problemas otorrinolaringológicos e oftálmicos, ortopedia, dermatologia, cirurgia infantil.

Apesar de possuir um objetivo fundamental, qual seja o atendimento às situações agudas de saúde, há uma década vem tentando se adaptar ao crescente aumento da demanda e à conseqüente superlotação, causada principalmente pela procura exagerada por consultas pelos mais diversos motivos, levando a uma descaracterização do Serviço. No ano de 1999, foram atendidos no Serviço 2798 usuários adultos (informação verbal), mostrando um declínio em relação ao ano de 1998, quando foram atendidos 3019 (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1998), porém mantém ainda um número bastante elevado de atendimentos, além da capacidade ideal.

De acordo com Piva et al (1996) os usuários do Serviço de Emergência se originam de vários locais, a saber: ambulatório de especialidades do HCPA; serviço de pronto-atendimento; pacientes referidos de outros serviços, como postos de saúde; demanda espontânea, motivada pela escassez de atendimento em outras instituições, sendo esta parcela responsável por 50% das consultas realizadas no Serviço.

Quanto ao local de procedência dos usuários, constatou-se por meio de uma pesquisa no Serviço, que 60% residiam em Porto Alegre; 23% provinham da Grande Porto Alegre e 17% procediam do interior do Estado (Piva et al, 1996).

Do ponto de vista de estrutura física, o Serviço possui uma área onde ocorrem os diversos tipos de atendimento ao usuário e uma área que caracterizo como sendo de apoio ou complementar, pois é composta por ambientes que propiciam o adequado funcionamento da unidade. Esta última é composta por estar médico, sala de lanches, dormitório para os médicos plantonistas, rouparia, sub-almojarifado, sala de aula com capacidade para 20 alunos, sala da Assistente Social, sala da chefia de enfermagem, sanitários para funcionários, área administrativa destinada ao faturamento e uma área para prescrição e discussão dos casos em atendimento. Com o objetivo de agilizar a realização e resultados de exames diagnósticos, foram criados dentro da unidade um local para coleta de sangue para análise laboratorial e uma área própria para exames radiológicos e ecográficos. Estas medidas resultaram em um abreviamento do tempo de permanência do usuário, principalmente naqueles casos que dependiam de resultados de exames complementares para efetivar alta do setor.

Para o atendimento pediátrico, a unidade conta com uma sala de triagem, uma sala de procedimentos com sanitário, três consultórios, posto de enfermagem e uma sala de observação com sete leitos e um box para intervenções de emergência. Em todas as salas, a mãe ou responsável pode permanecer com a criança.

4.3 Recursos humanos

O atendimento no Serviço de Emergência é realizado por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais da área médica, de enfermagem, administrativa e de apoio, atuando nas 24 horas do dia.

Especificamente na Unidade de Emergência Adulto atuam três equipes médicas, desenvolvendo atividades assistenciais nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica e ginecologia. São constituídas por professores da Faculdade de Medicina da UFRGS, médicos contratados, médicos residentes de 1º, 2º e 3º ano, doutorandos¹⁰ e acadêmicos (Piva et al, 1996).

O atendimento clínico é realizado por três médicos contratados, residentes de 1º, 2º e 3º ano e doutorandos em número variável durante as 24 horas.

A equipe cirúrgica é composta por dois médicos contratados, três médicos residentes de 1º, 2º e 3º ano e um doutorando, durante o dia; no período da noite atuam um médico contratado e dois médicos residentes. Esta equipe atua também na Unidade de Bloco Cirúrgico, atendendo os casos cirúrgicos de usuários da Emergência.

Quanto ao atendimento em ginecologia, este é efetuado por um médico contratado nas 24 horas, residentes e doutorandos em número variável, sendo que esta equipe, diferentemente das outras, realiza atendimento tanto na Unidade de Emergência quanto no Centro Obstétrico, localizado no 12º andar do hospital.

¹⁰ Denominação dada ao aluno do último ano do curso de medicina.

Quanto à dinâmica de funcionamento, o atendimento médico, no Serviço de Emergência, procura trabalhar em conexão com os diversos Serviços de especialidades médicas do Hospital, pois muitos usuários são provenientes do ambulatório, havendo necessidade da continuidade no acompanhamento de seus problemas de saúde, mesmo na fase aguda. Além desta estratégia, freqüentemente é buscado o auxílio de consultorias das várias especialidades para subsidiar as condutas que a equipe irá tomar quanto à forma de tratamento dos usuários.

A equipe de enfermagem da Unidade de Emergência Adulto é constituída por 43 profissionais, sendo nove enfermeiras¹¹ e 34 técnicos de enfermagem, distribuídos nas 24 horas de atendimento. No período da manhã trabalham quatro enfermeiras e oito técnicos de enfermagem; à tarde, três enfermeiras e oito técnicos de enfermagem e à noite, duas enfermeiras e um número que varia de cinco a sete técnicos de enfermagem. Atuam também no Serviço, professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, além de acadêmicos de enfermagem em atividades curriculares e extracurriculares. Desta maneira o Serviço contempla, além da assistência, atividades de ensino e pesquisa, inerentes ao papel de um hospital-escola.

¹¹ A utilização da palavra no sexo feminino é devido à grande predominância de mulheres na profissão.

Como forma de complementar e facilitar a atividade de assistência à saúde, o Serviço conta com profissionais da área administrativa, assistente social, uma equipe do Serviço de Nutrição e Dietética, coletador, técnico em radiologia, radiologista, profissionais do Serviço de Segurança e profissionais do Serviço de Higienização.

É interessante observar que além de um elevado número de usuários em atendimento, ainda poderão ser encontrados pelo menos 40 profissionais das mais diversas categorias circulando na unidade, compondo o contexto de superlotação. Sabe-se da importância da manutenção de um número elevado de profissionais para dar conta da demanda de atendimento, porém o fato da Emergência estar inserida em uma instituição que visa a formação de recursos humanos, contribui para tornar o ambiente tumultuado.

Do ponto de vista de estrutura organizacional, o Serviço possui uma chefia médica, constituída por um professor da Faculdade de Medicina e um assessor médico; uma chefia de enfermagem exercida por um professor e um enfermeiro assistente da Escola de Enfermagem, e duas chefias de unidade (pediátrica e adulto); uma chefia administrativa. A sistemática de funcionamento da unidade do ponto de vista administrativo, assistencial e acadêmico é definida por estas chefias, que reúnem-se quinzenalmente, na forma de Colegiado.

4.4 Acesso e trajetória do usuário no Serviço

O usuário, ao procurar o Serviço de Emergência, obrigatoriamente passará por vários momentos até garantir seu acesso ao atendimento. Da

mesma maneira, fará um trajeto nos vários ambientes da unidade, dependendo de sua necessidade. Neste sentido, esta seção foi idealizada com a finalidade de descrever esta trajetória, contemplando com isto a área física destinada ao atendimento e a forma como se dá este acesso.

Na parte frontal da unidade há uma sala de espera comum para adultos e crianças com capacidade para 30 pessoas sentadas, com sanitários feminino e masculino. Possui uma estrutura de vidro que a separa da parte externa da instituição, permitindo desta maneira que as pessoas que transitam na frente do hospital tenham acesso visual a este ambiente. As pessoas que ali passam não demonstram curiosidade pelo que acontece lá dentro, mesmo sendo este setor o mais polemizado pela imprensa e pela sociedade, pois com o passar dos anos as Emergências transformaram-se em locais onde a população costuma procurar, rotineiramente, por consultas médicas eletivas. No interior desta sala, pessoas conversam, olham uma televisão localizada em um suporte, falam no telefone celular, entre outras coisas, caracterizando um ambiente de muita tranqüilidade.

A porta de acesso à sala de espera permanece fechada, sendo que no lado de fora encontra-se um ou dois funcionários do Serviço de Segurança. Ali, eles desempenham a função de conversar com as pessoas que procuram a emergência, perguntando sobre o motivo da procura. De acordo com o motivo, o funcionário toma uma conduta que poderá ser a permissão de ir até o guichê de marcação de consultas ou a informação de onde procurar pelo atendimento desejado. Deste modo, a conduta é tomada pelo segurança, de acordo com os

critérios preestabelecidos pelo Serviço, mas também contribui para a sua decisão o conceito leigo que ele possui de gravidade.

Ao ser questionado, um dos seguranças responde que emergência são casos de asma, crise convulsiva, inconsciência, sendo que na ocorrência destes, o usuário é encaminhado diretamente para a enfermeira da triagem. Ao contrário destes, cita como exemplo de motivo que não necessita consultar no setor, "manchas na pele", orientando a procura de consulta em outro lugar. É importante ressaltar que em nenhum caso é negado o atendimento, pois se houver insistência do usuário, a este é permitido entrar no setor. Durante observação, percebi que a maioria das pessoas acatam as orientações recebidas pelo segurança, não sendo presenciado nenhum caso de inconformidade.

Observo que, além da função de orientar usuários do serviço, os seguranças acabam prestando as mais variadas informações, pois é comum pessoas indagando sobre onde se vende mamadeira, onde se localiza o banco, entre outras coisas.

Todo este processo observado na entrada do serviço, pode ser caracterizado como sendo um sistema de triagem, no qual indivíduos que não são profissionais da saúde, e que possuem um nível de conhecimento, provavelmente semelhante ao das pessoas que procuram atendimento, decidem sobre o melhor encaminhamento para cada caso.

A necessidade de manter um segurança na entrada do Serviço surgiu pela primeira vez em 1996, devido a intensa demanda de usuários e a constante lotação do Serviço. Foi então tomada a decisão de que na ocorrência

de pronto-atendimento. Quando há dúvida no encaminhamento, o usuário é encaminhado para avaliação pela enfermeira, assim como quadros avaliados como merecedores de atendimento imediato. Tanto para uma modalidade de atendimento, quanto para outra, é confeccionado um boletim de atendimento, onde constam dados de identificação do usuário, assim como há um espaço disponível para anotações por parte da equipe de saúde. Para atendimento dentro do Serviço de Emergência, este formulário só é emitido após avaliação e autorização da enfermeira.

Este tipo de procedimento nem sempre foi uma prática no Serviço, pois nos primeiros anos de funcionamento da unidade, todas as pessoas que procuravam por atendimento, conseguiam acessá-lo; não haviam restrições impostas justificadas pelo excesso de demanda, como há atualmente. Desta maneira, a função da recepcionista se limitava em emitir o boletim de atendimento e encaminhar o usuário para a triagem técnica.

Aqui, mais uma vez pode ser identificado um sistema de triagem, dessa vez realizado por pessoal da área administrativa, baseado em conhecimentos adquiridos na vivência diária. Desta forma, o usuário que chega ao guichê de marcação de consultas é submetido à "segunda triagem", para que seja decidido, ainda que parcialmente, qual será seu destino. Após esta etapa, o mesmo é encaminhado para o interior do Serviço, onde um vigilante controla o fluxo de pessoas em uma porta que permanece fechada, não havendo acesso visual para aqueles que estão na sala de espera.

A sala de triagem de adultos se caracteriza por ser um ambiente relativamente pequeno, possuindo dois sanitários, três bancos de madeira com

capacidade para acomodar quatro pessoas em cada um, uma mesa para colocação de boletins de atendimento e outros materiais. Na parede há três aparelhos de medir a pressão arterial, havendo também um cartaz onde consta: *Solicitamos a colaboração de todos: os pacientes serão atendidos por ordem de gravidade e, após, ordem de chegada.* Deste modo percebe-se a disposição do Serviço em atender além de emergências, outro casos avaliados como não-agudos.

Este local tem comunicação com uma área destinada à entrada de ambulância ou carros particulares, sendo que na ocorrência destes casos, o usuário é avaliado no próprio veículo pela equipe de saúde, não necessitando ir até a recepção previamente.

Este setor, como já foi mencionado, é responsável pela avaliação de saúde do usuário, atribuição operacionalizada pela equipe de enfermagem, com a assessoria médica quando necessário. A avaliação inicialmente consiste na verificação dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória), realizada por um técnico de enfermagem. Após, a enfermeira dá continuidade à avaliação que tem como base os dados coletados anteriormente, um exame físico sumário e uma breve entrevista que tem como foco o motivo de busca ao Serviço.

A avaliação realizada nesta etapa, pode ser identificada como a “terceira triagem” a que o usuário é submetido. Esta caracteriza-se por ser uma triagem técnica, que utiliza como instrumento o conhecimento científico da equipe de saúde. Neste sistema, são utilizados critérios que tomam como base a gravidade da situação de saúde do indivíduo, em que o atendimento poderá ser

classificado como de emergência¹², urgência¹³ e não-urgência¹⁴ (Rogers et al, 1992). Desta forma, é priorizado o atendimento às situações agudas, onde é necessária uma intervenção rápida no sentido de diminuir o risco de vida.

Somente nesta etapa há a decisão definitiva do destino do usuário, seja para o próprio Serviço, para o ambulatório de pronto-atendimento ou até mesmo para outros recursos de saúde da comunidade.

O usuário que permanece no Serviço é, então, encaminhado para uma avaliação médica em um dos consultórios. Estes, localizam-se logo após o hall que dá acesso à triagem pediátrica e de adultos, em um amplo corredor, sendo em número de nove consultórios. Basicamente, o consultório possui uma mesa com cadeiras para o médico e o usuário, e uma maca para exames. Nos últimos anos, estes ambientes têm sido utilizados para outros fins, que não a consulta médica, como internação de indivíduos que necessitam de isolamento, pois na unidade há somente um quarto com estas características; pessoas em atendimento na sala de procedimentos aguardando leito na sala de observação ou nas unidades do hospital, e sem condições físicas de permanecer sentadas. Esta realidade tem ocasionado uma ocupação média de três consultórios por dia para este fim, resultando no abreviamento do espaço físico para atender indivíduos procedentes da triagem.

Após a avaliação médica, o destino do usuário poderá ser o retorno à comunidade, à sala de procedimentos ou à sala de observação. Como apoio

¹² Situação de saúde em que há necessidade de tratamento e/ou avaliação imediatos.

¹³ Situação de saúde em que há necessidade de intervenção e/ou avaliação em 20 minutos a duas horas.

¹⁴ Condições não-agudas, as quais devem ser encaminhadas a um ambulatório de pronto atendimento.

diagnóstico, o Serviço possui dentro de sua área física um setor de radiologia e uma sala para coleta de exames laboratoriais. A criação destes setores proporcionou maior agilidade no diagnóstico médico, uma vez que o usuário não necessita mais se deslocar da unidade para realização destes exames. Além disso, trouxe conforto no sentido da diminuição do tempo de espera, pois o atendimento é exclusivo para usuários do Serviço.

A sala de procedimentos de adultos (SPA) e a sala de observação de adultos (SOA) localizam-se no final do corredor dos consultórios, na área mais interna da unidade. Ambas são bastante próximas, e este fato, devido à superlotação, faz com que indivíduos que estão sendo atendidos na SPA “quase” invadam a entrada da SOA.

A SPA é uma área que pertence ao atendimento de usuários externos do Serviço de Emergência. Visa o atendimento de indivíduos que necessitam de procedimentos de menor complexidade para obter rápida resolução de seu estado clínico, evitando a internação hospitalar. Para tanto, considera-se que a permanência neste setor não se configura em internação, devendo os usuários permanecerem por um tempo máximo de um ou dois turnos de seis horas (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 1994).

Caracteriza-se como sendo um ambiente relativamente pequeno, em L, composta por doze cadeiras fixas e armários para guarda de material na parte maior, e duas mesas para uso dos profissionais na parte menor, destinada ao manuseio dos boletins de atendimento e uso do computador; os sanitários localizam-se no corredor em frente. Este mesmo corredor se configura no único acesso de pessoas em situação de emergência, que chegam em ambulâncias

ou carros no Serviço, já mencionado anteriormente, assim como é caminho para o setor de radiologia. Isso tem gerado transtornos, tanto pela grande ocupação deste local por usuários que excedem as acomodações da SPA, como pelo trânsito de profissionais e usuários que se dirigem à radiologia.

Nos últimos anos, tem se tornado rotina a permanência de usuários da SPA no corredor, sentados em cadeiras comuns ou em cadeiras de rodas, pois em um local projetado para atender doze pessoas, hoje é comum encontrarmos até 40 pessoas. Da mesma maneira, a média de permanência tem sido de dois dias (informação verbal) em um setor que originariamente previa que esse período devesse ser inferior a 24 horas. Este fato corrobora para a descaracterização do Serviço, pois os usuários estão sendo internados em um setor não planejado para este fim.

Nesta perspectiva, o atendimento na SPA tem se efetivado de diversas formas, desde aquela mais elementar para a qual foi planejada, até outras mais complexas concernentes a uma internação hospitalar. Assim, dependendo da necessidade e da capacidade de acomodação em outros setores, o indivíduo poderá ter alta para a comunidade, internar na sala de observação da unidade ou em um leito na unidade de internação para dar continuidade a seu tratamento.

A sala de observação de adultos (SOA) destina-se à internação de indivíduos com comprometimento agudo com a finalidade de permanecerem em observação até a estabilização de seu quadro clínico para posterior transferência interna ou alta hospitalar, sendo que a média de permanência deve ser de um a dois dias, permitindo alta rotatividade (Hospital de Clínicas de

ou carros no Serviço, já mencionado anteriormente, assim como é caminho para o setor de radiologia. Isso tem gerado transtornos, tanto pela grande ocupação deste local por usuários que excedem as acomodações da SPA, como pelo trânsito de profissionais e usuários que se dirigem à radiologia.

Nos últimos anos, tem se tornado rotina a permanência de usuários da SPA no corredor, sentados em cadeiras comuns ou em cadeiras de rodas, pois em um local projetado para atender doze pessoas, hoje é comum encontrarmos até 40 pessoas. Da mesma maneira, a média de permanência tem sido de dois dias (informação verbal) em um setor que originariamente previa que esse período devesse ser inferior a 24 horas. Este fato corrobora para a descaracterização do Serviço, pois os usuários estão sendo internados em um setor não planejado para este fim.

Nesta perspectiva, o atendimento na SPA tem se efetivado de diversas formas, desde aquela mais elementar para a qual foi planejada, até outras mais complexas concernentes a uma internação hospitalar. Assim, dependendo da necessidade e da capacidade de acomodação em outros setores, o indivíduo poderá ter alta para a comunidade, internar na sala de observação da unidade ou em um leito na unidade de internação para dar continuidade a seu tratamento.

A sala de observação de adultos (SOA) destina-se à internação de indivíduos com comprometimento agudo com a finalidade de permanecerem em observação até a estabilização de seu quadro clínico para posterior transferência interna ou alta hospitalar, sendo que a média de permanência deve ser de um a dois dias, permitindo alta rotatividade (Hospital de Clínicas de

Porto Alegre, 1994). Também este setor, há pelo menos uma década, vem gradativamente sofrendo uma descaracterização, devido a diversas modificações que foram efetivadas pela necessidade de adequar-se ao crescente aumento da demanda, bem como a mudança do perfil patológico do usuário, que vem apresentando situações mais graves de saúde.

Sua área física configura-se em uma grande sala, tendo o posto de enfermagem em sua entrada, assim como um balcão de atendimento administrativo. Fazem parte desta estrutura também uma sala destinada à limpeza de materiais, um sanitário feminino e um masculino. Foi projetada para treze leitos, incluindo um para atendimento de emergências e outro para isolamento, na ocorrência de patologias que apresentem esta indicação.

Atualmente, é comum encontrarmos neste setor uma média de 25 a 30 pessoas internadas por dia, em função da excessiva demanda externa, tendo alta do próprio Serviço devido à falta de leitos nas Unidades de Internação. Mensalmente ingressam na SOA uma média de 650 usuários adultos, sendo que 20% deste contingente realiza todo seu tratamento na Emergência. Além disso, em média 40% das internações em SOA são de indivíduos portadores de SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida), com uma média de 11,5 usuários/dia e uma média de permanência de 6,3 dias (Piva et al, 1998). O restante de casos atendidos somam os outros 60%, sendo que nestes casos a média de permanência cai para dois a três dias (informação verbal).

Estes e outros fatores, geradores de superlotação, fizeram com que no início de 1999, na tentativa de humanizar o atendimento, a área física da SOA passasse por uma reestruturação, para permitir que os usuários fossem

separados por sexo. Desta maneira, foram construídos quatro boxes constituídos por divisórias, com visor de vidro na parte superior, sendo um deles destinado às emergências e os demais acomodando três leitos cada. Os demais leitos permanecem em um ambiente único, separados, na medida do possível por cortinas ou biombos, para proporcionar um mínimo de privacidade. Os indivíduos portadores de quadros mais graves são mantidos em boxes próximos ao posto de enfermagem, permitindo desta maneira um controle mais intenso, haja vista que devido à falta de leitos em CTI (Centro de Tratamento Intensivo), os casos com esta indicação têm permanecido na SOA, mesmo com falta de estrutura para tal.

Mesmo com a efetivação destas medidas, pode-se perceber que o atendimento ainda acontece de forma precária, pois os leitos localizam-se muito próximos, sendo que nem sempre é possível manter pessoas do mesmo sexo separadas. Além disso, os atendimentos de emergência podem ser visualizados por usuários e familiares, pois o box destinado para esta função localiza-se na entrada da SOA, em área contígua ao corredor de circulação.

Apesar de todos os problemas decorrentes da superlotação, percebe-se um cuidado da equipe de enfermagem no sentido de preservar a individualidade, principalmente dos indivíduos internados em SOA, colocando biombos ou fechando cortinas no horário destinado à higienização dos mesmos, bem como durante a realização de outros procedimentos.

Durante os períodos de observação, pude perceber que a Unidade de Emergência Adulto como um todo, caracteriza-se como um ambiente tranquilo do ponto de vista de intercorrências no atendimento, pois embora a finalidade

deste setor seja o atendimento de situações de emergência, isto não ocorre rotineiramente. Por outro lado, percebi um ambiente extremamente agitado dificultando o descanso, tanto dos usuários da SOA, quanto os da Sala de Procedimentos. Isto decorre, ao meu ver, de alguns fatores internos relacionados às características da área física, bem como à dinâmica de funcionamento da unidade.

A área física do Serviço se caracteriza como sendo uma construção fechada, apresentando comunicação com o meio externo por meio de uma porta para a parte frontal do hospital e duas portas para o seu interior, sendo que uma delas, quando aberta, permite que as pessoas que transitam no corredor do hospital visualizem parte dos indivíduos internados na SOA. Isto gera uma exposição desnecessária dos usuários, bem como resulta na entrada de ruídos para o interior da unidade.

Outro aspecto que chama a atenção no ambiente da unidade é a inexistência de janelas, resultando na necessidade das luzes permanecerem acesas durante as 24 horas. Há o cuidado por parte da equipe de enfermagem em intercalar as lâmpadas acesas com as apagadas, tanto de dia quanto à noite, pois a inexistência de luz natural não permite ver se é dia ou noite.

Pelo mesmo motivo de estrutura física, os cheiros se misturam e exalam por todo o ambiente, fato que tive oportunidade de constatar durante uma observação na SOA, quando uma técnica de enfermagem ao abrir a porta para a parte interna do hospital referiu não agüentar o cheiro de "hemorragia digestiva". O cheiro era realmente insuportável.

O barulho acontece de forma contínua na unidade e provém de diversas fontes, sendo que freqüentemente ocorrem todos ao mesmo tempo. Os mais comuns são resultantes de impressoras, telefones, saltos de sapato, além de pessoas que conversam sem o cuidado de manter a fala em um tom mais ameno.

Percebe-se que, apesar de transparecer um contexto desorganizado, o atendimento acontece dentro de uma certa harmonia resultante do trabalho integrado entre a equipe de saúde, fato que faz com que se gere diariamente alternativas para a continuidade na prestação de cuidados à população usuária. Este fato me leva a concordar com Veschi citado por Coelho et al (1999, p. 66), quando este "...conceitua turbulência como uma situação que apresenta pontos críticos; todos os aspectos do sistema mostram-se instáveis, mas num movimento coerente".

Finalizo assim, a apresentação do cenário deste estudo, citando a fala de um usuário, ao ser questionado sobre fatos que tenham chamado sua atenção durante o período em que permaneceu no Serviço:

"Não, nada de..., nada de estranho, porque lotado a gente sabe que é né, então já esperava aquilo mesmo". (Julio, 38 anos)

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1 Caracterização dos informantes

Este espaço destina-se à apresentação dos indivíduos que, gentilmente, se dispuseram a colaborar com este estudo, enquanto informantes. A descrição de cada um tem como base os dados pessoais¹⁵, bem como dados relacionados à sua condição de usuário do Serviço de Emergência.

- ⇒ *Rita*, 66 anos, feminino, dona de casa, escolaridade 4ª série do ensino fundamental, procedente de Cachoeirinha. É a primeira vez que é atendida na Emergência; diagnóstico anemia e possível leucemia; permaneceu na unidade durante quatorze horas. Convênio SUS (Sistema Único de Saúde).
- ⇒ *Pedro*, 61 anos, masculino, estivador, escolaridade 2ª série do ensino fundamental, procedente de Palmares do Sul. É a segunda vez que é atendido na Emergência; diagnóstico de neoplasia de próstata; na última vez, permaneceu na unidade durante quatorze horas. Convênio SUS.
- ⇒ *Neusa*, 38 anos, feminino, dona de casa, escolaridade 5ª série do ensino fundamental, procedente de Novo Hamburgo. É a primeira vez que é atendida na Emergência; diagnóstico doença de Crohn e abcesso tubo-ovariano; permaneceu na unidade durante onze horas. Convênio SUS.
- ⇒ *Marisa*, 38 anos, feminino, cozinheira, escolaridade 4ª série do ensino fundamental, procedente de Porto Alegre. É a segunda vez que é atendida

¹⁵ Os nomes são fictícios.

na Emergência; diagnóstico colecistite aguda; na última vez, permaneceu na unidade durante três dias. Convênio SUS.

⇒ *João*, 44 anos, masculino, torneiro mecânico aposentado, escolaridade ensino médio, procedente de Gravataí. É a quarta vez que é atendido na Emergência; hipótese diagnóstica abscesso pulmonar; na última vez, permaneceu um dia e sete horas na unidade. Convênio SUS.

⇒ *Joaquim*, 40 anos, masculino, cabelereiro aposentado, escolaridade ensino médio, procedente de Porto Alegre. É a sexta vez que é atendido na Emergência; diagnóstico SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida); o tempo máximo de permanência na unidade foi de quatro dias. Convênio SUS.

⇒ *José*, 37 anos, masculino, comerciante, escolaridade ensino superior, procedente de Porto Alegre. É a terceira vez que é atendido na Emergência; diagnóstico SIDA; o tempo máximo de permanência na unidade foi de uma semana. Convênio SUS.

⇒ *Paulo*, 30 anos, masculino, motoqueiro, escolaridade ensino fundamental incompleto, procedente de Porto Alegre. É a segunda vez que é atendido na Emergência; diagnóstico SIDA; o tempo máximo de permanência na unidade foi de um dia. Convênio SUS.

⇒ *Sandra*, 47 anos, feminino, comerciária aposentada, escolaridade ensino fundamental incompleto, procedente de Porto Alegre. É a oitava vez que é atendida na Emergência; diagnóstico diabetes mellitus, hipertensão e insuficiência renal crônica; o tempo máximo de permanência na unidade foi de três dias. Convênio SUS.

- ⇒ *Ricardo*, 28 anos, masculino, sem profissão, escolaridade ensino fundamental incompleto, procedente de Porto Alegre. É a vigésima vez que é atendido na Emergência; diagnóstico paraplegia, hipertensão e síndrome nefrótica; tempo máximo de permanência na unidade foi de quatro dias. Convênio SUS.
- ⇒ *Julio*, 38 anos, masculino, motorista de transporte escolar, escolaridade ensino médio incompleto, procedente de Porto Alegre. É a segunda vez que é atendido na Emergência; diagnóstico SIDA; tempo máximo de permanência na unidade foi de nove horas. Convênio SUS.
- ⇒ *Fátima*, 47 anos, feminino, dona de casa, escolaridade ensino fundamental incompleto, procedente de Porto Alegre. É a primeira vez que é atendida na Emergência; diagnóstico insuficiência adrenal; permaneceu durante quinze horas na unidade. Convênio SUS.

5.2 Com a palavra, o usuário

A seguir, são apresentadas as cinco categorias obtidas no processo de análise dos dados, as quais receberam uma denominação inspirada nos depoimentos dos informantes, por retratarem a maneira como os usuários compreendem o contexto de atendimento no Serviço de Emergência em estudo.

5.2.1 Qualquer coisa, passa na emergência

A procura por um serviço de saúde pode ser determinada por diversos fatores. Estes, podem ser de ordem pessoal e estar relacionados à capacidade

financeira de custear a própria saúde e a dos familiares, bem como ligados à noção que o indivíduo possui de saúde e doença.

Neste sentido, é importante considerar, nesta análise, que o indivíduo antes de eleger o serviço para se tratar, passa por um processo de percepção de sua situação de saúde. Este processo é resultante do aparecimento dos sintomas, os quais dizem respeito ao caráter invisível da doença, sendo exclusivos ao doente e manifestam-se por sensações que só podem ser descritas por meio das palavras de quem as experimenta (Ferreira, 1994). Assim, indivíduos provenientes de culturas e contextos distintos poderão interpretar o mesmo sintoma de maneiras completamente diferentes (Helman, 1994).

Acredito que as diversas formas de perceber os sintomas, estão bastante relacionadas à classe social a que o indivíduo pertence, ao concordar com Boltanski (1984) quando diz que as classes populares vêem o corpo de uma forma funcional, o que impede a percepção da doença, ou esta é negada até o possível. Deste modo, uma dor de cabeça sentida por um indivíduo, cujo trabalho representa o único sustento de sua família, pode não significar um motivo de procura a um recurso de saúde, a não ser que isso resulte na impossibilidade de continuar trabalhando.

Há que se considerar também, neste processo de percepção da doença e da busca a um serviço, fatores relacionados ao momento histórico em que vive o sistema de saúde no país, no qual a população está inserida e sofre sua influência, visto que 80% dela encontra-se impossibilitada de recorrer a

serviços pagos (Ribeiro, 1993), restringindo a procura somente a serviços públicos, regidos pelo Sistema Único de Saúde- SUS.

Deste modo, o indivíduo ao perceber sua situação de saúde como merecedora de atenção, elege um serviço para satisfazer esta necessidade de saúde. Ao realizar esta procura, estará utilizando seu próprio conhecimento como forma de diagnóstico, sendo esta uma das características do modelo assistencial que hoje predomina no Brasil, denominado "modelo médico-assistencial privatista".

Ao contrário do que possa parecer, este modelo não é exclusivo do setor privado, estando presente também nos serviços públicos. Está voltado fundamentalmente para a demanda espontânea. "Este modelo, portanto, tende a atender os indivíduos que na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por 'livre iniciativa' os serviços de saúde" (Paim, 1993, p. 458). É ainda opinião do autor que o referido modelo "...reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços quando se sentem doentes" (ibidem).

É neste modelo assistencial que se encontram situados os serviços de emergência, uma vez que grande parte de seus usuários são atendidos a partir da procura espontânea, provocada pelos fatores já explicitados. No Serviço em estudo, uma pesquisa demonstrou que 50% dos indivíduos que lá consultam são originários de demanda espontânea (Piva et al, 1996).

Cabe reforçar que os motivos que levam os indivíduos a procurarem estes serviços, também guardam relação com fatores pessoais e com a oferta de atendimento. Se por um lado a rede básica não consegue dar conta da demanda por atendimento, os serviços de emergência apresentam-se

constantemente disponíveis, configurando-se atualmente no principal meio de acesso ao sistema de saúde.

Por outro lado, além da percepção de sentir-se doente, o indivíduo poderá optar pelo tipo de atendimento, com base na noção de gravidade. Knauth (1991), revela que na população por ela estudada a procura pela assistência se dá com base na classificação das doenças em “simples” e “grave” e que os serviços de saúde são também classificados segundo estas categorias. Assim, coisas simples podem ser resolvidas no “postinho”, ficando com o “hospital” a função de tratar as situações percebidas como graves.

É com base nesta percepção de gravidade que a Emergência pode ser procurada, enquanto integrante da instituição hospitalar, como relata um usuário deste estudo ao ser questionado sobre o motivo que o levou até lá:

“Era polmão, me deu pontada né, no polmão, primeira vez deu do lado direito, e agora me deu dupla a apontada, e comecei a escarrá sangue, comecei a ficá ruim...” .(João, 44 anos)

Nesta perspectiva, a noção de gravidade percebida pelo usuário o fez procurar atendimento na Emergência, havendo neste caso uma confirmação por parte da equipe de saúde da necessidade de intervenção médica. Percebe-se assim, uma coerência entre a avaliação profissional (emergência técnica) e a avaliação leiga (emergência do paciente), sendo este um dos fatores determinantes do acesso a este recurso de saúde. O relato a seguir explicita esta afirmação:

“...como eu estava em estado grave aí foi mais fácil, né, já me internaram, tava, tive muito mal, né” .(Paulo, 30 anos)

Por outro lado, a procura ao Serviço de Emergência pode ser motivada por referências pessoais, que se traduzem tanto pelo conceito prévio que o

indivíduo possui sobre o Serviço, quanto pela experiência de já ter se tratado no local. Os relatos transcritos abaixo justificam a escolha do Serviço nesta perspectiva:

“...tentei em outros hospitais e não consegui e sempre quis tratar no Clínicas pela referência que eu tinha, mas como é sempre muito movimentado..., no final acabei chegando no Clínicas”.
(José, 37 anos)

“É porque a primeira vez que eu fui atendido aqui fui, fui bem, né, saí daqui curado, então eu voltei, voltei a ficar doente de novo e daí retornei aqui”. (João, 44 anos)

“Porque eu sempre achei que o hospital, hospital de Clínicas é o melhor hospital, digamos de Porto Alegre, pra mim. No meu caso é, porque eu sempre me tratei aqui, e sempre me trataram bem. Eu sempre peguei muitos médicos bom, né. Quando eu tive a minha filhinha com onze dias, ela baixou também a UTI, e olha, dentro de 21 dias foi maravilhosamente, a equipe atendeu, a equipe do Dr. João, pediatra, né, foi maravilhoso e eu agora tô sendo, porque eu abaixei também por causa que eu tava com pedra na vesícula, que eu nunca tive, daí apareceu de repente, né”. (Marisa, 38 anos)

O último relato mostra claramente uma experiência positiva ocorrida em outro setor do hospital e que contribuiu decisivamente para o retorno do usuário à instituição, utilizando a Emergência como meio de acesso ao tratamento de saúde. O sentimento de gratidão é explicitado quando a equipe médica é tratada nominalmente. Este mesmo usuário relatou já possuir previamente autorização para internar em outra instituição, porém o desejo de retornar ao Hospital de Clínicas o fez rasgar o documento quando estava a caminho de lá.

Também influenciam na motivação para procurar a Emergência em estudo, as referências obtidas de outras pessoas, as quais tiveram uma experiência positiva ao serem atendidas no setor, como mostram os relatos:

*“...eu como sendo portador do HIV, eu tive informações de pessoas que aqui tratavam nesse assunto, daí eu procurei para isso, para melhor, né, atendimento meu, né, dessa doença”.
(Paulo, 30 anos)*

*“Por fazer parte já do esquema, já feito em cima de pacientes portadores de HIV, achei que o atendimento ia ser mais..., mais propício pra doença, assim mais aprofundado, aí eu resolvi...”.
(Joaquim, 40 anos)*

*“Porque meu companheiro se trata aqui, e quando ele ficou mal a primeira vez nós viemos na Emergência aqui. Ele sempre foi super bem atendido, então..., por isso resolvi vir aqui também”.
(Julio, 38 anos)*

Fica claro, a motivação gerada pelo fato do Hospital em questão ser referência no tratamento de certas patologias, como é o caso da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida-SIDA, onde dados revelam que 40% das pessoas internadas na Sala de Observação de Adultos da Emergência, são portadoras desta patologia (Piva et al, 1998).

Condutas médicas podem contribuir para o aumento da procura por atendimento nas emergências, quando há o encaminhamento indiscriminado para este serviços. De acordo com Stein (1998, p. 42):

“...caracterizar uma consulta como de urgência pode ser ‘aprendido’, em parte, a partir do modelo de atendimento do médico. Se um paciente é orientado por um médico a ir à emergência, é muito razoável para o paciente pressupor que um atendimento imediato é necessário”.

O presente estudo revela que é bastante comum este tipo de conduta por parte dos médicos que atendem no ambulatório do hospital. Este fato tem sido apontado pelo Serviço de Emergência como sendo um dos fatores que interferem no bom funcionamento da unidade, uma vez que encaminhamentos são efetuados sem contato prévio, bem como não há um acompanhamento

sistemático dos pacientes, durante a internação, por parte da maioria das especialidades (Piva et al, 1998).

Esta forma de acesso ao Serviço de Emergência pode ser evidenciada por diversos relatos de usuários, sendo esta a justificativa predominante no estudo. Desta forma, é caracterizada a utilização do Serviço por parte das especialidades como meio de internar seus pacientes, dada a escassez de leitos no hospital:

“Eu procurei a emergência daqui, porque já me tratava aqui, né, com a doutora Maria lá de baixo, do...centro de gastro. Daí eu cheguei lá na doutora Maria e ela me encaminhou aqui pra emergência, porque não era problema dela. Aí chegando aqui na emergência, ela arrumou os papel tudo que tinha que arrumar pra mim”. (Neusa, 38 anos)

“Por causa que o doutor me determinou pra cá, né, pra mim fazê aqui. Eu tava me tratando com eles, então eu vim através deles”. (Pedro, 61 anos)

“...na onco, a gente sempre tem o aviso de que qualquer coisa se passe na emergência, né, qualquer paciente da oncologia recebe essa indicação”. (José, 37 anos)

“Eu procurei porque os médicos que me fizeram a cirurgia são daqui, né, então eles me disseram quando eu tive alta que qualquer coisa que sucedesse comigo diferente, que eu procurasse a emergência, né, e foi o que eu fiz”. (Fátima, 47 anos)

Os relatos revelam também, que a expressão “qualquer coisa” mencionada por dois usuários pode ser interpretada como uma “permissão médica” para uma avaliação leiga da situação de saúde. Neste sentido, o indivíduo colocará em prática sua percepção de gravidade, subsidiado pelo consentimento do médico para tal. O usuário do último relato referiu que lhe deu “...uma reação anormal...” , e por este motivo procurou a Emergência para

uma avaliação. Curiosamente, no dia em que fui entrevistar este usuário, ouvi seu médico dizendo que não havia necessidade de internação neste caso.

Neste aspecto, o estudo vem corroborar com a constatação por parte do Serviço, da utilização inadequada da unidade de emergência em que esta vem servindo como meio de suprir deficiências internas do hospital geradas pela ineficiência do sistema de saúde, as quais refletem na capacidade de atendimento que a instituição pode oferecer.

Por outro lado, há a necessidade da equipe de saúde que atua nos ambulatorios criar mecanismos de atendimento para as condições de saúde não-urgentes de seus usuários, para que estes procurem pela emergência somente quando houver real indicação.

Finalizando, pode-se dizer que o motivo de procura à Emergência está baseado, em primeiro lugar, em uma auto-avaliação que o usuário realiza de seu estado de saúde, em que fatores culturais irão influenciar sua percepção. A eleição do serviço de saúde poderá ocorrer de acordo com a noção de situações "simples" e "grave", mas de qualquer modo resultará em uma procura espontânea.

O encaminhamento médico poderá ser determinante na busca do serviço, porém a avaliação que o usuário realiza em relação à competência da instituição é que será determinante para o seu retorno e vínculo.

"Os outros hospitais não estavam achando exatamente o que eu tinha, né, estavam atrasando; em vez de arrumar estavam piorando, né, aí eu vim pra cá e me acertei e fiquei. Fiquei e até hoje eu tô me tratando aqui". (Ricardo, 28 anos)

5.2.2 Aquela seleção

Mais do que uma percepção e uma conseqüente motivação para tratar necessidades de saúde, é preciso que haja serviços de saúde disponíveis para este fim.

A Constituição Brasileira de 1988 ao estabelecer a saúde como um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado sua garantia, faz com que o Sistema Único de Saúde-SUS seja implantado como estratégia para a consecução deste objetivo (Castelar, 1995; Carvalho e Santos, 1995)). Este modelo traz em si características que possam permitir assistência à saúde de forma igualitária para o conjunto da população, trabalhadora ou não.

Uma das características do modelo diz respeito à eqüidade no acesso aos serviços de saúde, do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços, sendo que:

“...a distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço constitui a razão, assim, para orientar a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência médica” (Cohn et al, 1991, p. 67).

Ainda de acordo com os mesmos autores:

“O acesso assim entendido deveria ser, em tese, a base concreta para a viabilização do princípio da articulação funcional que sustenta a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde...” (Cohn et al, 1991, p. 68).

Porém, passada mais de uma década da implantação do SUS, o princípio da hierarquização no atendimento não ocorre, haja vista que os usuários rotineiramente procuram a rede hospitalar na busca de satisfazer necessidades de saúde, desde as mais básicas até as mais complexas. Numa rede hierarquizada, o hospital deveria estar no topo do atendimento, do ponto

de vista de complexidade, sendo acessado somente quando referenciado por outros serviços, de complexidade menor. Não havendo hierarquia, se torna impossível organizar a demanda, gerando uma procura desordenada aos serviços.

Da mesma maneira, gradativamente, houve uma distorção na concepção original de acesso, fazendo com que atualmente ele seja definido comumente como disponibilidade de serviços, sendo esta a forma de entendimento por parte da população.

“Assim, o argumento do acesso subordina-se cada vez mais, à imagem da assistência médica imediata, transparecendo somente traços históricos do modelo que busca determinar, pelas políticas, o modo de viabilizar a acessibilidade e a utilização de uma rede hierarquizada de serviços” (Cohn et al, 1991, p. 76).

Embora o principal motivo para que isso tenha ocorrido, decorra da própria ineficiência do SUS, também a mídia contribui na medida em que veicula os problemas que ocorrem com a saúde no país, pois este é o meio mais fácil de obter informação ao alcance da população.

Nesta perspectiva, a população tem buscado encontrar acessibilidade no sentido semântico da palavra, ou seja, a facilidade na obtenção (Ferreira, 1988) do atendimento de saúde.

A acessibilidade neste sentido tem sido encontrada nos serviços de emergência, pois estes se caracterizam como áreas destinadas para um avaliação de saúde imediata realizada por equipes especificamente treinadas, funcionando 24 horas/dia, e que oferecem um nível de resolutividade mais alto para um problema imediato (Gomes, 1994).

Por outro lado, esta disponibilidade faz com que a demanda por atendimento esteja constantemente acima da capacidade de acolhimento por parte do serviço. Se por um lado o usuário alcança um nível de satisfação pelo acesso, por outro sofre as conseqüências de uma inevitável superlotação que se traduzem na queda da qualidade da assistência.

No Serviço de Emergência em análise, a realidade não é diferente, sendo que atualmente há a necessidade de, de alguma forma, reprimir o excesso de demanda que procura por atendimento, mesmo por situações não-urgentes, as quais representam 70 a 80% dos casos. Porém, já há uma década o acesso dos usuários à Emergência se dá à partir de um sistema de triagem¹⁶, que teve inicialmente a finalidade de priorizar o atendimento segundo uma lógica de gravidade, uma vez que a procura pelo Serviço não se dava de forma exagerada.

Atualmente, o acesso ao Serviço vem se desenvolvendo segundo uma lógica repressiva, tendo a triagem sofrido uma distorção na sua concepção original. Ao usuário são impostos bloqueios desde a sua chegada ao setor, de forma que ele é obrigado a passar por um "funil" até conseguir ou não o atendimento pretendido.

¹⁶ A respeito de sistemas de triagem, ver p. 33.

Por outro lado, esta disponibilidade faz com que a demanda por atendimento esteja constantemente acima da capacidade de acolhimento por parte do serviço. Se por um lado o usuário alcança um nível de satisfação pelo acesso, por outro sofre as conseqüências de uma inevitável superlotação que se traduzem na queda da qualidade da assistência.

No Serviço de Emergência em análise, a realidade não é diferente, sendo que atualmente há a necessidade de, de alguma forma, reprimir o excesso de demanda que procura por atendimento, mesmo por situações não-urgentes, as quais representam 70 a 80% dos casos. Porém, já há uma década o acesso dos usuários à Emergência se dá à partir de um sistema de triagem¹⁶, que teve inicialmente a finalidade de priorizar o atendimento segundo uma lógica de gravidade, uma vez que a procura pelo Serviço não se dava de forma exagerada.

Atualmente, o acesso ao Serviço vem se desenvolvendo segundo uma lógica repressiva, tendo a triagem sofrido uma distorção na sua concepção original. Ao usuário são impostos bloqueios desde a sua chegada ao setor, de forma que ele é obrigado a passar por um “funil” até conseguir ou não o atendimento pretendido.

¹⁶ A respeito de sistemas de triagem, ver p. 33.

Isto já pode ser sentido no momento em que encontra a primeira porta fechada, guardada por um segurança do hospital. A ele cabe realizar a “primeira triagem”, antes que o usuário consiga chegar até o guichê de marcação de consultas. A avaliação é subsidiada por um conhecimento leigo, segundo uma lógica de gravidade, e por critérios preestabelecidos pelo Serviço, sendo que estes dizem respeito, principalmente, a atendimentos que não são oferecidos ali. Porém, quando há uma insistência por parte do usuário é permitida sua entrada.

O fato do Serviço de Emergência ser responsável também pela marcação de consultas para o Serviço de Pronto Atendimento, fez com que a população usuária se acostumassem com a possibilidade de conseguir atendimento imediato, contribuindo, desta maneira, para o aumento da demanda. A exemplo do que acontece com o próprio Sistema de Saúde, não há uma hierarquização dentro da própria instituição, fazendo com que a Emergência encaminhe usuários ao pronto atendimento, cujo nível de complexidade é menor, quando deveria ocorrer o contrário.

A respeito da triagem realizada pelo segurança, Skaba (1997, p. 59), identificou em seu estudo a mesma dinâmica de funcionamento aqui relatada quando descreve que:

“...um vigilante, de companhia de segurança, vestido com botas e uniforme que lembram a farda de policiais, coloca-se à frente da fila, organizando o atendimento. É ele quem define quem entra, para enfim alcançar a triagem. A fila é, geralmente, respeitada. Entretanto, se algum paciente, ou os outros da fila, o convence de que estão necessitando de cuidados, ele permite a entrada”.

Este tipo de prática é definido por Skaba como sendo uma “classificação das demandas”, pois a triagem propriamente dita é realizada por um médico, sendo que na sua ausência, o vigilante exerce tal atribuição.

No presente estudo foi identificado ainda uma “segunda triagem”, a qual é realizada no guichê de marcação de consultas, por funcionárias administrativas. Aqui também são utilizados conhecimentos leigos e critérios internos ao Serviço como forma de subsidiar uma avaliação de saúde. Isto é realizado através de um vidro, por meio de perguntas sobre o motivo de procura.

Sabe-se que a realização de uma triagem de saúde é uma tarefa que exige grande preparo da equipe de saúde, sendo que a competência para tal só é alcançada depois da vivência nesta prática. Neste sentido, a possibilidade de ser efetivada uma avaliação inadequada aumenta na medida em que o usuário só chegará à equipe de saúde com o aval de uma triagem administrativa.

O relato a seguir explicita, de modo sucinto, como esta dinâmica de funcionamento pode se refletir no acesso dos usuários:

“Bem, eu cheguei na emergência, na recepção. Na primeira vez que eu cheguei de imediato não fui atendido. Falaram que estava cheio a emergência e..eu como tava muito mal acabei me sentando. Tava acompanhado e sentei em frente à recepção ali, e a moça viu que eu tava passando mal e depois de meia hora me chamou e acabei sendo atendido, passei pela aquela seleção que eu não sei exatamente como chama...” .(José, 37 anos)

A descrição do usuário mostra uma relação de passividade para com o Serviço, pois mesmo sentido-se “*muito mal*”, não insiste em ser atendido. Fica evidente também que a restrição administrativa imposta não é reconhecida

como uma triagem, e sim como uma permissão para ser avaliado pela equipe de saúde, local por onde se passa por uma “seleção”, a qual o usuário não sabe denominar.

Por outro lado, nem todas as reações à restrição são passivas uma vez que, como já foi comentado anteriormente, quando há insistência por parte do usuário, a este é permitido seguir em frente. A transcrição a seguir mostra isto claramente:

“Olha, antes disso só a recepcionista que deu o encaminhamento, mas a princípio ela não quis atender, o negócio foi meio forçado, tive que..., negócio meio alterado; não foi natural, sabe, me falaram que queriam me encaminhar pra outro hospital, sendo que eu já tinha feito tratamento pulmonar aqui antes, anteriormente, tendo ficha aqui não quis me atender, mas depois de muito esforço, muita insistência, aí me atenderam, né”. (Paulo, 30 anos)

Este relato mostra também o entendimento de vínculo que o usuário possui em relação à instituição, uma vez que a experiência de ter sido atendido anteriormente, lhe gera o sentimento de possuir o “direito” à assistência qualquer que seja o motivo.

A terceira etapa de avaliação, denominada neste estudo de “terceira triagem”, é realizada pela equipe de enfermagem, sendo que é conferida à enfermeira, a atribuição de decidir sobre o destino do usuário a partir dali. Esta triagem caracteriza-se pela utilização do conhecimento científico como instrumento de avaliação. Aqui são empregados critérios que resultam em uma classificação¹⁷ da situação de saúde do usuário, segundo a qual serão subsidiadas as decisões.

¹⁷ A respeito desta classificação, ver p. 51.

Os seguintes relatos explicitam a visão do usuário em relação à triagem técnica:

“A gente chega, a gente aguarda; um enfermeiro vem e vê a temperatura da gente, vê os sinais como é que estão, vê se realmente é caso de emergência. Caso não for caso de emergência, ele manda na recepção pra fazê um boletim e marca uma hora pra ti, uma hora mais conveniente”. (Joaquim, 40 anos)

“Na triagem eles medem a pressão, vê febre e aí eles passam pra um enfermeiro, que este enfermeiro te dá a consulta e aí tu passa pelo médico, mas a primeira..., primeiro assim, tu passa pela enfermagem”. (Sandra, 47 anos)

“É avaliado pelo..., um enfermeiro, aí o enfermeiro decide se a pessoa fica ou não fica”. (Ricardo, 28 anos)

A decisão quanto ao atendimento por ocasião desta triagem, poderá ser influenciada também pela insistência do usuário, fato que pode ser gerador de conflitos neste momento, como mostra o relato a seguir:

“...a última vez que eu cheguei, eu não fui muito bem atendido, né, pelo enfermeiro que tava no local. Ele..., não sei, implicou com a minha cara, não sei o que é, queria que eu viesse embora, disse que não era preciso, que não sei o quê. Aí chamou a minha mãe, e a minha mãe disse que a médica tinha dito que tanto podia ser grave como podia não ser, né. Aí ele resolveu me avaliar e passar pro médico”. (Ricardo, 28 anos)

Por meio desta fala, é possível perceber o poder de influência que a indicação médica exerce em um momento de decisão. Este fato foi constatado em outra ocasião, durante observação realizada no guichê de marcação de consulta, quando um boletim de atendimento foi emitido por determinação médica, antes do usuário passar pela triagem.

Ao contrário do que acontece na Emergência em estudo, a triagem em outras instituições de saúde costuma ser desenvolvida por médicos (Skaba,

1997; Stein, 1998; Coelho et al, 1999). Porém, todas se propõem ao mesmo fim, qual seja impor uma restrição ao livre acesso de usuários ao serviço, como mostra o estudo de Skaba (1997), onde a triagem médica é considerada como um “quebra-molas a mais”, tendo a capacidade de tirar duzentas pessoas diariamente do atendimento da instituição estudada.

Assim, pode-se constatar que a dinâmica segundo a qual funciona a triagem do Serviço de Emergência em estudo se configura em uma prática inadequada do ponto de vista de qualidade no atendimento, sendo a mesma sujeita a erros, podendo ter como conseqüência o agravamento de situações que sequer passam pela avaliação da equipe de saúde.

Mesmo sendo parte de uma instituição que possui como finalidade a formação de recursos humanos, não há a presença de alunos e professores no setor de triagem, portanto o ensino não se concretiza em todas as fases de atendimento ao usuário.

5.2.3 Aqui se faz tudo

Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência refere-se a um dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde-SUS. Nesta perspectiva, as ações e práticas realizadas pelos serviços de saúde tendem a ser resolutivas na medida em que são capazes de resolver os problemas trazidos pelos usuários (Carvalho e Santos, 1995).

Nesta ótica, uma ação resolutiva pode se referir a um atendimento imediato, com a conseqüente prescrição de um medicamento, ou a realização

de um curativo ou de outra terapêutica qualquer. Porém, o que gera a satisfação do usuário é o significado de imediatismo que caracteriza a ação.

Na visão de Merhy (1994), o usuário vê na relação trabalhador de saúde/usuário um aspecto decisivo na solução de seus problemas, pois se a relação for de acolhimento por parte do primeiro, a expectativa é de que as ações sejam mais efetivas e satisfatórias. Por outro lado, o autor vê em indivíduos que procuram as Emergências, o perfil do usuário "...que não tem nenhum interesse em estabelecer uma relação mais permanente com os trabalhadores de saúde..." (ibidem, p. 120).

No meu entendimento, esta é uma afirmação que merece ser pensada, pois o que vejo hoje é que o usuário, mesmo procurando por atendimento nas Emergências, deseja ser acolhido; porém a falta de alternativa quanto à disponibilidade de serviços, faz com que prevaleça a efetividade do atendimento em detrimento da relação trabalhador/usuário.

Também é nos setores de emergência que a população tem encontrado o oposto do que encontra em outros serviços da rede pública. A impossibilidade ou demora em conseguir uma consulta, o agendamento de exames diagnósticos para datas longínquas, com a conseqüente demora no retorno para uma reconsulta, gera na população usuária uma inconformidade, fazendo com que resulte na procura por serviços mais resolutivos. Este fato foi evidenciado em estudo realizado por Stein (1998), quando os usuários relataram como motivos de procura à emergência, "conseguir fazer o exame" e "porque a consulta que tem marcada é para o mês que vem". Desta maneira, a resolutividade se configurou no motivo de escolha do serviço, pois neste, o

usuário encontrou a possibilidade de resolver sua necessidade de saúde de forma imediata.

Os serviços de emergência, embora não tenham sido criados para atendimentos de situações não-urgentes, têm desempenhado esta função em larga escala. Mesmo oferecendo soluções paliativas aos problemas que lá chegam, pois não há continuidade no tratamento, estes serviços atraem uma demanda cada vez maior, por conta das ações imediatas que oferecem, como consultas médicas, exames diagnósticos e indicação de medidas terapêuticas.

Na percepção dos usuários do Serviço de Emergência em estudo, a resolutividade se traduz pelo imediatismo tanto das ações diagnósticas, quanto terapêuticas. O atendimento acontece de uma forma resolutiva, uma vez que *“se a pessoa tem febre, dão remédio ali mesmo”, “já fazem todos os exames, e ali tu aguarda os resultados”, “tu chega e já faz a medicação na hora”, “me receitaram remédio e comecei o tratamento já”, “já tomei injeção, já fui pro soro”*.

Ao mesmo tempo em que o usuário caracteriza a ação como imediata, mostra um entendimento de que a ação diagnóstica é condição para que seja indicada uma ação terapêutica, como mostram os relatos a seguir:

“...fiz ecografia, né, fiz a ecografia, fiz exame de sangue na hora, foi tudo feito na hora e aonde constou que eu tinha pedra na vesícula, que tinha que ficar pra operar”. (Marisa, 38 anos)

“...primeiro fizeram a consulta médica, né, mais ou menos pra vê os sintomas que eu tava sentindo pra dá o diagnóstico e a partir desse diagnóstico, fiz a tomografia, que eu tava com muita dor de cabeça, pra iniciar o tratamento, né”. (Paulo, 30 anos)

Por outro lado, indivíduos que em seu contexto cultural costumam recorrer a várias formas de tratamento à saúde (Helman, 1994), encontram-se agora em um ambiente onde não é dele o poder de decidir o que é melhor para sua condição de saúde. Submete-se passivamente às manipulações impostas por uma medicina moderna, onde os aspectos objetivos das modernas tecnologias diagnósticas importam mais do que a subjetividade daqueles que carregam a doença (ibidem). Sobre este aspecto Boltanski (1984), ressalta que a relação médico/doente é assimétrica e de dependência, propiciando a manipulação física e moral do doente pelo médico.

Também é entendimento do usuário do Serviço de Emergência, que o acesso ao atendimento lhe confere a possibilidade de seu caso ser avaliado por vários médicos, surgindo a figura do especialista como meio de alcançar uma terapêutica efetiva. Atualmente, para o usuário chegar até um especialista, é necessário que procure antes um atendimento na rede básica de saúde, onde um médico generalista avaliará a indicação de tratamento especializado, com posterior encaminhamento. Assim, na ótica do usuário, a avaliação de saúde e o acesso ao especialista acontecem dentro do mesmo serviço. Então, por que procurar outro serviço, se na Emergência ele pode encontrar resolutividade para os problemas que lhe afetam?

No estudo realizado por Knauth (1991), o hospital é considerado como um local que congrega a maior parte dos recursos da medicina oficial, que além da consulta médica, dá remédios, faz injeção, realiza exames, enquanto a procura ao "postinho", resulta somente na consulta médica. Canesqui (1992), relata a mesma percepção dos informantes de seu estudo no que diz respeito à

utilização do hospital em detrimento dos serviços ambulatoriais da rede básica. A importância dada à figura do especialista é explicitada na transcrição das falas dos informantes:

“Daí, ela me passou pra fazer raio x, ver o que era, me fez exame de sangue, exame de urina, tudo na hora ali, né. A última parte que eu fiz foi a ecografia, mas daí eu já tinha ido na ginecologista, lá dentro, já tinha tomado até injeção lá pra dor...”. (Neusa, 38 anos)

“Primeiramente resolveu-se fazer vários tipos de exames, então eu fui recebido num consultório, fui atendido por um médico especialista, depois veio outro de outra área e foram prescrevendo determinados exames como raio x, tomografia e coleta de sangue, enfim. Aí eu fui sendo encaminhado pra determinados setores pra fazer o exame, voltava pro consultório, aí, ia pra outro setor, fazia determinado exame, enfim. E isso se passou durante uns três dias. Depois eu fui sendo medicado corretamente, acabei fazendo procedimento, dois procedimentos, que foi retirada de gânglio, enfim, foi umas pequenas cirurgias, e aí passei por diversos setores dentro do hospital e..., pra ir descartando outras doenças”. (José, 37 anos)

O último relato denuncia a transformação ocorrida com o Serviço de Emergência em relação à sua proposta original de funcionamento. Hoje, ela apresenta-se descaracterizada quanto ao seu papel de área destinada ao rápido atendimento de quadros agudos, com o devido encaminhamento para a internação em outras unidades do hospital, mantendo desta maneira alta rotatividade e disponibilidade para atender a demanda.

Ao contrário disso, a Emergência transformou-se em uma grande unidade de internação, onde efetivam-se investigações diagnósticas, e em algumas situações o usuário realiza todo o tratamento naquele setor, em condições inadequadas geradas pela superlotação. Estas condições podem ser exemplificadas, ainda no relato de José:

"...havia outros casos naquela noite na emergência, e eu acabei sendo isolado num consultório por falta de leito e porque estava superlotado naquele dia. Eu ouvi conversa de que nunca a emergência teve tão lotada como naquele dia e acabei sendo isolado num consultório juntamente com mais outro paciente, com o mesmo problema e eu fiquei numa maca porque fui o primeiro a ser isolado. O outro ficou, um senhor ficou do lado, numa poltrona e ficamos fechados, enfim, tomando soro, os dois, constantemente, mais antibióticos". (José, 37 anos)

A utilização dos consultórios para resolver problemas de área física, como a insuficiência de áreas de isolamento, por um lado traz benefícios relacionados à capacidade de atendimento destes casos, mas por outro diminui a capacidade de atendimento de outras pessoas que chegam ao Serviço. Além disso, esta estratégia gera desconforto para o usuário, na medida em que não o acomoda adequadamente, tendo que, em algumas vezes, permanecer sentado pelo infortúnio de *"ter sido o último a ser isolado"*.

O acesso ao Serviço de Emergência representa também um viés para conseguir uma internação em outros setores do hospital, uma vez que o caminho natural para este fim seria a já comentada "peregrinação" pelos serviços de saúde e uma conseqüente espera pela desocupação de um leito. Nesta perspectiva, na visão de *Fátima, 47 anos*, a Emergência é válida:

"...porque é um modo que tu tem de chegar até aqui..." , "...no caso de tu precisar de um leito, uma coisa, tu tem. Se tu não precisar, tudo bem, tu vai embora dali, né, mas se tu precisar...tu vem (para unidade de internação)".

Esta estratégia não é de uso exclusivo do usuário, uma vez que o encaminhamento por médicos do ambulatório do hospital configura-se em um freqüente motivo de procura ao Serviço de Emergência. A falta de leitos no

hospital, faz com que o Serviço seja visualizado como uma trilha secundária para a efetivação de uma internação, ou até mesmo para a própria internação.

Mas, se por um lado o fato de conseguir acessar a Emergência é sinônimo de resolutividade, por outro a consecução deste objetivo pressupõe uma permanência dentro do Serviço, bem como a necessidade de realizar uma trajetória nos vários locais destinados ao atendimento.

A esse respeito, constatou-se que o usuário não consegue definir a Emergência do ponto de vista espacial, sendo esta questão motivo de confusão. Desta forma, as “salinhas” por onde ele passa vão recebendo denominações conforme seu entendimento.

Assim, o entendimento de onde se localiza a Emergência, dentro daquela estrutura física, acontece de duas formas, segundo uma lógica do tipo de atendimento que caracteriza o local e também pelo tipo de acomodação oferecida ao usuário. Basicamente, a unidade é dividida em uma área onde o usuário é “avaliado” e outra onde ele é “atendido”.

Na ótica do usuário, a “*entrada*”, “*primeira sala*” ou “*salinha de espera*”, é o local destinado à avaliação, pois é ali onde se fica “*esperando até que venha alguém pra nos avaliar, pra depois passá nós pro médico*” (Ricardo, 28 anos).

Já a realização da consulta médica, é considerada como um atendimento, o que gerará as ações que irão resolver os problemas do usuário; porém, é somente a partir deste momento que ele será atendido na “*Emergência*”. As declarações dos informantes explicitam esta forma de entender a dinâmica do atendimento:

"...depois fui ali no médico, o médico me examinou e mandou eu ir lá pra emergência, lá onde tem a emergência..." (Rita, 66 anos)

"...na entrada foi uma enfermeira que me mediu a pressão, mediu a temperatura, né, aí depois que eu fui encaminhada pra médica que tava me acompanhando, que determinou os procedimentos e eu fui encaminhada pra sala de emergência." (Fátima, 47 anos)

"Dali eu fui pra sala de, de, ser atendida pela clínica, né, clínica geral, no consultório dela ali dentro..." (Neusa, 38 anos)

"...aí veio o médico, me atendeu, né, e já me levou pra..., lá pra emergência". (Marisa, 38 anos)

Deste modo, a área destinada à realização dos "procedimentos"¹⁸, recebe denominações de acordo com a posição corporal que o usuário terá que adotar. Assim, a Sala de Procedimentos é identificada com "a salinha dos fundos onde tem aquelas treze cadeiras", "a salinha onde fica todo o pessoal", ou a "salinha de emergência", sendo este o local onde se fica "sentado, esperando", como mostra a transcrição do depoimento abaixo:

"Eu ficava numa sala que eu não sei como é que se chama. É uma sala onde tem várias cadeiras, fica todo mundo sentado, que na Emergência dificilmente tem leito, né, tá sempre muito lotado e...eu aguardava numa cadeira, né, às vezes tomando soro, outras vezes simplesmente esperando só um exame, e...algumas poucas vezes ficava dentro do consultório com o médico, e o médico saía, ficava uns quinze minutos e depois voltava, enfim, mas geralmente é nessa sala onde as pessoas são atendidas que a gente fica sentado". (José, 37 anos)

¹⁸ Aqui, os procedimentos se referem às ações realizadas pela equipe de saúde.

Da mesma maneira, a Sala de Observação é identificada como a sala onde se “...fica deitada lá naquelas camas, lá dentro, lá na emergência...” ou simplesmente identificada como as “camas” , “leitos” ou “macas”. De uma maneira geral, os informantes não fizeram muita referência à Sala de Observação, mesmo já tendo internado naquele local, porém, a totalidade das declarações dá ênfase à permanência na Sala de Procedimentos.

A espera, tantas vezes mencionada nas declarações dos informantes, acontece, na maioria das vezes, em condições inadequadas, tanto do ponto de vista de estrutura física, resultante da superlotação, como da situação de saúde do usuário, que mesmo necessitando permanecer deitado, é obrigado a ficar sentado, devido à falta de leitos. Na percepção dos informantes esta espera se traduz numa mescla de sentimentos que revelam desconforto, cansaço, entre outros, como fica explicitado nos depoimentos:

“A última vez que eu tive ali, eu baixei e fiquei um dia, acho que... e uma noite sentada. Eles me passaram praquela outra sala e eu fiquei ali. Agora, eu não me lembro quanto tempo eu fiquei ali, porque eu tava, eu tava bem ruim mesmo, né, aí eu não tenho noção quanto tempo eu fiquei ali”. (Sandra, 47 anos)

“Nada de anormal assim, normal, só que... cansa, né, quando a gente tem que ficar esperando na cadeira cansa”. (Ricardo, 28 anos)

“O resultado tá aqui na minha perna, é coisa de ficar sentada, que eu nunca tive, né. Meus pé inchou muito, e..., porque eu não posso ficar muito, muito sentada, né, mas eu tive que ficar, por causa que não tinha lugar, não tinha onde ir...” . (Marisa, 38 anos)

“Fica sentado ali. As pessoas tão esperando nas cadeiras, tem uns que já tão há um ou dois dias ali, né, esperando nas cadeiras...e daí a gente, eu fiquei esperando ali, né, até ficar resolvido eles dá um leito pra mim”. (Neusa, 38 anos)

Em relação a esta espera, um fato que chama a atenção é a referência que os informantes fazem quanto ao tempo em que os usuários costumam permanecer no Serviço, até que seus problemas sejam resolvidos, uma vez que na Emergência *“...tinha gente ali de três dias sentada na cadeira, esperando pra ser consultada...”*, *“...a única coisa que a gente sofre é ficar na cadeira sentada três dias...”*, *“...fiquei três dias..”*, *“...pessoas que eu via que estavam lá há três dias sentada...”*. Este tipo de discurso revela uma percepção baseada, provavelmente, na rede de relações que se estabelece entre os usuários, uma vez que dispõem de muito tempo para conversar. Embora se possa ficar de um a vários dias na Emergência, a referência aos três dias é muito comum nas declarações dos informantes.

Apesar desta espera e tudo que envolve a necessidade de permanência, o usuário demonstra uma passividade impressionante, como se o produto final, qual seja a solução de seu problema de saúde, apagasse todo o desconforto passado. Diante desta conduta, o usuário ratifica sua condição paradigmática de paciente, ou seja, aquele que sofre resignado, manso, vítima, que recebe a ação praticada por um agente (Antunes, 1991). Esta passividade é explicitada nas declarações a seguir:

“Olha, não acontece nada demais, o negócio é que tem que esperar, né, tem que esperar eles conseguirem o leito”. (Sandra, 47 anos)

“É um pouco ruim, mas não tem problema,...a gente é obrigado a esperar, né. Também não pode..., a gente vim (para a unidade de internação) sem dá ainda, sem ter a hora que..., disponível até pra vim,...tem que esperar a hora que dá no jeito, a gente tem que ser calmo, né.” (Pedro, 61 anos)

As declarações acabam revelando também, a condição de subserviência do usuário em relação ao sistema de saúde e suas regras. A rotina de buscar um serviço de saúde, bem como a possibilidade de efetivação do atendimento, se tornou sinônimo de espera, à qual a população acostumou-se sem reclamar. O mesmo fato se reproduz dentro dos serviços de emergência, que embora ofereçam maior resolutividade que outros serviços, obrigam também a uma espera, na maioria das vezes aceita pelo usuário como uma coisa normal.

5.2.4 Não é nada agradável

A diminuição do número de leitos hospitalares é um dos fatores que vêm determinando o aumento da demanda por atendimento nos serviços de emergência. Como já foi destacado anteriormente neste estudo, este tipo de serviço tem sido utilizado como um viés para suprir as necessidades de internação hospitalar.

Esta realidade faz com que os indivíduos lá atendidos passem por uma experiência de internação, a exemplo do que acontece nos demais setores do hospital, planejados para tal. Porém, ao contrário do que ocorre nas unidades de internação, a permanência em setores de emergência, atualmente, representa a possibilidade de vivenciar ambientes superlotados, e portanto passíveis de despertar nos indivíduos os mais diversos tipos de sentimentos.

O ato de internar em um hospital, pressupõe, na maioria das vezes, uma decisão voluntária do indivíduo em ser "paciente", condição a que ele se submete apoiado na perspectiva de recuperação da saúde (Antunes, 1991; Gomes e Fraga, 1997), já que:

“...a cura deixou de ser compreendida como possibilidade efetiva da evolução normal das doenças, como fruto da reação espontânea do próprio organismo doente ou, ainda, do estímulo a suas defesas naturais. Ao ser estabelecida como alvo da intervenção médico-hospitalar, a cura passou a ser objeto de um esforço alheio ao enfermo, cuja obtenção, no entanto, precisa movê-lo inexoravelmente, e até cultiva sua adesão voluntária” (Antunes, 1991, p. 165).

Além disso, o indivíduo ao internar passará por uma privação de sua vida social e familiar, submetendo-se a uma convivência com pessoas estranhas e a procedimentos invasivos inerentes ao tratamento de saúde (Gomes e Fraga, 1997).

De qualquer maneira, as implicações de uma internação podem se traduzir de formas diferentes, uma vez que a singularidade humana é que irá determinar as diversas reações frente ao contexto de atendimento.

Assim, a permanência na Emergência pode ser entendida como um evento que faz aflorar sentimentos de medo relacionados à própria condição de portar uma doença, como mostra o depoimento de *José, 37 anos*:

“Eu me senti..., eu estava apavorado, achando que ia morrer, mas eu tive bastante assistência médica, bastante carinho por parte da, da equipe de enfermagem e equipe médica em geral, né. Foram bastante atenciosos comigo, daí essa segurança, né, mas é uma situação triste que você não imagina passar por aquilo, mas acontece, enfim, você tem que tentar superar, né. Eu tentava ser paciente, rezava por conseguir um leito pra vê se melhorava a situação”.

Esta declaração demonstra, além do que já foi comentado, aspectos que contribuem para determinar o sentimento do usuário durante sua permanência na Emergência. Se por um lado, a atenção dispensada pela equipe de saúde contribui para proporcionar segurança, por outro as condições ambientais e de

acomodação colaboram para aumentar o sofrimento, pois José *"...rezava para conseguir um leito pra vê se melhorava a situação"*. Ainda no último depoimento, fica explícito um sentimento bastante comum nas pessoas, de que as coisas ruins da vida só acontecem com os outros.

Quanto à relação equipe de saúde/usuário, muito tem se falado que o atendimento prestado acontece somente em uma dimensão biológica, sem que aspectos individuais sejam contemplados nesta relação (Alves, 1996; Gomes e Fraga, 1997). Porém, este estudo revela que o usuário percebe esta relação de uma maneira diferente, pois refere *"...bastante carinho por parte da equipe de enfermagem e equipe médica..."*, *"...a partir que tu chamasse elas, elas tavam junto contigo, sempre ajudando..."*.

Em contrapartida, o usuário demonstra um sentimento de que deve haver parceria na relação profissional/usuário, como forma de facilitar o atendimento. Neste sentido, podem ocorrer críticas entre os próprios usuários, revelando uma reprovação de certas atitudes, consideradas como desnecessárias:

"...tem pessoas que são exigentes. Teve um caso lá, de uma senhora que estava com a pressão alta, né, e exigia de ir embora, mas como a enfermeira disse "eu dependo do médico pra te liberar", e ela queria ir embora, então houve aquele..., mas eu acho que...vai mais é da pessoa...do que do próprio atendente, entendeu? Tem que ser uma coisa mútua...eles não podem fazer tudo,...penso eu, né". (Fátima, 47 anos)

"Tem aquelas pessoas que a gente tá vendo assim, que vão prali, vem pra, pra, são doente e que vem prali, mas é pra bagunçar, né, fica brabo e, e não querem isso, não querem, reclamam de tudo, né. Bá, e o pior é que como tem aqueles que reclamam de tudo". (Julio, 38 anos)

Outro aspecto identificado, diz respeito à dificuldade de acomodação adequada gerada pela superlotação do Serviço, sendo que isto resulta em sentimentos relacionados ao desconforto de permanecer sentado, explicitado na fala a seguir:

“Ah, eu não tava acostumado, eu me senti mal acomodado. As primeiras horas eu até suportei, mas depois a gente se sente meio desconfortado. Durante a noite a gente..., problemas, dores, cansado, sente sono, não tem onde deitar, aí tem que dar um jeito, tá entrando pros consultórios, que tem as macas ali nos consultórios, né, pra poder tirar ali uma hora, duas de sono, e daí o cara descansa e tem que levantar, sentar na cadeira de novo, né. Acho que é uma espera, né, sacrificada, exige um pouco de sacrifício, e a pessoa doente acaba se decaindo mais, devido a isso, né”. (Paulo 30 anos)

Por outro lado, a convivência dos usuários no mesmo ambiente, gera um sentimento em relação ao outro, construído a partir de quem, além de experienciar o contexto de atendimento, também se torna espectador dos eventos que acontecem ao seu redor:

“Ah, a gente se sente bem deprimido, né, porque a gente vê tanto sofrimento,...a gente fica deprimido. Na sexta-feira, quando eu tive a primeira vez, que eu nunca tinha estado num lugar assim, tava lotado aquilo, sabe, gente gemendo, gritando, uma senhora levantou da cadeira e caiu no chão; tiveram cinco que juntar ela; foi muito triste aquilo ali na sexta-feira que eu fiquei só cinco horas”. (Julio, 38 anos)

“Ah, ali tem pessoas muito mal; tem pessoas que tão, sabe, é até melhor a gente ficar sentada do que ficar ali, porque são pessoas que tão bem mal mesmo, né, então fica difícil pra gente; a gente acaba ficando mais nervosa ainda”. (Sandra, 47 anos)

“Ah, infelizmente não é nada agradável, é até...bastante assustador. Eu em casa, eu tinha medo de voltar pra emergência pra...não me encontrar novamente nessa situação; até nem tanto por mim, que eu fui super bem atendido e tive a felicidade de não ficar tanto tempo nesse local, mas mais pelo que acontece ao redor; outros pacientes que tão ali com uma idade bem avançada

e tão ali sentados ali há três dias e tomando medicação, exaustos e...é bastante assustador". (José, 37 anos)

Os depoimentos mostram uma tendência do usuário em visualizar no outro uma condição "pior" que a sua, o que pode ser interpretado como uma forma de mecanismo de defesa, enquanto se percebe, de uma certa forma, "privilegiado".

Da mesma forma, há no usuário uma necessidade de manter sua privacidade enquanto indivíduo, mesmo em um ambiente superlotado onde as pessoas são obrigadas a permanecer muito próximas umas das outras. Este fato revela um sentimento de auto-proteção, uma vez que esta proximidade pode representar um risco para sua situação atual de saúde:

"...a gente se sente ruim, né, se sente mal, vendo aquelas pessoas ali; assim ó, não discriminando ninguém, mas tem pessoa assim, que por exemplo..., as vezes tem aquelas pessoas cheia de piolho, cheias de sarna, né...eu, por exemplo, se eu vejo uma pessoa assim, eu nem procuro chegar muito por perto, né, porque já tenho problema suficiente, ainda vou pegar mais aquele monte de problema deles, né..." (Sandra, 47 anos)

Finalmente, o último depoimento, aqui transcrito, revela um sentimento que parece ter se tornado senso comum entre os usuário do Sistema de Saúde:

" Bom, me senti bem, tirando as pessoas lá com dor, gritando e coisa semelhante, eu me senti normal". (Ricardo, 28 anos)

5.2.5 Só tenho a agradecer

A qualidade dos serviços, de qualquer natureza, oferecidos à população é um assunto que vem sendo amplamente discutido, desde que o consumidor

foi reconhecido como o componente mais importante no processo que se estabelece na venda de um produto.

Da mesma forma, os serviços de saúde cada vez mais vêm dando importância a este processo e reconhecendo no usuário a finalidade principal de oferecer cuidados de qualidade e efetivos.

Sobre este aspecto, Mezomo (1992, p. 39)) destaca que:

“A qualidade dos Cuidados de Saúde exige a adesão dos profissionais às exigências de um programa que leve em conta as preferências dos pacientes, e isto exige o bom desempenho profissional, o eficiente uso dos recursos, o mínimo risco ao paciente (em termos de mal-estar e de doença iatrogênica) e a satisfação do paciente”.

Nesta perspectiva, Mezomo (1992) utiliza os três componentes do controle de qualidade como substrato para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, a saber:

- a) a estrutura se refere à maneira como o serviço de saúde está organizado para oferecer os cuidados, do ponto de vista material e humano. Deve estar adequado às características da população, como o perfil sócio-demográfico e seu sistema de valores, normas e expectativas;
- b) o processo se traduz pelas ações que os trabalhadores executam para os usuários, em relação ao tipo de ação e a maneira como é executada. A vontade e a expectativa do usuário é que determinam mudanças nos procedimentos;
- c) o resultado diz respeito à mudança no estado de saúde, que pode ser atribuída aos cuidados prestados. A satisfação do usuário pode ser um dos meios de medir este resultado, sendo que os aspectos psicológicos e sociais, bem como o seu nível de bem-estar geral devem ser considerados.

A satisfação pode, então, representar um eficiente instrumento a ser utilizado por administradores de serviços de saúde, bem como se propõe a ser um importante meio de interação entre o prestador e o usuário, na medida em que a satisfação é um julgamento sobre a qualidade do cuidado prestado (Santos, 1995).

Este processo que, didaticamente, pode ser dividido em componentes para facilitar sua compreensão, na prática acontece de uma forma dinâmica, em que a qualidade dos dois primeiros componentes serão determinantes do terceiro.

É na perspectiva da relação que se estabelece entre usuário/serviço de saúde, que esta análise possibilita a discussão de alguns aspectos que compõem a avaliação de um Serviço de Emergência (Oliveira, 1998). Embora não tenha sido solicitado formalmente aos informantes da pesquisa que avaliassem o Serviço em estudo, os depoimentos constantemente foram permeados por expressões relacionadas a este aspecto.

O fato dos serviços de emergência estarem passando por um momento histórico bastante frágil, reflexo da desarticulação do Sistema de Saúde, não justifica que estes serviços devam funcionar de uma forma também desarticulada. Os obstáculos impostos pelo Sistema para que se ofereça qualidade no atendimento, precisam ser transpostos por meio de alternativas bem planejadas pelos trabalhadores e administradores, no sentido de proporcionar à população usuária a melhor assistência possível.

Neste sentido, se faz importante conhecer a forma como o usuário avalia o serviço de saúde em questão, uma vez que é ele quem passa pela

experiência do atendimento. E é pensando nos usuários que mudanças podem ser efetivadas, no sentido de adequar o atendimento às suas necessidades de saúde e à política de saúde vigente.

Neste estudo, a totalidade dos informantes sentem-se agradecidos pelo atendimento recebido no Serviço de Emergência, objeto desta análise, sendo comum os depoimentos iniciarem por expressões do tipo "...já vou te falar antes, não tenho nada para reclamar...". Por outro lado, este tipo de declaração pressupõe um receio de tecer críticas em relação a um Serviço que, apesar de todas as dificuldades, acolhe o usuário. Skaba (1997, p. 116) relata este sentimento quando diz que:

"Os pacientes se vêm, muitas vezes, induzidos a fazer críticas ao atendimento dispensado pelo HMMC [Hospital Municipal Miguel Couto], mas assumem um discurso contraditório entre o revelar das deficiências do serviço e a gratidão por ter sido atendido ali".

De maneira geral, a avaliação no presente estudo acontece de uma forma desvinculada do sentimento de desconforto gerado pelo período e condições de permanência na Emergência, caracterizando, mais uma vez, a condição paradigmática de "paciente" (Antunes, 1991) assumida pelos usuários.

Assim, podem ser identificados diversos critérios que subsidiam a opinião dos usuários em relação ao atendimento ofertado na Emergência, sendo que estes podem dizer respeito ao Serviço, do ponto de vista de estrutura e funcionamento, como às atitudes dos profissionais que prestam o cuidado de saúde.

De qualquer maneira, o fato do usuário possuir um conhecimento leigo sobre a medicina, o impossibilita de fazer um julgamento quanto à competência das ações a que é submetido. Deste modo, os critérios utilizados para avaliar os diversos fenômenos que formam o contexto de atendimento, são os mesmos utilizados pelo senso comum, com base em noções como “certo” e “errado”, “bom” e “ruim”.

Em geral, os depoimentos dos usuários do Serviço de Emergência são permeados por críticas, mas ao mesmo tempo demonstram um reconhecimento em relação ao esforço que os profissionais fazem para atender todos, revelando um discurso contraditório, como mostra o depoimento de Neusa:

“A única coisa que eu achei errado era as pessoas tá esperando muito tempo, né, o pessoal já três dias sentado numa cadeira de rodas esperando prá ser atendido, o médico chegar e atender aquela pessoa, porque não tinha um médico especialista praquela pessoa ali, né. A única coisa que eu achei que não pode acontecer também, em lugar nenhum, né, nem aqui, nem... em lugar nenhum. Pessoa lá já sem perna, outro que nem caminha, ficar mijado lá com fraldão três dias lá não pode. Mas no meu..., pra mim eu fui bem atendida, né, lá embaixo, não tive problema nenhum”.

“...é muita gente pra pouco espaço e pessoal pra atender. Acho que se tivesse mais espaço, mais pessoal, aí não tinha aquele tumulto ali de tanta gente doente, porque chega um com uma coisa, outro com outra..., já vem mal, né, e daí tudo ali tem que atender os mesmos que estão ali de plantão, né. Daí, as vezes, eles mesmo não conseguem atender todo mundo como eles querem, né. Mas fui bem atendida lá embaixo, apesar da demora, coisa assim, eu achei que fui bem atendida, né,...porque eles não abandonam a gente, né. Enquanto tão lá, tão servindo comida pra quem precisa comer, né, chazinho, soro, eles fazem de tudo lá embaixo, naquela sala, até poder encaminhar pra um leito aqui em cima”. (Neusa, 38 anos)

Também é comum o reconhecimento pelo esforço dos profissionais em tentar diminuir o desconforto gerado pela necessidade de permanecer sentado

à noite. Os usuários fazem referência ao uso de consultórios como possibilidade de deitar para "...tirar um cochilo...":

"Segunda, pra amanhecer terça, eu fiquei três horas deitada, porque eu não agüentava mais. A enfermeira, chefe da enfermagem, me botou lá, deitada numa cadeira onde fazem exame ginecológico, sabe, então fiquei lá, deitada lá pra ver se passava minha dor nas pernas, a dor não, o enchume das pernas, à noite. Três horas que eu fiquei descansando as pernas lá, porque não tinha mais lugar, porque as pessoa mais doente, que tinham mais problema é que tavam lá, não tinha onde botá...". (Marisa, 38 anos)

"Eu deitei uma vez, foi a última vez agora, eu deitei duas horas. Só porque eu tava muito ruim, eles sentiram que eu tava ruim, me deitaram lá, numa cama lá, no consultório do médico lá, numa maca lá". (João, 44 anos)

Por outro lado, as relações conflitantes que se estabelecem entre trabalhadores ou mesmo em situações relacionadas ao atendimento, são consideradas como exceções e não chegam a mudar o bom conceito que o usuário possui do Serviço. Há uma tendência do usuário em identificar o problema, dar uma justificativa para o ocorrido e ainda sentir-se bem atendido, por achar que "...isso tem em tudo que é lugar...". Desta forma, fica evidenciado um sentimento de conformismo por parte do usuário, que já introjetou a idéia de que nos serviços de saúde, em geral, este tipo de prática é comum. Esta percepção, é explicitada no depoimento de *Julio*:

"Uma enfermeira, foi na sexta-feira, uma enfermeira brigando com uma técnica, que eu achei aquilo também uma...extrema falta de compostura profissional. Eu acho assim, que se tiver que dá uma, um "xixi", chama num canto e fala, né. Agora, ela abriu a boca no corredor pra todo mundo ouvir. A coitada chegou a ficar branca, assim, acho que louca pra se avançar nela..."

"...fui bem atendido, embora lá embaixo tenha umas, não sei se é porque trabalham de noite, são mal-humoradas, mas não são todas, é uma ou duas só que tem mau-humor lá embaixo, o resto é tudo pessoal legal..."

"...no mais, fui super bem atendido, com essas exceções, essas histórias que eu te contei, mas isso tem em tudo quanto é lugar, né, então é isso aí". (Julio, 38 anos)

A superlotação e suas conseqüências também são motivos de reflexão para o usuário do sistema de saúde. Sua permanência em um ambiente tumultuado, caracterizado pelo sofrimento, faz emergir um usuário crítico, consciente dos problemas que acometem o sistema de saúde no país. Deste modo, mesmo que sua avaliação tenha como substrato o serviço onde ele está sendo atendido, ele avalia o sistema como um todo, sendo que a mídia contribui para a construção deste entendimento.

"Nada de especial, de novidade, né, porque eu..., a gente sempre vê as matérias, enfim, televisão, jornal, revista, a situação da saúde no país, mas...é...,ao vivo assim, é como lhe disse há pouco, assusta, né, o paciente, porque ele vem frágil, buscando ajuda e..., entra num ambiente que é um verdadeiro caos assim, pela falta de estrutura. Não que a equipe não seja boa, até bastante eficiente; é pela quantidade de pessoas a serem atendidas e... material à disposição, equipamentos, mas...é, é essa surpresa assim de que as coisas poderiam ser melhores, né, e...esses ambientes assim, são pouco humanos, né, nesses atendimentos rápidos de emergência, enfim, principalmente quando tem excesso de pessoal e não existe leito". (José, 37 anos)

"Olha, me chamou a atenção, devido ao próprio local, né, o ambiente que eu não tô acostumado, então isso me chama..., pessoas com diversos tipos de problemas, né, cada um com um problema diferente, um é na barriga, outro é na cabeça, outro é paralisia. Isso aí tudo chama a atenção da gente, né, pra gente refletir a situação que encontra a saúde". (Paulo, 30 anos)

Por outro lado, o usuário, mesmo considerando seu atendimento satisfatório neste Serviço, possui um entendimento de que esta situação caótica ele encontraria em qualquer hospital público, em maior ou menor proporção, pois *"...não podia querer exigir um atendimento de hospital*

particular se aqui é um hospital público...”, e faz questão de deixar claro que não tem nada a reclamar, pois “...o atendimento é conforme as condições que te oferecem...,é isso aí”.

Finalmente, pode-se constatar que a satisfação do usuário do Serviço de Emergência está intimamente vinculada à disponibilidade do mesmo em resolver as necessidades de saúde daqueles que o procuram. Isto é evidenciado pela capacidade do usuário em separar as experiências boas das ruins, prevalecendo em sua avaliação o sentimento de ter sido bem atendido, como mostram os depoimentos:

“...não tenho queixa nenhuma, sou muito bem atendido lá, tirando esta parte, fui muito bem atendido lá”. (Ricardo, 28 anos)

“...eu gostaria de agradecer o serviço médico que tão me prestando, que eu acho que pra mim tá sendo bom, né, a atenção, apesar das alteração, dos negócio meio forçado e...ao pessoal da equipe médica, os enfermeiro em geral, né, o meu agradecimento”. (Paulo, 30 anos)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho, se faz necessário que algumas considerações sejam feitas, como forma de contribuir com o Serviço estudado, através dos achados da pesquisa.

Durante o processo de construção do estudo, procurei demonstrar a compreensão que os usuários do Serviço de Emergência possuem quanto ao contexto de atendimento. Desta maneira, foi possível conhecer, por meio de seus depoimentos e com base em observações, como os usuários percebem o processo que envolve seu atendimento, contemplando aspectos relacionados à procura pelo Serviço, bem como a trajetória que estes percorrem desde a chegada até a resolução de seus problemas de saúde.

O Serviço de Emergência, através de sua história, revelou que sua inserção no interior da instituição sempre esteve pautada pela necessidade de resolver problemas de demanda por atendimento, caracterizando-se, desde a sua criação, enquanto anexo de outro serviço, pelo acolhimento dos mais diversos motivos de procura. Até hoje, após uma década funcionando como Serviço, em área própria, permanece guardando as mesmas características daquela época, logicamente em maior proporção, uma vez que sofre diretamente reflexos dos crescentes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.

Atualmente, a superlotação se configura no maior desafio enfrentado pelo Serviço de Emergência, uma vez que este evento gera dificuldades de

prestar um atendimento de qualidade. Contribui para esta realidade, o fato da instituição ser referência no tratamento de algumas patologias, como é o caso da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA). Já há alguns anos, os indivíduos portadores desta doença, representam 40% das internações da Emergência, com uma média de permanência de seis a sete dias, sendo que esta média cai para dois a três dias nas demais doenças.

Desta maneira, a procura ao Serviço de Emergência pode acontecer por motivos diversos. Com base nos dados obtidos, identificou-se que essa procura se dá a partir de referências, as quais podem ser pessoais, de conhecidos ou por encaminhamento médico. Assim, experiências anteriores positivas fazem com que o usuário procure por atendimento no mesmo local. Também é expressivo o número de usuários que procuram a Emergência, por serem vinculados ao ambulatório de especialidades, onde seus médicos orientam a procura daquela unidade no caso de necessidade. É importante salientar que este tipo de orientação pode levar o usuário a avaliar suas necessidades como merecedoras de atendimento de emergência, resultando, muitas vezes, em uma má utilização do Serviço.

Como consequência da busca à Emergência, é imposto ao usuário a condição dele passar por uma triagem, a qual ele denomina de "seleção", devido à necessidade de reprimir a demanda por atendimento, que atualmente é bastante grande. Foram identificados três momentos de triagem, sendo que os dois primeiros são realizados por um segurança e por servidores administrativos, portanto, com base no conhecimento leigo. Somente a terceira triagem é efetivada pela equipe de saúde.

É por meio deste processo, que é avaliada a necessidade do usuário ser atendido na Emergência, agendar consulta no Serviço de Pronto Atendimento ou ser encaminhado a outro recurso da comunidade. O fato desta triagem acontecer dentro do Serviço de Emergência, contribui para sua procura, transformando-o em um local de marcação de consultas.

Além disso, a triagem acontece de uma maneira inadequada, visto que a possibilidade de ocorrerem erros na avaliação de saúde é muito grande, uma vez que pessoas leigas desempenham uma função que compete somente à equipe de saúde.

Contribui para a motivação do usuário em ser atendido na Emergência, o fato deste achar que as ações de saúde que lhe são oferecidas são resolutivas para os seus problemas. O Serviço é percebido como o local que congrega consultas a especialistas, investigação e tratamento de doenças. As ações são percebidas como imediatas, apesar de condicionadas a uma espera em condições inadequadas, as quais são geradoras de desconforto físico.

Foi também identificada a dificuldade apresentada pelo usuário para localizar-se dentro da unidade, uma vez que utiliza as expressões como “salinha da emergência”, “salinha da entrada”, “sentado” ou “deitado”, para se referir aos vários locais por onde passou.

Além disso, a Emergência é visualizada como um viés para conseguir uma internação hospitalar, tanto por parte dos usuários, quanto dos médicos que os encaminham para lá. Estes fatos demonstram a descaracterização da Emergência, uma vez que, originariamente, se propunha à realização de atendimentos rápidos e com alta rotatividade. Ao contrário disso, os usuários

estão sendo internados no próprio setor, por conta da escassez de leitos no restante do hospital.

A necessidade de permanecer por um tempo prolongado na unidade de emergência, faz aflorar no usuário sentimentos relacionados à maneira como ele se percebe naquele ambiente, bem como sentimentos gerados a partir da condição de espectador do que acontece com os outros usuários.

Os sentimentos auto-percebidos revelaram medo, desconforto, cansaço, depressão. Mas por outro lado, o carinho ofertado pela equipe de saúde, bem como a sua disponibilidade em ajudar, são considerados como geradores de segurança. Também fica explícito o sentimento de auto-proteção quando os outros casos são sempre considerados piores que o seu, assim como o de manutenção da privacidade quando a proximidade com o outro pode ser considerada como um risco à sua integridade física.

A avaliação dos usuários quanto ao contexto de atendimento é baseada na noção de bom e ruim, certo e errado, uma vez que estes não possuem um conhecimento técnico para avaliar as ações a que são submetidos. De qualquer maneira, há uma dificuldade em tecer críticas ao Serviço, resultando em um discurso contraditório, pois os aspectos negativos percebidos são comumente abrandados pelo sentimento de agradecimento pela disponibilidade do Serviço em prestar atendimento, mesmo em condições inadequadas. Entretanto, não se pode afirmar que o mesmo ocorreria com indivíduos entrevistados fora da instituição, pois o grupo participante deste estudo ainda possuía vínculo com a mesma, o que pode ter influenciado sua opinião quanto ao atendimento recebido na emergência.

Diante dos achados deste estudo, concluo que é necessário que se efetuem mudanças, para que a Emergência possa continuar a desempenhar o seu papel perante a sociedade, porém em condições mais adequadas.

Efetivar tais mudanças não depende somente dos trabalhadores do Serviço, mas exige um comprometimento da instituição como um todo, uma vez que a Emergência, além de acolher usuários dos diversos setores do hospital, pode ser definida como um "cartão de visitas", dada a sua localização.

Nesta perspectiva, este estudo traz algumas contribuições, as quais são substanciadas pelas discussões que foram geradas a partir da colaboração dos próprios usuários, que ao participarem desta pesquisa, na qualidade de informantes, revelaram o seu modo de compreender o atendimento. Entendo que planejar o atendimento, levando em consideração a experiência daqueles que o vivenciam, pode se revelar em uma maneira eficiente de atingir resultados satisfatórios.

Assim, as propostas aqui descritas procuram contemplar algumas modificações na dinâmica de atendimento, tanto no âmbito interno como externo à Emergência. É importante ressaltar que algumas contribuições são apontadas no sentido de ratificar mudanças já propostas pelo Serviço, as quais considero necessárias:

- a) transferência da triagem para uma área externa à Emergência, preferencialmente junto ao Serviço de Pronto Atendimento. Desta forma, ocorreria o processo inverso do que ocorre hoje, ou seja, os usuários seriam referenciados à Emergência a partir de uma avaliação no citado serviço. Para tal, é preciso que o Pronto

Atendimento funcione 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana;

- b) realização da triagem somente pela equipe de saúde, no sentido de proteger os usuários de avaliações de saúde inadequadas e arriscadas;
- c) atuação permanente de alunos e docentes da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem, no processo de triagem, fazendo com que o papel de hospital-escola seja cumprido;
- d) mudança na localização do box de emergência, evitando que pessoas que não fazem parte da equipe de saúde visualizem o atendimento;
- e) pensar em estratégias de conscientização da equipe de atendimento, quanto à importância de diminuir os ruídos do ambiente, principalmente os relacionados ao tom de voz muito alto.

Além destes aspectos, é necessário que as equipes médicas que atuam no ambulatório formulem estratégias de atendimento a seus usuários, evitando a utilização inadequada da Emergência. Na mesma perspectiva, há que se pensar em uma reestruturação da unidade de internação para SIDA, no sentido de proporcionar atendimento às situações agudas da doença, uma vez que é crescente o aumento do números de pessoas infectadas.

Tanto quanto pensar em estratégias para melhorar a dinâmica de atendimento, se faz necessário que a equipe de saúde que atua nos serviços de emergência, possua um entendimento de que a busca desenfreada por cuidados é um problema tanto social quanto biológico, e que, portanto, o

atendimento precisa ser proporcionado com vistas a torná-lo humanizado. Acredito que o agravamento de saúde e a necessária hospitalização, não podem representar uma descontinuidade na vida do indivíduo. Precisamos auxiliá-lo, da melhor maneira, a passar por este momento singular, sendo que para isto, precisamos atendê-lo na sua totalidade e não somente em sua disfunção orgânica.

Nesta perspectiva, acredito ter contribuído, com esta pesquisa, para o conhecimento do contexto de um serviço de emergência, além da visão técnica do atendimento, uma vez que foi possível revelá-lo através da ótica dos usuários.

Tenho claro que este estudo procurou mostrar apenas uma das maneiras de analisar o atendimento de emergência. Novas pesquisas poderão trazer benefícios aos serviços de emergência, ao proporcionarem a discussão de outros aspectos relacionados a esta temática. Assim, aponto para a necessidade da realização de estudos que investiguem, por exemplo, a visão da equipe de saúde sobre o contexto de atendimento ou ainda, a determinação quantitativa do perfil da clientela, entre outros.

Finalmente, espero que esta pesquisa possa beneficiar os usuários do Sistema Único de Saúde, que na suas necessidades de saúde procuram acolhimento nos serviços de emergência, no sentido de possibilitar uma outra forma de olhar e entender aqueles que, na sua singularidade, *pacientemente esperam...*

ABSTRACT

The purpose of this study is to know the user's understanding of an emergency service about the context he/she is cared for, concerning the environment and how this care is given. The qualitative approach was used as a methodological support, with the development of a case study that had free observation and non-structured interview as means to obtain information. The participants were twelve adults, that were receiving in-hospital treatment, after being cared for at the emergency service. During the analysis, through the categorization of data, the following categories were obtained: *should anything happen, go to the emergency service; that assessment; here everything is made; it isn't pleasant at all; I only have to thank.*

REFERÊNCIAS RESUMEN BIBLIOGRÁFICO

El objetivo deste estudio fue conocer la comprensión del usuario de un servicio de emergencia acerca del contexto donde es atendido, no que se refiere al ambiente y la forma como ocurre el atendimento. Fue utilizado como soporte metodológico, la investigación cualitativa al través de un estudio de caso, teniendo la observación libre y la entrevista no estructurada, como recursos para la obtención de informaciones. Lo grupo de participantes fue compuesto por doce individuos adultos, que fueron atendidos en la unidad de emergencia y estaban internados en el hospital. Al través de la análisis de los datos se obtuve las categorías: cualquier cosa, pasa na emergencia; *pasarás por una selección*; aquí se hace de todo; no es agradable; so lo tengo que agradecer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALVES, A. R. et al. Saúde e doença: uma abordagem socio-cultural. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C (orgs). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1996. Cap. 3, p.56-74.
- 2 ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- 3 ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. Emergência lotada. **Jornal AMRIGS**, Porto Alegre, ago. 1994. Capa.
- 4 BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Parte II- Os usos sociais do corpo, Cap. 3, p. 145-166: A cultura somática.
- 5 BRASIL. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- 6 CANESQUI, A. M. População e serviços de saúde: consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPÍNOLA, A. W. P. et al. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992. Cap. 6, p. 175-205.
- 7 CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema único de saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- 8 CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M. et al. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennés: Éditions ENSP, 1995. Cap. 2, p. 38-49.
- 9 COELHO, M. J. et al. **O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência**. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999. Cap. 4, p. 47-80: O cuidar em emergência: o panorama das salas de atendimento.
- 10 COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. Cap. 3, p. 67-91: O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência.
- 11 CORREIO DO POVO. Os doentes sofrem na emergência. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 27 abr. 1994, p. 9.

- 12 FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- 13 FERREIRA, J. F. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 8, p. 101-112.
- 14 GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- 15 GOMES, A. M. **Emergência: planejamento e organização da unidade, assistência de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1994.
- 16 GOMES, L. C.; FRAGA, M. N. O. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 3, p. 425-440, jul/set. 1997.
- 17 HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap.4, p. 70-99: Tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde.
- 18 HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório anual 1996**. Porto Alegre: HCPA, 1996.
- 19 _____. **HCPA- Emergência: propostas de modificações**. Porto Alegre: HCPA, 1994.
- 20 _____. **Relatório anual 1997**. Porto Alegre: HCPA, 1997.
- 21 _____. Serviço de Emergência. **Atendimento de pacientes no serviço de emergência**. Porto Alegre: HCPA, 1989. Instrução n. 138, f. 001-009, 13/10/89.
- 22 _____. **Serviço de Emergência: atendimentos realizados em 1998**. Porto Alegre: HCPA, 1998.
- 23 _____. **Serviço de Emergência: proposta de mudança**. Porto Alegre: HCPA, 1993. Minuta- 11/11/1993.
- 24 KNAUTH, D. R. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Porto Alegre: UFRGS, 1991. 187p. (Dissertação, Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS, 1991.
- 25 LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa qualitativa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. Cap. 2, p. 11-24: Abordagens qualitativas de pesquisa, a pesquisa etnográfica e o estudo de caso.

- 26 MAGALHÃES, A. M. et al. Implantação de um sistema de triagem em unidade de emergência. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 182-187, dez. 1989.
- 27 MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil dos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. 2 ed., São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995. Cap. 1, p. 19-91.
- 28 MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 3, p. 117-160.
- 29 MEZOMO, J. C. **Qualidade hospitalar: reinventando a administração hospitalar**. São Paulo: Cedas, 1992.
- 30 MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- 31 OLIVEIRA, F. A. **Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 206 p. (Dissertação, Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS, 1998.
- 32 PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. Cap. 18, p. 455-466.
- 33 PIVA, J. et al. **Relatório 1996**. Porto Alegre: HCPA/ Serviço de Emergência, 1996.
- 34 _____. **Serviço de emergência**. Porto Alegre: HCPA, 1998.
- 35 POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 11, p. 268-288: Pesquisa e análise qualitativa.
- 36 RIBEIRO, C. A. et al. **Comunidade, emergência, hospital: o que deve mudar**. Porto Alegre: HCPA, [1994].
- 37 RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

- 38 ROGERS, J. et al. **Enfermagem de emergência: um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 39 SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr/jun. 1995.
- 40 SKABA, M. M. V. F. **O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1997. 143 p. (Dissertação, Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, 1997.
- 41 STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 214p. (Tese, Doutorado em Clínica Médica). Faculdade de Medicina da UFRGS, 1998.
- 42 TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. Cap. 5, p. 116-175: Pesquisa qualitativa.
- 43 ZERO HORA. Hospital lotado. **Zero Hora**, Porto Alegre, editorial, p. 45, 01 jul. 1994.

ANEXOS

Letras sobre o

ANEXO A

Porto Alegre, 09 de agosto de 1999.

Prezado colega

Venho, por meio desta, comunicar-lhe que a partir desta data, estarei coletando dados para meu trabalho de conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem/UFRGS, no Serviço de Emergência, na área destinada ao atendimento de clientes adultos. O projeto de pesquisa foi aprovado no Grupo de Pesquisa e Pós- Graduação desta instituição, conforme documento em anexo.

Outrossim, gostaria de contar com sua colaboração no sentido de divulgar este documento à sua equipe de trabalho.

Coloco-me à sua disposição para fornecer-lhe maiores detalhes sobre o referido projeto.

Atenciosamente,

Prof^a. Mda. Maria Luiza Machado Ludwig

ANEXO B

Termo de Consentimento Informado

A presente pesquisa está sendo realizada pela Enfª. Maria Luiza Machado Ludwig, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. O estudo tem como objetivo conhecer o ambiente de um setor de emergência através da compreensão das pessoas que lá são atendidas.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos a que serei submetido.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;

- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- do direito de receber informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que possa afetar a minha vontade em continuar participando.

Data:---/---/---

Nome e assinatura do informante-----

ANEXO C

Entrevista

1 Dados de identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Escolaridade:

Endereço:

Diagnóstico médico:

Número de registro na instituição:

Convênio:

Tempo de permanência na Emergência:

Número de passagens pela Emergência:

2 Roteiro

2.1 Por quê o(a) senhor(a) procurou por atendimento nesta Emergência?

2.2 Diga os locais por onde passou na Emergência:

2.3 Conte o que aconteceu em cada local e que tipo de atendimento recebeu nestes locais. Especifique:

a) durante quanto tempo permaneceu em cada um? Por quê?

b) como foi o atendimento?

c) como se sentiu?

2.4 Alguma coisa lhe chamou a atenção nestes locais?

2.5 Gostaria de falar alguma coisa que não foi perguntada?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)