

Daniela Soares Santos

**O COTIDIANO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS  
DISCURSOS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES**

Belo Horizonte - MG

2015

Daniela Soares Santos

**O COTIDIANO DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS  
DISCURSOS DE USUÁRIOS E TRABALHADORES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

**Área de concentração:** Saúde e Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alves.

Belo Horizonte – MG

2015

Santos, Daniela Soares.  
S237c O cotidiano de um serviço de urgência e emergência nos discursos de usuários e trabalhadores [manuscrito]. / Daniela Soares Santos. - - Belo Horizonte: 2015.  
96f.: il.  
Orientador (a): Marília Alves.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Pessoal de Saúde. 3. Enfermagem. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Condições de Trabalho. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WX 215



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Tese intitulada: *“O cotidiano de um serviço de urgência e emergência na perspectiva de usuários e trabalhadores”*, de autoria da doutoranda Daniela Soares Santos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves – EE/UFMG – Orientadora

---

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri – FACE/UFMG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna – EE/UFMG

---

Prof. Dr. Fernando Coutinho – EE/UFMG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Odete Pereira – EE/UFMG

Belo Horizonte, 25 de novembro de 2015.

## AGRADECIMENTOS

*Gostaria de agradecer, primeiramente, aos meus pais, Edith e Enedino, por todo apoio e incentivo, estando sempre ao meu lado, sem medir esforços e jamais negando qualquer apoio para que eu pudesse alcançar os meus objetivos. Sou o reflexo de seus valores éticos e produto de seus ensinamentos de toda uma vida. Vocês foram e continuam sendo o meu trilhão, minha referência, fazendo parte da construção da pessoa que me tornei hoje. E aos meus irmãos, David e Danilo, pelo carinho e apoio incondicional. Amo vocês!*

*Ao Dan, meu amor, por estar sempre ao meu lado, por me dar força e equilíbrio nos momentos em que a ansiedade, o cansaço e a angústia pareciam ser insuperáveis. Pelos longos momentos de escuta e diálogo quando precisava compartilhar as ideias construídas ao longo deste estudo, pela compreensão e entusiasmo sempre presentes durante todo esse percurso. O seu amor, incentivo e dedicação foram fundamentais para a realização deste objetivo. Você é muito importante na minha vida!*

*Em especial, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves, minha orientadora e amiga, pelos valiosos momentos de orientação e grandes ensinamentos para a profissão e para a vida. Por ter me acolhido de braços abertos desde a época do mestrado e pela grande amizade e parceria construída no decorrer do nosso convívio. Você é um grande exemplo para mim, com quem aprendi muito e, sem dúvida, continuarei aprendendo. À você, minha eterna admiração e carinho!*

*Aos professores da Escola de Enfermagem da UFMG pela fundamental contribuição ao meu aprendizado. E aos colegas de doutorado, parceiros dessa jornada, pela oportunidade do convívio, demonstrações de afeto e solidariedade. Cada um de vocês contribuíram de maneira singular nessa caminhada.*

*Aos meus queridos e fiéis amigos, pela compreensão em relação as minhas ausências, pelo carinho, torcida e incentivo.*

*Aos profissionais e usuários do serviço, participantes desta pesquisa, pela disponibilidade, contribuição e por tornar possível a realização deste trabalho.*

*Enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, me apoiaram nesta trajetória com incentivos, informações, sugestões e, principalmente, com amizade e companheirismo, o meu muito obrigada!*

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os discursos de usuários e de profissionais sobre o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando o referencial pós-estruturalista que, em geral, questiona a realidade, quem são os indivíduos e como se relacionam em sociedade. Os dados foram coletados por meio de observação do cotidiano de atendimento da unidade e entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais de saúde, administrativos e de apoio da unidade de urgência e emergência que recebem e atendem os usuários do serviço. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados por meio de Análise de Discurso. Os resultados apontam que os usuários, em sua maioria, apesar de criticarem as condições de acesso e atendimento, tendem a não incorporar uma crítica maior ao serviço, tendo em vista que, em sua visão sobre a realidade da prestação de serviços públicos de saúde, este Pronto Atendimento ainda é melhor que os outros porque conseguem ter acesso, consulta médica em diferentes especialidades e exames complementares. O serviço ainda é visto como melhor, quando comparado a experiências de atendimento em outros serviços de atenção à saúde. É pouco, mas é o que conseguem e, em alguns casos, sentem-se mal por criticar o serviço que lhes acolheu. Em relação aos profissionais, é consenso em seus discursos a elevada demanda que chega ao Pronto Atendimento e a frequente superlotação do serviço. Além disso, salientam a necessidade de agilidade e capacitação profissional da equipe para o atendimento a casos de urgência e emergência, no entanto, este discurso fragiliza-se à medida que relatam deficiências vivenciadas no cotidiano do serviço. Neste estudo, o cotidiano é entendido como “aquilo que nos é dado a cada dia”, o espaço de produção e reprodução das práticas sociais, lugar da existência, das questões da vida rotineira. As práticas cotidianas representam maneiras de fazer, organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço. Assim, acredita-se que compreender o discurso de usuários e trabalhadores em relação às demandas e necessidades de saúde e as respostas às demandas no cotidiano do serviço pode contribuir para reorganização da micropolítica institucional, criação de medidas voltadas para o aperfeiçoamento do trabalho, otimização do atendimento, diminuição de erros, entre outros. O reconhecimento dessa dimensão pode refletir a satisfação de usuários com o serviço e dos profissionais com o trabalho e qualidade da atenção disponibilizada.

**Palavras-chave:** Serviços Médicos de Emergência, Cotidiano\*, Pós-estruturalismo\*, Pessoal da Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Enfermagem.

---

\* Os termos “cotidiano” e “pós-estruturalismo” ainda são pouco explorados como tema científico na área da saúde, embora sejam reconhecidamente trabalhados pelas ciências sociais. Por este motivo, até a presente data, não estão registrados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

## ABSTRACT

This study set out to examine the discourses of users and professionals on the everyday life services provided by urgent and emergency care units of a public hospital in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. It is a qualitative study, using the post-structuralism framework that tends to question reality, who individuals are and how they relate to society. The data was gathered by observing the everyday services of the units and by conducting semi-structured interviews with users and healthcare professionals, administrative and support staff of the urgent and emergency care units who assist and provide services to the users. The data produced by the interviews was studied through the Discourse Analysis. The results show that although most users criticize access and service conditions, they do not criticize those services more because, due to their view on the reality of the public health system, that Emergency Care Unit is better than the others because they can get access to it, schedule medical appointments in several specialties and also undergo complementary tests. The service is also viewed as better when compared to situations they have experienced in other healthcare units. It is not much, but it is what they can get access to and they feel guilty for criticizing the same service unit that received them. Concerning healthcare professionals, there is a consensus of opinion on the existing high demand entering the Emergency Care Units and frequent overcrowding. Additionally, they stress the need for agility and professional training to provide services in urgent and emergency cases. Nevertheless, those discourses are undermined as they report actual scarcities witnessed every day in these units. In this study, everyday life means "*what is given to us every day*", where we produce and reproduce social customs, a place of existence, the issues of routine life – and everyday practices represent socially organized ways of living in a given time and space. Thus, it is believed that understanding the views of users and professionals regarding healthcare demands and their needs, and meeting the daily demands of the service can contribute to reorganize the institutional micropolitics, create measures to improve the work, optimize services and reduce errors, among others. Recognizing this dimension can show user satisfaction with the units and staff satisfaction with the work and quality they offer.

**Keywords:** Emergency care services, Everyday Life, Post-structuralism, Healthcare professionals, Access to health services, Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Representação do campo de visão do pesquisador.....	13
FIGURA 2 -	Fluxo de atendimento do Pronto Socorro .....	35
QUADRO 1 -	Escala de Classificação de Risco estabelecida pelo Sistema de Triagem de Manchester.....	36
QUADRO 2 -	Perfil dos usuários do serviço de urgência .....	39
QUADRO 3 -	Perfil dos profissionais do serviço de urgência .....	41



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD -	Análise de Discurso
APS -	Atenção Primária à Saúde
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CR -	Classificação de Risco
CTI -	Centro de Terapia Intensiva
GBACR-	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
HOB -	Hospital Municipal Odilon Behrens
MTS -	Manchester Triage System
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PA -	Pronto Atendimento
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>O INÍCIO... AS PRIMEIRAS IDEIAS</b> .....	10
<b>2 SOBRE A REALIDADE COTIDIANA DA URGÊNCIA</b> .....	16
2.1 Sobre o pós estruturalismo .....	20
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	24
3.1 Tipo de estudo .....	24
3.2 Cenário .....	24
3.3 Sujeitos da pesquisa e o percurso da coleta de dados .....	27
3.4 Aproximação com os discursos .....	29
3.5 Aspectos éticos .....	32
<b>4 A PESQUISA SOB A PERSPECTIVA DO COTIDIANO E DO DISCURSO...</b>	34
4.1 Sobre o contexto .....	34
4.2 Sobre os sujeitos discursivos .....	39
4.3 Práticas Sociais no contexto de um Pronto Atendimento .....	42
4.3.1 <i>“A opção que a gente está tendo é aqui”</i> .....	43
4.3.2 <i>Vivências de usuários no cotidiano de um serviço de urgência</i> .....	53
4.3.3 <i>Discursos de profissionais sobre os motivos de procura pelo serviço e expectativas da clientela</i> .....	60
4.3.4 <i>“Até que o serviço faz milagre”: visão sobre o atendimento oferecido e vivências de profissionais no cotidiano do serviço</i> .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	88
<b>APÊNDICES</b> .....	91

## O INÍCIO... AS PRIMEIRAS IDEIAS

---

*“A paisagem que você vê da janela, depende da janela que você vê a paisagem.” (Gey Espinheira)*

## **O início... As primeiras ideias**

Quando falamos de pesquisa, logo tomamos consciência de todas as etapas necessárias para o seu desenvolvimento, que se inicia com a escolha do tema, recorte do objeto, elaboração do projeto de pesquisa, desenvolvimento da pesquisa e tem o seu desfecho com a divulgação dos resultados, em diferentes meios disponíveis. À primeira vista, pode parecer uma tarefa fácil, sequencial, padronizada, mas desde a concepção até a conclusão de uma pesquisa muito trabalho, esforço e dedicação são investidos no processo para o alcance dos objetivos propostos. Assim, como forma de compartilhar com o leitor um pouco dos “bastidores” desta pesquisa optei em iniciar este capítulo trazendo algumas reflexões que alicerçaram a construção desta proposta.

Ao leitor da enfermagem e aqueles acostumados a pesquisas com ênfase na clínica do cuidado, julgo ser relevante informar que esta é uma tese que pode, em algum momento, despertar inquietação ou certo estranhamento no decorrer da leitura por abordar o objeto em uma perspectiva das minúcias vivenciadas no cotidiano por usuários e profissionais. Este estudo é fruto de uma escolha epistemológica fundamentada no princípio da desconstrução/construção presente no pós-estruturalismo. Esta corrente de pensamento pós-moderna busca o questionamento de “leis universais”, lança um novo olhar sobre os sujeitos, discursos e contexto. E ainda, permite desenvolver uma análise crítico-reflexiva sobre o fenômeno em estudo, buscando compreendê-lo não apenas por uma única perspectiva, mas de forma contextualizada e crítica, sem a pretensão de generalização, compreendendo o sujeito como um ser complexo e dinâmico. Na nossa prática de pesquisa em enfermagem, a adoção desta corrente de pensamento como arcabouço teórico ocorre a partir de parcerias com enfermeiras pesquisadoras da Universidade de Alberta – Canadá, principalmente Dr<sup>a</sup> Mary Christine Ceci e Dr<sup>a</sup> Brenda L. Cameron, sendo que a primeira esteve na Escola de Enfermagem da UFMG, como professora visitante. Atualmente, pesquisas com este enfoque vêm sendo desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da UFMG, do qual minha orientadora e eu somos membros.

Fazer pesquisa não é uma tarefa fácil. No primeiro momento, pensamos que o projeto de pesquisa está pronto, mas no decorrer do processo de aprendizagem e

amadurecimento das ideias, temos muitos momentos de “crise”, dúvidas, angústia e mudanças de percurso. Inicialmente, minha proposta de pesquisa no doutorado era dar continuidade ao estudo da temática que eu havia trabalhado no mestrado, ou seja, dar continuidade ao projeto abordando as diversas gerações na enfermagem e suas relações no ambiente de trabalho. Assim, dediquei o primeiro semestre do doutorado na construção de uma proposta para esse projeto. No entanto, vários fatores contribuíram para a mudança do objeto e, conseqüentemente, do referencial metodológico. Na busca por um delineamento epistemológico para a tese, em conjunto com a minha orientadora, fui me aproximando da corrente pós-estruturalista, que será abordada de forma mais detalhada.

O mergulho no arcabouço teórico metodológico me fez refletir de forma ampliada e permitiu a compreensão de que, por meio de uma proposta pós-estruturalista, associada aos estudos do Cotidiano de Certeau e à Análise de Discurso, seria possível abordar o contexto em profundidade, haja vista o papel de destaque que tem neste estudo. Dessa forma, entendo ser essencial compreender o contexto de estudo – um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte –, assim como conhecer o contexto em que se insere o pesquisador e as perspectivas e motivações que deram origem a esta investigação.

A motivação para realização deste estudo não surge necessariamente de uma vivência profissional no serviço de urgência e emergência, mas de inquietações como enfermeira. Desde a graduação, tive afinidade por temáticas relacionadas à gestão em saúde e há alguns anos me dedico ao estudo na área, em especial, abordando recursos humanos em saúde e fatores associados que podem influenciar a qualidade da assistência, bem como o comprometimento no trabalho.

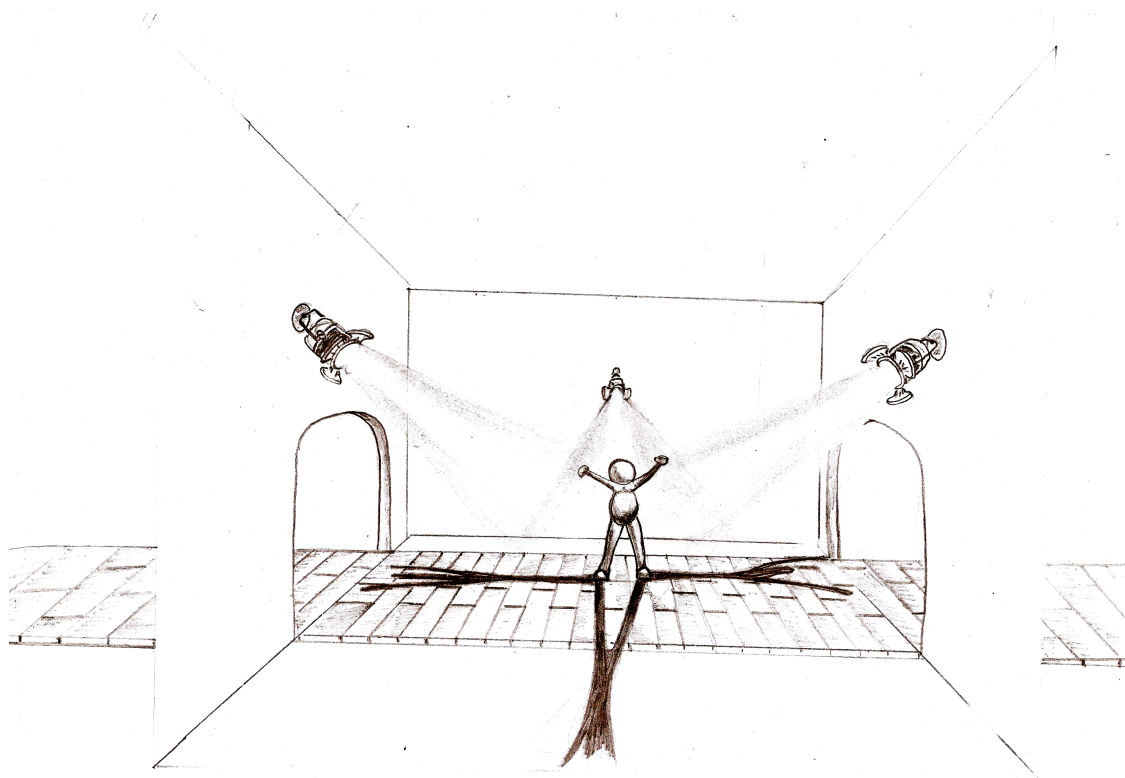
Após idas e vindas, construções e desconstruções, minha orientadora me convenceu a fazer a tese na área de urgência, tema ao qual vem se dedicando nos últimos anos. Pensamos, inicialmente, em abordar somente a clientela, mas depois o meu desejo de abordar, também, os profissionais envolvidos neste contexto de atendimento foi ganhando forma e trazendo a perspectiva de um trabalho científico compartilhado, de grande relevância para os serviços de saúde e que, ao mesmo tempo, tornou-se uma prazerosa jornada, tanto para mim quanto para minha orientadora. E como compartilhávamos o mesmo local de trabalho nesse período, o retorno para casa, a hora do cafezinho e os momentos de lazer se misturavam com

as discussões sobre os rumos desse projeto, rompendo com a ideia estruturada de “hora da orientação”, “hora do trabalho” e outras dimensões da vida cotidiana.

Estudar o cotidiano como “o espaço de produção e reprodução das práticas sociais” me ajudou a “digerir” as abordagens teóricas escolhidas não apenas como algo a constar em um referencial teórico de uma tese, mas como algo vivido todos os dias e que certamente deu início a um processo de mudança na minha maneira de ver o mundo. Assim, a tese tornou-se essencial na minha vida, parte do meu cotidiano e de um processo de transformação interior. E, assim como a vida, é capaz de despertar em nós os mais variados sentimentos, como angústia, incerteza, alegria, cansaço, ansiedade e prazer.

Em relação ao contexto do pesquisador, como enfermeira que sou, busquei valorizar minhas vivências na área hospitalar em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), fazendo um retorno em meu caminhar rumo ao paciente crítico da urgência que, muitas vezes, é direcionado para a terapia intensiva. Portanto, o foco na urgência me fez reviver o cotidiano de profissionais que lidam com pacientes críticos, seja em CTI ou em serviços de urgência, e dos pacientes críticos que esperam respostas numa malha de interrogações geradas por um determinado quadro de saúde e pelas expectativas de atendimento.

Quando a perspectiva de trabalho se tornou consistente, voltei a pensar em quão valiosas foram as experiências na área de recursos humanos e na gerência de ensino em pesquisa, pois estou tendo a possibilidade de somar tudo que me foi dado em meus 33 anos de idade e, por isso, me considero privilegiada. Acredito que essas vivências profissionais tenham contribuído de forma significativa para o processo de construção desta pesquisa, desde a escolha do tema e percurso delineado, tendo em vista que nossas práticas e ideologias influenciam e são influenciadas pelo contexto do qual fazemos parte, pelas nossas experiências vivenciadas, pela formação e pela cultura. Nesse sentido, elaborei a figura 1 para representar o campo de visão do pesquisador, com seus holofotes atentos, voltados para o objeto de estudo com um percurso planejado, mas ao mesmo tempo, ciente das limitações (representada pelas paredes) inerentes ao contexto vivido por cada um de nós ao longo da vida, tais como ideologias, experiências de vida, formação, interesses acadêmicos e profissionais, além das crenças e valores.



**Figura 1: Representação do campo de visão do pesquisador.**

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Esta concepção acerca da influência das vivências do pesquisador (analista do discurso) na análise e interpretação do discurso coaduna com o exposto por Fairclough (2008), pois:

Os interpretes são, é claro, mais do que sujeitos do discurso em processos de discurso particulares; eles são também sujeitos sociais, com experiências sociais particulares acumuladas e com recursos orientados variavelmente para múltiplas dimensões da vida social, e essas variáveis afetam os modos como vão interpretar os textos particulares (FAIRCLOUGH, 2008, p.173).

Neste estudo, optei por abordar o discurso dos usuários e profissionais do serviço por acreditar que esta aproximação poderá ampliar o “campo de visão” a respeito das demandas/expectativas dos primeiros e entrega/oferta de serviços pelos profissionais. As convergências e divergências entre o que os usuários necessitam e esperam do atendimento em um serviço de urgência e emergência e o que os profissionais do serviço acreditam oferecer para atender as demandas e necessidades de saúde desses usuários, no cotidiano dos serviços, é um campo fértil para estudos.

Diante do exposto, pretende-se com este estudo, obter respostas para o seguinte questionamento: como os discursos de usuários e profissionais aparecem no cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público? Nesse sentido, pressupõe-se que estes discursos devem apresentar diferenças significativas, tendo em vista as diferentes inserções sociais de cada grupo e o lugar de onde falam.

O espaço de produção da urgência envolve diferentes grupos, com diferentes expectativas, diferentes estratégias e táticas e, por isso, o cotidiano como “[...] aquilo que nos é dado a cada dia” (CERTEAU, 2009, p.31), pode lançar luz sobre o contexto real e apontar novas possibilidades de atendimento. Com isso, neste estudo, assume-se a concepção de que os serviços de saúde constituem espaços privilegiados para análise discursiva e sobre o cotidiano, porque apesar de ser um lugar aparentemente caótico, há excesso de normas como estratégia, que já não dão conta de governar e dar identidade aos serviços.

Desta forma, o objetivo do estudo é analisar os discursos de usuários e de profissionais sobre o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte.



## ***SOBRE A REALIDADE COTIDIANA DA URGÊNCIA***

---

*“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la.” (Bertolt Brecht)*

## 2 SOBRE A REALIDADE COTIDIANA DA URGÊNCIA

Neste estudo, buscou-se fazer um recorte para discutir o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público, por meio do discurso de usuários e profissionais (equipe multiprofissional). Além do discurso de usuários, optou-se em contemplar, também, a perspectiva dos profissionais que gerenciam e atuam nesse ambiente, com o intuito de compreender seu discurso em relação ao atendimento prestado, às demandas e necessidades de saúde da clientela que procura o serviço e por considerar que a percepção dos usuários sobre o atendimento está intimamente ligada à atuação das equipes de trabalho e gestores do serviço. Para tal, foi utilizado como cenário o Pronto Atendimento de um hospital público que atende diversas situações de urgência/emergência e pode possibilitar uma reflexão acerca dos discursos sobre o cotidiano vivenciado por usuários, trabalhadores e gestores, bem como das convergências e divergências entre demanda e oferta de serviços, ou seja, entre o atendimento buscado e recebido pelo usuário e o disponibilizado pelos funcionários.

Atualmente, o cotidiano dos serviços de urgência e emergência brasileiros pode ser caracterizado como um ambiente superlotado e com condições de atendimento insuficientes, que despertam diversos tipos de sentimentos tanto nos usuários do serviço quanto na equipe multiprofissional que os atende. Além disso, tais serviços configuram-se como um local onde se pressupõe que as pessoas que o procuram julgam necessitar de atendimento rápido e até mesmo imediato, tendo em vista a sua condição de saúde. Nesse contexto, usuários e profissionais convivem com dor, sofrimento, medo, incertezas, falta de informação, vulnerabilidades. E ainda, os profissionais lidam diariamente com pacientes graves e/ou que supõem necessitar de atendimento de urgência, além do aumento constante da demanda, em parte, ocasionada pela procura inadequada, sendo comuns ocasiões em que a urgência/emergência é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Desta forma, estes serviços tornam-se, com facilidade, alvos de intensas críticas e reclamações.

Aliada a esta realidade tem-se, atualmente, um forte apelo ao discurso de mudança, embora as práticas encontrem-se, em grande parte, ancoradas na tradição de antigos processos de trabalho e de atendimento construídos com base

em outras tecnologias. Os avanços tecnológicos foram expressivos, assim como a reorganização do sistema de saúde, porém, não foram acompanhados pela prática assistencial no cotidiano dos serviços, ou seja, pelas maneiras de fazer atenção à saúde. Os discursos organizacionais têm sido direcionados para a qualidade, impulsionando a adoção de programas e modelos voltados para certificação dos hospitais como produtores de assistência de qualidade. Neste processo, ainda que de forma incipiente, os usuários têm ganhado espaço gradativo na avaliação dos serviços de saúde por meio de ouvidorias, opinião sobre os serviços e até mesmo ações judiciais. No entanto, não há garantias de que a adoção de modelos de certificação e/ou de parâmetros de qualidade seja suficiente para sustentar, isoladamente, um padrão de qualidade capaz de produzir melhores resultados e, além disso, de atender às expectativas de usuários e profissionais, configurando um espaço onde, não raramente, quem procura o serviço e quem atende possuem expectativas diferentes em relação ao fazer em saúde.

Nesse cenário, alguns fatores dificultam o sucesso esperado. Em geral, estão relacionadas à adoção de estratégias pouco adaptadas ao contexto organizacional e social, deficiências na infraestrutura, condições inadequadas ao desenvolvimento das propostas, falhas no planejamento de ações e na comunicação institucional e ineficiência no preparo das pessoas para mudanças (ASSIS; JESUS, 2012). Assim, muitos destes instrumentos de busca de qualidade dos serviços e organização dos processos de trabalho encontram obstáculos como, por exemplo, o baixo envolvimento e adesão dos trabalhadores.

Nesse sentido, o cotidiano das organizações, seus projetos, programas e ações necessitam ser analisados em diversas perspectivas, ou seja, a dos gestores, levando em consideração fatores econômicos, recursos e capacidade instalada; dos seus profissionais, no que diz respeito às condições laborais, satisfação, relações interpessoais e processos de trabalho; e sob a ótica da clientela, em termos de percepção do atendimento recebido e resposta às suas demandas e necessidades. No entanto, esta é apenas uma forma de olhar, tendo em vista que múltiplas abordagens de análise podem ser aplicadas à realidade complexa das organizações hospitalares e, particularmente, da urgência, ampliando e diversificando a visão sobre esse contexto.

Compreender o discurso de usuários e trabalhadores em relação às demandas e necessidades de saúde que permeiam o cotidiano do serviço pode

contribuir para repensar formas de gestão e reorganização da micropolítica institucional, que auxiliem a adoção de medidas de aperfeiçoamento do trabalho, otimização do atendimento, diminuição de erros ou eventos adversos, entre outros. Além disso, espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para a reestruturação das ações da Rede de Atenção à Saúde (RAS), minimizando os problemas relacionados à superlotação dos serviços de urgência e emergência, e servir de subsídio para a definição de medidas efetivas para o adequado direcionamento do atendimento oferecido ao usuário.

Merhy e Feuerwerker (2009) afirmam que é necessário potencializar o trabalho cuidador em que o profissional, no momento da assistência, ao se relacionar com o usuário, construa um espaço de encontro entre o usuário e profissional de saúde. Acredita-se que o reconhecimento desta dimensão, orientada para o olhar crítico das maneiras de fazer e reinvenção das práticas cotidianas do pronto atendimento, pode refletir tanto na satisfação dos profissionais com o trabalho quanto na qualidade do serviço prestado.

Ressalta-se que as práticas cotidianas de um serviço de urgência e emergência são influenciadas por múltiplos fatores, seja por parte dos usuários ou dos profissionais, que adotam estratégias e/ou táticas para ter acesso mais rápido ao serviço e para responder às múltiplas demandas que chegam ao serviço, respectivamente. Tais fatores podem interferir no planejamento das ações do serviço, bem como no cumprimento do que é esperado em relação ao atendimento. Atrelada a essa realidade, têm-se os longos períodos de espera em ambientes desconfortáveis, caracterizados por uma estrutura física que separa a “sala de espera” dos demais setores e serviços, representando uma barreira entre usuários e trabalhadores.

Neste estudo, o cotidiano é entendido como “[...] aquilo que nos é dado a cada dia” (CERTEAU, 2009, p.31), o espaço de produção e reprodução das práticas sociais, lugar da existência, das questões da vida rotineira. E as práticas cotidianas representam as maneiras de fazer, organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço. Nesse cotidiano, encontra-se uma miscelânea de práticas sociais que podem tanto representar a lógica do poder hegemônico, denominadas estratégias por Certeau, quanto serem divergentes a ela, no caso das táticas. As estratégias representam um lugar circunscrito, controlado por um conjunto de operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço

social. Já as táticas podem ser entendidas como os procedimentos diversos, ágeis e flexíveis, que se esquivam das regras estabelecidas pelas estruturas de poder e, desse modo, estão relacionadas a um desafio comum: a possibilidade de agir dentro de determinadas condições (CERTEAU, 2013).

O estudo do cotidiano aponta perspectivas importantes de compreensão da realidade, levando em consideração os “sujeitos ordinários” que a constituem, bem como suas diferenças em cada contexto. Esse cotidiano concretiza-se por meio das atividades realizadas e vivenciadas pelos sujeitos a partir de sua condição como ser individual e ser ordinário (CERTEAU, 2013). Nesse contexto, o presente carrega consigo suas concepções de futuro e a ideia de que esse cenário possível, virtual, tanto quanto os caminhos já passados, influenciam diretamente o presente. Dessa forma, a “vida cotidiana” deve ser compreendida de forma maleável e flexível, mas sempre reativa a pressupostos dogmáticos, sendo seu olhar contrário às construções inalteráveis e generalizações que aprisionam a realidade como uma imagem fotográfica (CERTEAU, 2013; LEFEBVRE, 1991). Essa concepção desafia e instiga a lançar um olhar reflexivo sobre a realidade que cerca as pessoas, exigindo uma posição crítica diante dela.

Assim, destaca-se a necessidade do olhar atento para o cotidiano de um serviço de urgência, na tentativa de abrir possibilidades para compreender os sujeitos desse contexto, em seus espaços de produção e reprodução social. Desta forma, o discurso de usuários e trabalhadores sobre o contexto de atendimento constitui um importante indicador de qualidade do serviço prestado, uma vez que viabiliza diretrizes para o planejamento institucional e, quando lhe é dada a devida importância, torna-se capaz de promover a melhoria do atendimento, bem como maior eficiência do serviço. Além disso, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a percepção do usuário em relação ao serviço representa um paradigma que reforça os princípios da participação e controle social, direitos individuais e cidadania defendidos pela política de humanização e atua como um parâmetro essencial para a adequação desses serviços às suas demandas (BRASIL, 2003).

Diante do exposto, busca-se a compreensão na perspectiva de quem apresenta demandas e espera ser atendido e de quem tem o papel social de disponibilizar serviços, atendendo às demandas que chegam. Nesse sentido, o contexto da urgência, como espaço onde se inserem grupos distintos com necessidades e expectativas particulares, torna-se um rico campo de investigação,

na tentativa de colocar em discussão novas possibilidades de produção do cuidado em saúde.

Certeau (2013), em relação aos espaços de produção e consumo, afirma que é terreno fértil para estratégias (mais por parte dos produtores que têm um “lugar próprio”) e táticas (que não têm um “lugar próprio”) utilizadas por produtores e consumidores, com os deslocamentos necessários, que substituem os métodos impostos pela identificação com o lugar, servindo-se deste cenário para práticas astuciosas, teimosas e cotidianas daqueles que o utiliza.

## **2.1 Sobre o pós-estruturalismo**

A esfera teórica e filosófica da década de 1960 foi marcada por intensas discussões e debates entre as diversas correntes teóricas existentes como o marxismo, existencialismo, fenomenologia e estruturalismo. Em decorrência das mudanças advindas desse rico contexto, diversas disciplinas e, até mesmo, os próprios paradigmas teóricos existentes tornaram-se passíveis de questionamentos e críticas, dando origem a novas correntes de pensamento como o pós-modernismo e o pós-estruturalismo (LECHTE, 2011). Ademais, para maior clareza epistemológica torna-se necessário compreender as origens e pressupostos desta corrente de pensamento.

O pós-estruturalismo é um “movimento de pensamento” que tem origem no interior do movimento estruturalista, na década de 1960, a partir da necessidade de repensar os pressupostos do estruturalismo, fortemente baseados na ideia de estrutura para o entendimento de fenômenos sociais, de forma a compreender a realidade social como um conjunto formal de relações. Além disso, o estruturalismo pode ser entendido como uma corrente de pensamento integrada às ciências sociais, proveniente da linguística estrutural desenvolvida, no início do século XX, por Ferdinand de Saussure e Roman Jakobson.

A corrente de pensamento pós-estruturalista – inspirada, inicialmente, nos trabalhos dos filósofos alemães Friedrich Nietzsche e Martin Heidegger – surge como uma crítica às limitações do estruturalismo que, embora possibilitasse suplantar a tradicional corrente positivista, apoiava-se na concepção da realidade social entendida como um complexo estruturado de relações. Essa concepção estruturalista tende a considerar que o sujeito não representa o ponto central da

construção de significação e de sentido das coisas, bem como do seu discurso, pois a sua existência está atrelada a estrutura social da qual faz parte (RODRIGUES, 2009; PETERS, 2000).

O termo pós-estruturalismo é comumente confundido com pós-modernismo, havendo inclusive críticos que defendam a ideia de que a definição de pós-estruturalismo deva apresentar uma relação de dependência a de pós-modernismo. No entanto, com o intuito de esclarecer possíveis equívocos, entende-se por pós-modernismo como movimento estético e artístico visto como uma reação ao modernismo e ligado, inicialmente, às artes e arquitetura. Desenvolve-se, em particular, a partir da inovação e do experimentalismo artísticos e mantém uma relação ambivalente com o modernismo, considerado uma categoria estética (ALVESSON; SKÖLDBERG, 2000; PETERS, 2000).

O pós-estruturalismo representa, em seus vários aspectos, esforços na tentativa de questionar a ideia de que todos os sistemas são estruturas constituídas a partir de conceitos consolidados, que definem o status e a posição social dos indivíduos (PETERS, 2000). Nesse sentido, a utilização do referencial pós-estruturalista tem como foco questionamentos sobre o que é a realidade e de que forma os indivíduos estabelecem suas relações sociais no cotidiano, levando em consideração o contexto. Ou seja, as realidades e verdades de cada época são construídas socialmente por meio da tensão entre os discursos emergentes e os hegemônicos, no intuito de modificar ou reafirmar as práticas socialmente reconhecidas (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

São típicas da abordagem pós-estruturalista a defesa às múltiplas perspectivas de interpretação, resistência à universalidade dos significados, além da ideia de que o domínio do modelo positivista e do conhecimento científico deve ser contestado. Assim, a verdade torna-se uma questão de perspectiva, em vez de ordem absoluta. Isto significa questionar as verdades universais e formas de racionalidade e abrir espaço para a compreensão das maneiras de expressão da individualidade (WILLIAMS, 2005). Além disso, a perspectiva pós-estruturalista, coloca em evidência o questionamento ampliado sobre a ciência e seus limites, a partir do entendimento de que os pensamentos, desejos e atos dos sujeitos possuem dimensões extracientíficas valiosas que não podem ser explicadas e contempladas apenas pelo paradigma científico.

“A ciência não pode justificar postulados de objetividade ou de maior veracidade, já que os fundamentos de tais postulados são, eles próprios, sujeitos à crítica ou à desconstrução em termos de seus limites. Não há um fundamento puramente científico para a justificação da ciência (WILLIAMS, 2005, p. 17).

Segundo o pensamento pós-estruturalista, a vida não deve ser definida apenas pela ciência, mas também pela história, pensamento e experiência. Desta forma, alguns dos principais pensadores pós-estruturalistas, como Jacques Derrida (desconstrução), Gilles Deleuze (dialética e empirismo transcendental), Jean-François Lyotard (economia libidinal), Michel Foucault (genealogia e arqueologia) e Julia Kristeva (dialética), defendem em suas obras a ruptura do senso seguro do significado e referência da linguagem dentre outros, como uma forma de resistir a verdades absolutas e oposições pré-estabelecidas. Nesse sentido, a ruptura é entendida com algo positivo que abre uma nova perspectiva de compreensão do cotidiano em que vivemos e mostra-se como uma fonte interminável de transformação da natureza da verdade e da moralidade de cada tempo e contexto. Além disso, *“o pós-estruturalismo não rejeita simplesmente as coisas, mas trabalha dentro delas para desfazer seus postulados exclusivistas de verdade e pureza”* (WILLIAMS, 2005, p.08)

A corrente de pensamento pós-estruturalista tem como principais características a relação com a “filosofia da diferença”; a superação do estruturalismo e da influência de Hegel no pensamento francês; a forte influência da linguística; a busca das discontinuidades de um fenômeno, livrando-se das estruturas gerais, sem a pretensão de produzir “leis universais” ou generalizações; e o questionamento do sujeito, compreendido nesse caso como um ser complexo e dinâmico (PETERS, 2000). Portanto, o pós-estruturalismo é marcado pela necessidade de desconstrução, tendo em vista que a marca central de sua antecessora é a estrutura, e traz como uma de suas características o fato de buscar analisar a escrita como uma fonte dialética de valores, crenças e subjetividade (LECHTE, 2011). Nesse sentido, torna-se uma abordagem adequada ao estudo, tendo em vista a possibilidade de buscar as diferenças, utilizando a linguagem e o discurso como instrumentos de análise.



## PERCURSO METODOLÓGICO

---

*“É preciso sentir a necessidade da experiência, da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender.” (Émile Durkheim)*

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando o referencial pós-estruturalista que, em geral, questiona a realidade, quem são os indivíduos e como se relacionam em sociedade. Nesta “abordagem” teórica, a realidade e as verdades são concebidas e situadas em cada período temporal como construções sociais produzidas na tensão entre discursos dominantes e emergentes, que procuram manter ou modificar determinados entendimentos e práticas sociais estabelecidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A opção pela abordagem qualitativa tem como base o objeto da pesquisa, além do fato desta abordagem possibilitar a compreensão de fenômenos complexos que não podem ser reduzidos à quantificação de variáveis. A pesquisa qualitativa, voltada principalmente para o aprofundamento e abrangência na percepção do objeto em estudo do que às generalizações, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes em busca da compreensão de fenômenos sociais em seu contexto (MINAYO, 2010a; TRIVIÑOS, 1987).

Há que se ressaltar que estudos do cotidiano de serviços de saúde, com enfoque qualitativo, baseada no discurso dos sujeitos, no contexto social e na descrição de processos, ainda são escassos e, até mesmo, pouco valorizados no meio científico da área de saúde. Apesar do arcabouço teórico existente sobre cotidiano, muitas vezes, o mesmo tem sido abordado como dia-a-dia dos serviços, das pessoas, de espaços, entre outros. Este estudo utiliza o referencial de cotidiano de Certeau em uma abordagem qualitativa.

#### **3.2 Cenário**

O cenário desta pesquisa foi o serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte. Trata-se de um hospital de alta complexidade, geral e de ensino, com serviço de Pronto Atendimento 24 horas, internação e ambulatorial de especialidades.

Criado em 1944 para atender aos funcionários da prefeitura de Belo Horizonte, desde 1989 foi integrado ao Sistema Único de Saúde e passou a dedicar-

se ao atendimento exclusivo de usuários do SUS. No ano de 1993, foram abertos os primeiros leitos de CTI adulto e infantil, berçário de alto risco e incorporação tecnológica com equipamentos de apoio diagnóstico, caracterizando o hospital como Pronto Socorro geral. Em 2005, foi implantada a Classificação de Risco (CR) na urgência/emergência do hospital como forma de gestão e organização da porta de entrada da urgência, permitindo a ordenação do atendimento por prioridade clínica e não mais por ordem de chegada.

Atualmente, o hospital representa importante porta de entrada para urgências e emergências do município e oferece atendimento à população de Belo Horizonte, cidades vizinhas e do interior de Minas Gerais, sendo referência para a população da Regional Noroeste e para Unidades de Pronto Atendimento (UPA) das regionais Nordeste, Pampulha e Oeste. Possui serviço de Pronto Atendimento de referência para urgências clínicas, traumáticas e neurológicas; Classificação de Risco; maternidade e berçário de alto risco; unidades de internação de clínica médica e cirúrgica; centros de terapia intensiva e ambulatório para atendimento em diversas especialidades. Atualmente, o hospital possui 488 leitos, com capacidade para realizar cerca de 1600 internações por mês<sup>2</sup>.

O Pronto Socorro realiza atualmente cerca de 13.000 atendimentos mensais e 430 atendimentos por dia<sup>3</sup>, e conta com uma área física de 1.627 m<sup>2</sup>, composta pelo Pronto Atendimento, sala de emergência, triagem pediátrica e urgência pediátrica. A estrutura física da unidade inclui a entrada principal, na qual se dá o acesso de usuários e pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outros serviços de atendimento pré-hospitalar. A unidade possui uma sala de emergência, chamada como “Poli” pela equipe, com vinte leitos equipada com recursos materiais e humanos necessários para assistência aos casos emergenciais até que sejam estabilizados e/ou encaminhados para um Centro de Terapia Intensiva (CTI); três salas para classificação de risco, mas atualmente há somente dois enfermeiros classificadores por plantão; duas áreas de espera, sendo uma da Classificação de Risco e outra na entrada da unidade; seis consultórios médicos para atendimento prioritário aos usuários que passaram pela CR; um

---

<sup>2</sup> Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria municipal de Saúde. 2013. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=saude>>. Acesso em 28 de out de 2013.

<sup>3</sup> Fonte: Relatório estatístico do pronto socorro (junho/julho 2014). Disponibilizado com autorização da gerência de enfermagem do pronto-socorro.

consultório para atendimento de psicologia e outro para o serviço social; duas salas de observação do Pronto Atendimento, onde ficam os pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos ou liberação de leito para internação, além de cadeiras nos corredores internos da unidade, rotineiramente utilizadas pelos pacientes na ausência de macas ou leitos suficientes para recebê-los, os chamados leitos de retaguarda da urgência. Ainda no Pronto Socorro tem-se farmácia satélite, localizada no próprio setor de dispensação, laboratório de análises clínicas, expurgo e salas para sutura, curativos, realização de exames laboratoriais e de imagem (radiografia, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética), salas da odontologia de urgência e das especialidades médicas (ortopedia, cirurgia geral e cirurgia vascular).

No Pronto Atendimento, unidade responsável pelo atendimento inicial ao usuário em situações de urgência/emergência, o quadro de pessoal da saúde por plantão é formado por 02 (dois) enfermeiros da Classificação de Risco e 01 (um) enfermeiro para observação, 07 (sete) técnicos de enfermagem para a CR e observação, 03 (três) clínicos, 02 (dois) neurologista/neurocirurgião, 01 (um) cirurgião, 01 (um) ortopedista. Por se tratar de um hospital de ensino e pesquisa, a unidade recebe alunos de graduação de diversos cursos da área de saúde, residentes médicos e profissionais da residência multiprofissional, que hoje abrange enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, serviço social, farmácia e terapia ocupacional.

Além dos profissionais de saúde que realizam atendimento na unidade, o Pronto Atendimento conta com profissionais de apoio e administrativo, tais como: auxiliares administrativos que atuam no guichê, corredores da triagem e secretarias das gerências, equipe de limpeza, vigilantes, guardas municipais e equipe do projeto "Posso Ajudar?". Este projeto é composto por estudantes de vários cursos da área de saúde ou áreas afins, encarregados de acolher os usuários do pronto socorro por meio de uma abordagem humanizada, encaminhá-los aos locais e aos serviços corretos, organizar o fluxo, aprender a ouvir e a reconhecer as necessidades dos usuários. O objetivo do projeto é acolher, orientar e informar usuários, familiares, acompanhantes e/ou visitantes de forma a melhorar a qualidade e o fluxo de atendimento nos diversos setores do hospital, em especial no Pronto Socorro (ARAÚJO, 2008).

### 3.3 Sujeitos discursivos e o percurso da coleta de dados

Os sujeitos deste estudo são usuários e profissionais da unidade de urgência (profissionais de saúde, administrativos e de apoio) que recebem e atendem os usuários do serviço. Em relação aos usuários do serviço, foram critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar em condições físicas e emocionais de manter um diálogo e fornecer informações e que seja liberado após o atendimento ou permaneça em observação na própria unidade. Como critério de exclusão tem-se: pacientes politraumatizados ou muito graves que sejam encaminhados diretamente para sala de emergência ou Centro de Terapia Intensiva. Para os profissionais do serviço, foram elegíveis aqueles que trabalham na unidade há mais de um ano e tenham contato direto com o paciente em algum momento do atendimento. Também foram incluídos gestores por serem detentores de informações estratégicas. Como critério de exclusão: profissionais que estavam de férias e licenças no período da coleta de dados ou se recusaram a participar do estudo.

Inicialmente, o projeto foi submetido, via Plataforma Brasil, aos Comitês de Ética em pesquisa do hospital e da UFMG, obtendo aprovação em ambos. A coleta de dados foi realizada utilizando o seguinte percurso: após reunião com a gerência da unidade e conhecimento do cenário de pesquisa, foram iniciadas as entrevistas com usuários e profissionais que concordaram participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2014, por meio de dezesseis entrevistas, sendo dez entrevistas com usuários do serviço e seis entrevistas com profissionais do Pronto Atendimento (vigilante, enfermeiro, médico e gerente). Além disso, a transcrição de uma visita guiada com a gerência da unidade, contendo informações sobre a estrutura, funcionamento da unidade e visão geral do serviço foi utilizada na análise, pois contribuiu expressivamente na compreensão do contexto. As entrevistas foram realizadas no hospital, utilizando roteiro semiestruturado e a escolha dos entrevistados foi aleatória. No caso dos profissionais, foi disponibilizado um espaço reservado que possibilitou realizar as entrevistas sem interrupções. No entanto, em relação aos usuários do Pronto Atendimento, não havia possibilidade de retirá-los da unidade, cenário de atendimento, devido a normas institucionais e condições de saúde e, nesse caso, realizou-se as entrevistas à beira de macas ou de cadeiras utilizadas pelos pacientes como “leitos temporários” nos corredores internos da unidade e na sala de espera interna.

Para os usuários, o roteiro abordou questões sobre a percepção em relação ao acolhimento, atendimento recebido, orientações, informações e encaminhamentos; motivos da procura e estratégias de acesso ao serviço (APÊNDICE A). No caso dos profissionais, foram abordadas questões relacionadas à percepção das demandas e necessidades da clientela atendida no serviço; o papel do profissional na unidade e sobre o atendimento oferecido (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas mediante autorização e, em seguida transcritas a fim de assegurar a fidedignidade dos dados e a identificação da saturação das informações nos dois grupos. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a saturação acontece quando as informações fornecidas pelos participantes tornam-se repetitivas, acrescentando pouco ao material já obtido. Nessa perspectiva, buscou-se alcançar os critérios da repetição e da relevância. O critério de repetição consiste na atividade de evidenciar as reincidências, considerando todas as suas ocorrências nos discursos. Por outro lado, no critério da relevância, consideram-se outros aspectos mencionados pelos sujeitos da investigação sem que, necessariamente, haja repetição no conjunto do material coletado, “[...] mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica ao confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação” (TURATO, 2003, p. 446). Segundo o autor, o critério de relevância foge da ortodoxia clássica das pesquisas positivistas e abre espaço para a busca da “essencialidade do fenômeno”.

Com o intuito de manter o anonimato dos participantes deste estudo, as entrevistas foram identificadas pela letra maiúscula “U” para usuários e letra “P” para profissionais do serviço, seguida do número referente à entrevista. Ou seja, foram utilizadas as combinações U1, U2, [...], U10 para apresentação das falas dos usuários e P1, P2, [...], P7 para os relatos dos profissionais entrevistados.

Além do momento de reconhecimento inicial do cenário e das entrevistas, foi realizada, também, observação antes e durante a coleta de dados, seguida de registro em diário de campo. Durante o período de observação, buscou-se perceber a dinâmica de funcionamento da unidade; a maneira como os profissionais relacionavam entre si e com os usuários que buscavam o serviço, a infraestrutura geral de atendimento (recursos humanos, físicos e materiais), o fluxo e as características dos usuários, horários de maior demanda entre outros, com o intuito de compreender o cotidiano do serviço da maneira articulada e dinâmica.

### 3.4 Aproximação com os discursos

Ao iniciar a etapa de análise dos dados, os pesquisadores geralmente se deparam com três grandes obstáculos. Um deles é a “ilusão da transparência” que trata do risco que se corre de compreender as coisas de forma espontânea, como se o real se evidenciasse nitidamente ao observador. O outro se refere à tendência de prender-se aos métodos e técnicas em detrimento da análise das significações presente nas falas, relacionadas às relações sociais dinâmicas. E por último, a dificuldade de relacionar teorias e conceitos abstratos aos dados coletados (MINAYO, 2010b).

Ao levar em consideração tais questões, buscou-se utilizar uma técnica de análise adequada aos objetivos propostos e que permitisse uma visão ampliada do objeto de pesquisa. Assim, neste estudo, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados por meio da técnica de Análise de Discurso (AD) que pode ser entendida como a análise da fala em um determinado contexto, contribuindo para a compreensão de como as pessoas pensam e agem no mundo real. Nesse sentido, a história, as ideologias e o contexto contribuem para as produções discursivas.

O discurso representa “[...] o uso de linguagem como forma de prática social” (FAIRCLOUGH, 2008, p.90), ou seja, está relacionado à maneira de agir em sociedade, fruto da relação dialética entre linguagem e estrutura social e, desta forma, considera-se que a produção do discurso se dá no âmbito social. Nesse sentido, entende-se o termo “discurso” como a prática social de produção de textos, como uma produção social que deve ser avaliada, levando sempre em consideração o seu contexto sócio-histórico. O enunciador do discurso, portanto, não é somente um sujeito empírico, da experiência e da existência individualizada no mundo e sim um sujeito discursivo, cuja história pessoal se integra à história social, marcada pelas ideologias e pela cultura. Tal sujeito é constituído pela heterogeneidade, tendo em vista que participa das diversas produções discursivas que se entrecruzam. Assim, para ter acesso ao sentido do discurso, é preciso ir além do texto e desvelar as circunstâncias que o produziram (MAINGUENEAU, 2006; FERNANDES, 2008).

O discurso não assume a função de constituir a representação de uma realidade. Todavia, ele age de forma a garantir a permanência de certa representação dessa realidade, vivenciada pelo enunciador do discurso e construída pelas formações ideológicas desse sujeito discursivo. Desse modo, é possível

considerar que há no cerne de todo discurso um “projeto totalizante do sujeito”, transformando-o em autor ao constituir o texto em sua unidade, com sua coerência e completude (ORLANDI, 2013). Além disso, o discurso é utilizado de maneira abrangente na teoria e na análise social, tendo em vista o reconhecimento de seus efeitos constitutivos na formação das identidades e posições sociais, das relações sociais, bem como de sistemas de conhecimento e crenças (FAIRCLOUGH, 2008).

Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou as ‘constituem’; diferentes discursos constituem entidades-chave (sejam elas a ‘doença mental’, a ‘cidadania’ ou o ‘letramento’) de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais (por exemplo, como médicos e pacientes), e são esses efeitos sociais do discurso que são focalizados na análise de discurso. Outro foco importante localiza-se na mudança histórica: como diferentes discursos se combinam em condições sociais particulares para produzir um novo e complexo discurso (FAIRCLOUGH, 2008, p.22).

Nesse momento, torna-se relevante evidenciar a relação entre texto e discurso. O discurso se constrói pela associação de um texto a seu contexto, ao passo que o texto representa uma unidade semântica relativamente independente do contexto (MAINGUENEAU, 2006; ORLANDI, 2013). Assim, um único sujeito pode ser enunciador de diferentes discursos, a depender do contexto em que se insere (institucional, familiar, religioso, educacional, político). Daí a importância da inserção e observação atenta do pesquisador/analista de discurso no cenário em estudo e atenção às condições de produção do discurso (contexto) ao optar pela AD.

O desenvolvimento da Análise de Discurso como disciplina ocorreu na França com Michel Pêcheux na década de 1960. Fundamenta-se na Linguística em busca de compreender, essencialmente, as diferentes formas de interpretar a linguagem, além de conceber a “[...] linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social” (ORLANDI, 2013, p.15). Apesar da AD basear-se nos preceitos da linguística, não se limita apenas a ela. E nesse processo de produção de texto é fundamental que sejam consideradas as circunstâncias de produção do discurso, a historicidade, as ideologias, dentre outros.

A Análise de discurso se interessa pelas interpretações construídas a partir de hipóteses fundadas na articulação das formações discursivas com as conjunturas históricas (MAINGUENEAU, 1997, p.159).



Ao se associar os conceitos da Análise de Discurso ao pensamento pós-estruturalista, pode-se considerar que o sujeito é visto em ambos, como um ser complexo e dinâmico, dotado de contradições, ideologias, incompletudes, equívocos, desejos, hábitos, entre outros aspectos. No entanto, este mesmo sujeito assume, também, a “função-autor”, criando uma unidade e coerência de determinada representação da realidade, de forma a constituir uma identidade, como produtor de linguagem e texto em um contexto sócio-histórico do qual faz parte (ORLANDI, 2013). Essa interpretação da autora assemelha-se à concepção de Fairclough (2008) de que os sujeitos constituídos socialmente possuem a capacidade de assumir o papel de agentes, posicionando ativamente na definição dos diferentes discursos que utilizam em determinado contexto. O que caracteriza o sujeito é o lugar de onde ele fala e esse lugar é o espaço das representações sociais, como por exemplo: professor, padre, mãe ou cliente.

Na Análise de Discurso, o sujeito do discurso é visto como um eu pluralizado que se forma ‘na’ e ‘pela’ interação verbal e pode ocupar várias posições no texto. É, também, um sujeito histórico e social, pois se insere num espaço coletivo. É um sujeito descentrado, pois não tem o controle sobre o modo como a história e a língua o afetam e constitui sua identidade por meio das suas ideologias e pelo inconsciente (ORLANDI, 2013). Ao falar sobre o sujeito e seu discurso, torna-se essencial compreender em que contexto esse sujeito se insere. O cotidiano de cada indivíduo, ou seja, a representação de sua realidade cotidiana é decorrente de imagens, símbolos e ideologias e é por meio deles que o processo de interpretação se desenvolve na AD (FAIRCLOUGH, 2008). E, ao utilizar a interpretação como mecanismo de análise, é importante considerar que a interpretação compõe o objeto da análise e da descrição e o analista está comprometido em todo esse processo. Desse modo, pode-se afirmar que uma análise nunca será igual à outra, pois cada analista terá uma forma particular de mobilizar os diferentes conceitos em sua interpretação, conforme ferramentas teóricas utilizadas (ORLANDI, 2013).

E, com o intuito de abranger aspectos fundamentais no processo da AD, Fairclough (2008) propõe a análise tridimensional do discurso, são elas: análise dos “textos” que se baseia na interpretação de aspectos formais do texto (vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual); das “práticas discursivas” relacionadas à intertextualidade, coerência e força enunciativa; e das “práticas sociais” voltadas a

compreensão das relações de poder, ideologias e circunstâncias de produção e reprodução do discurso. Vale destacar que o limite entre as três dimensões não é estático, havendo interligação entre as mesmas.

Neste estudo, o processo de análise dos dados coletados iniciou-se com a organização dos dados e leitura exaustiva dos textos com o intuito de extrair elementos do contexto de produção, identificar os discursos predominantes e definir o que fará parte do Corpus. O passo seguinte foi a interpretação e análise dos achados, tendo como base o referencial teórico pós-estruturalista e do cotidiano de Michel de Certeau, além dos aportes teóricos sobre urgência e emergência, SUS, gestão em saúde e outros que trouxeram contribuições para o aprofundamento das discussões. Nessa fase, de interpretação e reinterpretação dos dados, abre-se lugar para relacionar o objeto discursivo ao contexto, memória, esquecimentos, ideologias e identificar a relação entre o dito e o não dito. Esse processo possibilita compreender como os sentidos do dizer são constituídos. E por fim, a apresentação das considerações e conclusões elaboradas a partir dos resultados.

### **3.5 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do hospital estudado, obtendo aprovação em ambos (CAAE: 25237513.2.3001.5129) e Parecer nº 501.419 do COEP/UFMG e nº 563.626 do CEP do hospital. Os participantes foram previamente informados acerca do trabalho e consultados quanto ao interesse em participar voluntariamente da pesquisa. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D), atendendo à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que define diretrizes para pesquisas com seres humanos. Foi mantido o sigilo dos dados e o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa e estes tiveram livre arbítrio sobre sua participação, podendo retirar-se da pesquisa a qualquer momento, caso fosse de sua vontade.

## A PESQUISA SOB A PERSPECTIVA DO COTIDIANO E DO DISCUSO

---

*"Porque sei que o tempo é sempre o tempo  
E que o espaço é sempre apenas o espaço  
E que o real somente o é dentro de um tempo  
E apenas para o espaço que o contem."*

*(T. S. ELIOT)*

## 4 A PESQUISA SOB A PERSPECTIVA DO COTIDIANO E DO DISCUSO

### 4.1 Sobre o contexto

A inserção no cenário de pesquisa, durante o período de realização das entrevistas e observações de campo, foi fundamental para obter uma percepção mais apurada sobre o cotidiano de atendimento do serviço de urgência e emergência escolhido. Assim, ao considerar que o contexto é a “pedra angular” do processo de compreensão das formações discursivas e ideológicas que regem as relações desse cenário, julga-se relevante oferecer ao leitor uma aproximação das experiências vivenciadas durante a fase de coleta de dados.

No cenário de pesquisa, foi possível perceber que, mesmo em um ambiente aparentemente confuso e frequentemente superlotado, existe uma lógica organizacional que orienta o planejamento e execução das ações do serviço. No entanto, ao ultrapassar a estrutura formal, que normatiza e organiza o funcionamento da urgência do hospital, foi possível vislumbrar aspectos singulares do serviço, como as maneiras de fazer e de se relacionar das pessoas, os espaços onde as coisas acontecem e os percursos seguidos.

Nesse primeiro momento de inserção no campo, a estratégia foi de iniciar as observações pela sala de emergência (unidade pertencente ao Pronto Socorro para pacientes graves), justificada pela ideia inicial de que nesse local teria-se acesso a usuários que passaram pelo fluxo completo do Pronto Socorro (guichê → Classificação de Risco → atendimento médico → diferentes locais, dependendo da situação de saúde identificada, tais como: observação da triagem, internação, sala de emergência), conforme apresentado na FIGURA 2. No entanto, ao conhecer melhor a sala de emergência e sua dinâmica de funcionamento foi possível perceber que o atendimento do setor é direcionado a usuários em situações de alta gravidade (classificados como vermelho e laranja) que, normalmente, chegam à unidade por meio do SAMU e são encaminhados imediatamente para a sala de emergência.



FIG. 2 – Fluxo de atendimento do Pronto Socorro.  
Fonte: Elaborado pela autora para fins deste estudo.

Diante do fluxo de atendimento, foi possível perceber que os sujeitos discursivos, definidos para o estudo, estariam aguardando atendimento médico após a Classificação de Risco ou em observação na unidade de Pronto Atendimento e não na sala de emergência, como pensado anteriormente. A partir daí utilizou-se o Pronto Atendimento para realização das observações e entrevistas com usuários e profissionais da unidade, conforme descrito a seguir.

Diferente dos pacientes de alta gravidade encaminhados pelo SAMU ou outros pontos da rede, o usuário comum, que procura o serviço por demanda espontânea, geralmente menos grave, ao chegar ao Pronto Atendimento, deve seguir o fluxo de atendimento orientado pela equipe do “Posso Ajudar?”<sup>4</sup> e vigilantes da unidade de urgência. São com esses estagiários e profissionais que tais usuários têm contato inicial ao buscar o serviço. Primeiro é necessário preencher uma ficha de atendimento no guichê de registro, onde estão lotados funcionários administrativos responsáveis pela realização do cadastro do paciente e registro da queixa principal. Após o registro, o usuário deve aguardar na sala de espera a chamada para o atendimento na Classificação de Risco, havendo prioridade de atendimento para pacientes idosos, crianças e portadores de necessidades

<sup>4</sup> O projeto “Posso Ajudar?” tem o objetivo acolher, orientar e informar usuários, familiares, e/ou acompanhantes de forma a melhorar a qualidade e o fluxo do atendimento do hospital, em especial no pronto socorro. É composto por estudantes de vários cursos da saúde ou áreas afins.

especiais. No momento de chegada ao hospital, o usuário depara-se com um ambiente, normalmente, lotado de pessoas que também estão em busca de atendimento, cada uma com suas demandas e necessidades e com expectativas de receberem o atendimento desejado. Em seguida, usuários que aguardam atendimento são encaminhados para o enfermeiro da Classificação de Risco que fará a avaliação da queixa principal, classificação da gravidade, segundo Sistema de Triagem de Manchester e definição do tipo de atendimento recomendado. A partir da avaliação do enfermeiro o paciente é classificado, identificado com pulseira da cor correspondente ao seu nível de gravidade e encaminhado para a sala de espera interna para continuidade da assistência (médico, psicólogo e assistente social).

A Classificação de Risco pelo Sistema de Triagem de Manchester (*Manchester Triage System – MTS*) utiliza algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera representados por cores de acordo com a queixa do paciente e/ou sinais e sintomas apresentados. Ou seja, utiliza a escala de cores: vermelho para situações de emergência e requer atendimento imediato; laranja para situações muito urgentes; amarelo para casos urgentes; verde para situações pouco urgentes; e azul para casos não urgentes. Cada nível de gravidade possui um tempo estipulado para o atendimento, a saber: imediato, 10, 60, 120 e 240 minutos, respectivamente, conforme apresentado no QUADRO 1 (FREITAS, 2002; COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012). Desta forma, a definição de prioridade para o atendimento deixa de ser por ordem de chegada ou aleatória e passa a ser realizada com respaldo em critérios pré-estabelecidos e parâmetros clínicos.

**Quadro 1: Escala de Classificação de Risco estabelecida pelo Sistema de Triagem de Manchester.**

NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO	COR	TEMPO ALVO
1	Emergente	Vermelho	Imediato
2	Muito urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco urgente	Verde	120 minutos
5	Não urgente	Azul	240 minutos

Fonte: Freitas (Ed.), 2002.

O MTS foi criado pelo *Manchester Triage Group* e sua utilização nos serviços de urgência e emergência teve início em 1996 no Reino Unido. No Brasil, o sistema tem como representante oficial o Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) e foi implantado a partir de 2008, tendo o estado de Minas Gerais como pioneiro (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012).

A demanda de atendimento no serviço urgência e emergência varia de casos muito graves, que demandam atendimento imediato e especializado, a casos não urgentes, que não necessitam, especificamente, de atendimento de urgência como renovação de receita médica, atestado médico, pequenos ferimentos, problemas emocionais e/ou psiquiátricos de menor gravidade, entre outros. No Pronto Atendimento, ao identificar demandas que não são indicadas para o hospital, o usuário é orientado a buscar o serviço recomendado e adequado à sua demanda e necessidade de saúde. No entanto, o usuário tem autonomia para decidir esperar pelo atendimento no hospital ou buscar outro serviço. Para dar a ideia da demanda de atendimento baseado na CR, de acordo com relatório estatístico da unidade<sup>5</sup>, em uma média de 13.000 atendimentos realizados até o mês de julho de 2014, 0,4% dos casos foram classificados como vermelho, 12,3% laranja, 38,9% amarelo, 33,9% verde e 1,6% azul. Os dados indicam que 35,5% da demanda do serviço deveriam buscar atendimento nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e esta é uma situação recorrente no cotidiano de atendimento da unidade que suscitou questionamento sobre o que leva a população a buscar os serviços de urgência e emergência mesmo em casos não urgentes.

Diante desse questionamento, tendo como base o pensamento pós-estruturalista e discursos dos sujeitos da pesquisa, vale destacar que a noção de urgência e emergência, que estabelece o grau de prioridade no atendimento da demanda que chega ao serviço, restringe-se à concepção biomédica baseada em critérios técnicos e objetivos e que nem sempre corresponde a concepção de gravidade e urgência do usuário que busca o serviço cotidianamente. Na concepção biomédica, adotada na saúde pública, o termo urgência é definido como “[...] ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (BRASIL, 2014, p.02).

---

<sup>5</sup> Fonte: Relatório estatístico do Pronto Socorro do hospital estudado (junho/julho 2014). Disponibilizado com autorização da gerencia de enfermagem do pronto-socorro.

Emergência significa “[...] constatação médica de condições de agravo a saúde que implique sofrimento intenso e risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 2014, p.02).

Na concepção do usuário do PA em estudo, urgência não se restringe a sinais e sintomas orgânicos ou físicos, mas principalmente à vivência individual da doença ou de que há algo anormal (dor, mal estar, sofrimento), intimamente aliada ao contexto ao qual determinada situação de saúde está inserida. E esta foi uma questão identificada a partir da observação do contexto e entrevistas realizadas, que sinaliza divergência entre as concepções e vivências de profissionais e usuários sobre o que pode representar o motivo de procura por um atendimento de urgência. No entanto, a intenção neste estudo não é apontar qual delas é a correta, tendo em vista que partem de expectativas e pontos de vista distintos, mas ampliar as possibilidades de discussão e análise do atual contexto dos serviços públicos de urgência e emergência, levando em consideração todos os sujeitos envolvidos no processo.

Essa realidade mostra que há obstáculos e incertezas no acesso aos serviços de saúde e certa resistência do usuário classificado como verde em aceitar ser encaminhado para outro serviço de menor complexidade. Esta resistência apoia-se em sua visão de baixa confiança na resolutividade do atendimento na APS e o descompasso entre as expectativas e necessidades de usuários e profissionais. Diante desta situação, a equipe de trabalho da unidade, que tem em sua “linha de frente” os enfermeiros da Classificação de Risco, bem como porteiros, vigilantes e “Posso Ajudar?”, vivenciam desafios cotidianos para lidar com a elevada demanda de atendimento, associada às carências de infraestrutura, recursos humanos e materiais, normas e planejamentos institucionais, políticas governamentais, além de questões subjetivas que permeiam as relações nesse cenário.

No Pronto Atendimento, o que se percebe é um cotidiano orientado por estratégias institucionalizadas e legitimadas, elaboradas por diferentes instâncias organizacionais que definem o padrão de funcionamento da unidade, o fluxo de atendimento, rotinas e protocolos, disponíveis na unidade para todos os profissionais. Ou seja, as estratégias são definidas pelas instâncias de poder que deliberam sobre o funcionamento do serviço. No entanto, há necessidade de flexibilidade para modificar e/ou adaptá-las às demandas de atenção à saúde que chegam de forma ininterrupta nas 24 horas. Esse espaço institucionalizado que



procura funcionar com base na legislação e normas organizacionais é, também, o espaço das práticas cotidianas onde ocorrem as táticas – entendidas, segundo Certeau (2013), como os procedimentos diversos, ágeis e flexíveis que se esquivam das regras estabelecidas pelas estruturas de poder – utilizadas tanto por usuários, para acessar o atendimento, quanto por profissionais da unidade no exercício de suas atividades diárias para responder às múltiplas demandas do serviço. Assim, as práticas cotidianas constituem as maneiras de fazer, organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço (CERTEAU, 2013) e, portanto, representam espaços de adaptações e transgressões às normas estabelecidas por todos os envolvidos.

#### 4.2 Sobre os sujeitos discursivos

Falar sobre o contexto de estudo inclui, necessariamente, falar dos sujeitos discursivos deste contexto e destacar aspectos que possam contribuir para a análise. Nesse estudo, defende-se a concepção pós-estruturalista em consonância com a AD, de que o sujeito é construído e reconstruído discursivamente mediante a interação em sociedade e, desse modo, não possui comportamento fixo, estável e único. O Quadro 2 sintetiza informações referentes aos usuários entrevistados.

**Quadro 2: Características dos usuários do serviço de urgência. Belo Horizonte, 2015.**

Nº	IDADE	CIDADE/ BAIRRO	OCUPAÇÃO	1ª VEZ ?	MOTIVO PROCURA	OBSERVAÇÕES
U1	44	BH / B. 1º de maio	Técnico de laboratório	Sim	Cólica renal (dem. espontânea)	Observação da triagem (macas)
U2*	21	Contagem / B. Alvorada	Pintor automotivo	Sim	Fratura clavícula (dem. espontânea)	Observação da triagem (macas)
U3	24	BH / B. Pindorama	Pintor	Sim	Fratura braço (dem. espontânea)	Observação da triagem (macas)
U4*	21	Santa Luzia / B. Londrina	Auxiliar de peixaria	Não (2ª vez)	Cólica renal (dem. espontânea)	Observação da triagem (macas)
U5*	19	Santa Luzia / S.Benedito	Analista de crédito	Sim	Hipoglicemia (dem, espontânea)	Corredor da triagem (maca)

U6	48	BH / B. Rio Branco	Dona casa, estudante	Não (2ª vez)	Cólica renal (dem. espontânea)	Corredor da triagem (cadeiras)
U7	49	BH / B. N. Esperança	Cuida mãe Fac. Direito (trancou)	Não (+5 x)	Dor abdominal (dem. espontânea)	Corredor da triagem (cadeiras)
U8*	18	BH / B. Dom Bosco	Estudante, Digitalizador de doc's	Sim	Dor forte (Encaminhada PSF)	Corredor da triagem (cadeiras)
U9*	54	BH / B. Pd. Eustáquio	Dona Casa	Sim	Torção no pé (Encaminhada PSF)	Direto para a Ortopedia
U10*	53	BH / B. Independência	Dona casa 2º grau	Não (2ª vez)	Varizes Acompanhante pai (Encaminhada UPA)	Buscou serviço da vascular

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

(\*) Pacientes que buscaram outros serviços antes de irem para o HOB (UPA, Santa Casa, João XXIII e outros).

Estas informações, mesmo sucintas, a respeito dos usuários sujeitos dão uma ideia geral de quem fala e de onde fala (contexto). Observou-se que a idade dos entrevistados variou de 17 a 54 anos e, em relação à cidade de origem tem-se Belo Horizonte, Contagem e Santa Luzia. Além disso, todos os participantes informam depender exclusivamente do SUS para resolver seus problemas de saúde.

Entre os 10 (dez) usuários entrevistados, 07 (sete) buscaram o serviço espontaneamente, por já conhecerem o serviço ou por indicação de amigos e familiares, e 03 (três) foram encaminhados ao PA por outras unidades (UPA e Centro de Saúde). Ressalta-se que os pacientes que chegam à unidade com encaminhamento de outras unidades de saúde contam com maior agilidade no acesso, tendo em vista que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado após contato prévio com a coordenação médica do Pronto Atendimento, que autoriza ou não o encaminhamento. O paciente encaminhado, quando chega ao PA, geralmente é direcionado ao profissional médico responsável sem passar pela espera e pela classificação de risco, recebendo uma pulseira específica de cor branca. Esta particularidade diferencia o acesso de usuários que buscam o Pronto Atendimento por demanda espontânea daqueles que buscam o serviço via encaminhamento. Isto pode interferir na maneira como cada usuário percebe e relata o atendimento recebido, considerando que conseguiram vencer uma barreira, mesmo que temporária, do serviço de saúde. Usuários que chegam por demanda espontânea, se não apresentarem sinais e sintomas visíveis de gravidade,

normalmente aguardam atendimento por período superior ao preconizado pelo protocolo de classificação de risco. Usuários encaminhados têm acesso direto, tendo em vista seu período de espera, avaliação previa e contato entre os profissionais das unidades de origem e destino.

O motivo da procura é outro fator que diferencia o percurso a ser seguido pelo paciente, além do tempo de espera e condições do atendimento. Durante o período de coleta de dados, foi possível perceber que há diferentes demandas de atendimento para as diferentes especialidades disponíveis no serviço. Por exemplo, as demandas da clínica médica e ortopedia são expressivamente maiores que as demandas de especialidades como a cirurgia vascular, neurologia e neurocirurgia. Além disso, dados disponíveis no relatório estatístico do Pronto Socorro referentes ao número de atendimentos médico por especialidade confirmam o que foi percebido nas observações e aponta uma média mensal de 1.800 atendimentos da ortopedia, 1.600 da clínica médica, 350 da neurologia, 290 da neurocirurgia e 100 da cirurgia vascular<sup>6</sup>. A clínica médica apresenta uma das maiores demandas de atendimento de usuários com queixas inespecíficas e, muitas vezes, não urgentes na concepção dos profissionais. E a concepção dos profissionais sobre a urgência ou não das situações de saúde daqueles que buscam atendimento no PA interfere nas práticas cotidianas desse lugar. Isto dificulta o diagnóstico e contribui para a superlotação do serviço de urgência.

Neste estudo, além dos usuários do PA, também foram entrevistados profissionais do serviço que atendem diretamente o usuário, sobre o atendimento disponibilizado. Estes profissionais apresentam as seguintes características:

### Quadro3: Perfil dos profissionais do serviço de urgência

Nº	IDADE	CARGO	SETOR DE ATUAÇÃO	VÍNCULO EMPREG/CH	TEMPO NO HOB	TEMPO NO PA
P1	35 anos	Vigilante	Portaria do Pronto Socorro*	Terceirizado / 12h/36h	07 anos	02 anos
P2	36 anos	Vigilante	Portaria do Pronto Socorro*	Terceirizado / 12h/36h	06 anos	06 anos
P3	41 anos	Enfermeiro	Acolhimento com CR	Estatutário / 30h semanais	07 anos	03 anos

<sup>6</sup> Fonte: Relatório estatístico do Pronto Socorro do hospital estudado (junho/julho 2014). Disponibilizado com autorização da gerencia de enfermagem do pronto-socorro.

P4	29 anos	Enfermeira	Acolhimento com CR	Estatutário / 30h semanais	6,5 anos	6,5 anos
P5	58 anos	Enfermeira	Observação do acolhimento	Celetista / 30h semanais	+ 10 anos	+10 anos
P6	34 anos	Médico	Pronto Socorro (consultórios)	Estatutário / 24h semanais	07 anos	07 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Os profissionais entrevistados encontram-se na faixa etária de 29 anos a 58 anos, sendo que todos trabalham no hospital há mais de seis anos. O tempo de trabalho no Pronto Atendimento variou de dois anos a 22 anos, alocados nos seguintes setores: portaria do Pronto Socorro, acolhimento com Classificação de Risco, consultórios do Pronto Socorro e observação do acolhimento em cargos de vigilante, enfermeiro, médico e gerência. Tais profissionais são responsáveis pelo atendimento inicial ao usuário que busca o serviço desde a sua chegada, como nos casos dos vigilantes e enfermeiros da Classificação de Risco, passando pelo atendimento médico, do serviço social ou psicologia a depender da avaliação da CR. Nos casos de necessidade de continuidade do cuidado, há encaminhamento para a observação do acolhimento. O vínculo empregatício e carga horária semanal de trabalho dos participantes da pesquisa variam de acordo com a categoria profissional. Enfermeiros e médicos entrevistados são estatutários, sendo apenas uma enfermeira celetista. Os enfermeiros têm carga horária semanal de 30 horas e os médicos 24 horas semanais (em dois plantões de 12 horas). Os vigilantes são terceirizados, têm uma carga horária de 40 horas semanais, em regime de plantões (12h/36h) e cumprem escala em diferentes setores do hospital (guarita e portaria da entrada principal, ambulatório, estacionamento e demais espaços anexos pertencentes ao hospital).

### 4.3 Práticas sociais no contexto de um Pronto Atendimento

Esta tese, que tem o discurso de usuários e profissionais de um PA como ponto central de análise, encontra-se dividida em quatro momentos, apresentados a seguir: *“A opção que a gente está tendo é aqui”*, *“vivências dos usuários no cotidiano de um serviço de urgência”*, *“Discursos de profissionais sobre os motivos de procura pelo serviço e expectativas da clientela”* e *“Até que o serviço faz milagre: visão sobre*

*o atendimento oferecido e vivências dos profissionais no cotidiano do serviço*". O primeiro aborda as condições de acesso dos usuários ao serviço, motivos de escolha do PA do hospital e discurso dos entrevistados sobre o período de espera. O segundo aborda os discursos em relação ao atendimento recebido e efetividade da comunicação entre profissionais e usuários do serviço. Já no terceiro momento faz-se uma análise do discurso dos profissionais sobre os motivos de procura pelo serviço, demandas e expectativas da clientela. E por fim, o quarto momento apresenta a concepção dos profissionais sobre o atendimento oferecido aos usuários que buscam o serviço, além de abordar aspectos vivenciados no desempenho do trabalho no PA.

Vale destacar nesse contexto que o discurso, ponto central desta tese, também pode ser considerado um fator limitante deste estudo, tendo em vista a liberdade dos sujeitos discursivos em expressar aquilo que julga necessário e importante, bem como de omitir aspectos que não se sentem a vontade em dizer, de acordo com as vivências e percepções sobre o cotidiano em que se inserem.

#### ***4.3.1 A opção que a gente está tendo é aqui***

Nos discursos dos usuários, chama atenção a comparação que fazem dos diversos serviços de saúde e percebe-se que não esperam muito desses serviços, seja pelas experiências prévias de atendimento ou pela sua realidade de vida na busca por atenção à saúde. E a categoria "A opção que a gente está tendo é aqui" reflete o conjunto desses discursos. Isto remete uma questão de cidadania, pois a população paga impostos elevados, mas tem baixo retorno para atender suas necessidades e não vêem a perspectiva de ter serviços adequados, nesse caso, serviços de saúde. Ressalta-se que cerca de um terço do valor pago pela população por qualquer produto ou serviço correspondem a impostos, taxas e contribuições, mas o retorno é desproporcional à carga tributária. Essa alta tributação incide, também, sobre medicamentos, equipamentos diagnósticos e terapêuticos, materiais hospitalares e insumos utilizados no setor de saúde, além das consultas de profissionais da saúde (ZAIDEL, 2014).

A situação precária dos serviços de saúde no Brasil, que nem sempre resolve de maneira efetiva os problemas apresentados pela população, faz com que os usuários busquem acesso aos serviços que, em algum momento, possa resolver a

sua demanda ou que tenham sido indicados por familiares, amigos e conhecidos como resolutivos. Essa lógica de escolha tem como base experiências prévias ou indicações. A necessidade individual de quem vivencia a doença ou algo de anormal e possui sua própria concepção de urgência tende a direcionar indiscriminadamente as demandas de atendimento para os serviços de alta complexidade (como hospitais) que reúnem em um mesmo espaço físico, de forma ininterrupta, várias especialidades, exames e recursos diagnósticos e terapêuticos. Isso, conseqüentemente, exige dos serviços uma capacidade de atendimento maior que a capacidade disponível, evidenciando discrepâncias entre oferta e demanda. Essa situação foi identificada de forma recorrente no discurso de grande parte dos entrevistados.

[...] sempre que alguém pergunta, porque às vezes está passando mal, eu mesmo falo “Desloca para o Odilon, que o Odilon tem, lá tem mais profissional e a gama de profissional que tem talvez vá te ajudar melhor que os outros”, do que uma UPA, do que um posto de saúde (U1).

Porque nos outros lugares está mais complicado, as UPAs estão mais complicadas, sabe? Eu acho que aqui esta sendo, pelo menos o que você está vendo aí, tudo cheio demais. Então o povo realmente está procurando mais aqui (U6).

O primeiro enunciado aponta a existência de vários profissionais em caráter permanente como diferencial do PA estudado em relação a outros serviços de saúde. E por haver uma “gama de profissionais” presentes 24 horas no serviço, de certa forma, se um profissional não atende, há possibilidade de outro atender, porque “são muitos”. A indicação para amigos e familiares é um tipo de propaganda do serviço que vai ganhando força e aumentando a procura. “Desloca para o Odilon, que o Odilon tem [...]” é um imperativo para quem necessita de atenção à saúde e expressa com segurança um conhecimento de que lá receberá o que está necessitando com um profissional ou outro. A confiança é depositada no PA do Odilon, como local de atendimento de urgência e emergência, por aglutinar condições técnicas para atender ao esperado pelo paciente. As UPAs, apesar de serem serviços de urgência, não gozam da mesma confiança, assim como os centros de saúde que também são pontos de atendimento de urgência de menor gravidade. Pode ser que esta confiança no PA seja por estar vinculado ao hospital, o

que aumenta as possibilidades de internação, caso seja necessário. Segundo Oliveira *et al.* (2009), a confiança que o usuário estabelece com determinado serviço de saúde, vincula-se à estrutura do serviço, às tecnologias disponíveis e à qualificação dos profissionais e, nesse caso, o hospital remete mais confiança aos usuários.

Outra questão importante é a relação entre o dito nos enunciados e o não dito que revela um discurso de descrédito na capacidade dos serviços públicos dos níveis primário e secundário em atenderem às demandas de saúde da população, ocasionando sua reorientação para os serviços de urgência e emergência. E a partir dos enunciados apresentados, juntamente com a observação do contexto, percebe-se uma demonstração de afeto e vínculo do usuário 1 (U1) ao personificar o hospital como “Odilon”, além de distanciamento e descrédito ao abordar a UPA e posto de saúde de maneira mais genérica.

Nesse contexto, chamam a atenção os motivos de procura pelo Pronto Socorro que representavam situações de risco para a maior parte dos pacientes entrevistados. Essas demandas caracterizam-se por queixas agudas e, em alguns casos, inespecíficas, desencadeadoras de desconforto físico, além de demandas relacionadas a aspectos emocionais e de necessidades consideradas não urgentes, compondo um perfil de assistência característico dos níveis de atenção de baixa e média complexidade. A busca de atendimento complementar ao recebido em outros serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e o vínculo com o PA do hospital também foram motivos relatados.

Vale destacar que os usuários, em sua maioria, apesar de relatarem situações de risco ou de grande desconforto ao apontarem o motivo de procura pelo hospital, não utilizam o critério de urgência para diferenciar o hospital dos demais serviços. A motivação para a escolha mostra-se mais fortemente vinculada às possibilidades de acesso, ao atendimento médico e à realização de exames sem a necessidade de agendamento prévio. Esta postura da população contradiz as formas de acesso definidas pelo sistema, evidenciando o descompasso entre as estratégias de cobertura e as táticas e/ou estratégias adotadas como mecanismo de inclusão.

As diretrizes do SUS estabelecem a Atenção Básica como porta de entrada da assistência a saúde e utilizam a lógica territorial para organizar e direcionar as demandas de saúde da população. Tais diretrizes podem ser entendidas como

estratégias estabelecidas pelo poder dominante, nesse caso, pelo Estado (BRASIL, 2011a). Cabe, no entanto, questionar se tais estratégias estruturadoras do sistema de saúde são realmente suficientes e efetivas, ou se poderiam ser pensadas de outra maneira, seguindo um novo paradigma, menos hierarquizado e burocrático, mais dinâmico e que reconheça a importância da subjetividade de todos os sujeitos envolvidos no processo, tanto dos usuários do sistema de saúde quanto de seus gestores e trabalhadores. O contexto atual expresso por pesquisas, mídias informativas e pela própria vivência de qualquer cidadão que necessita de assistência à saúde apontam estas estratégias ainda como insuficientes.

No decorrer dos anos, o sistema de saúde brasileiro teve avanços significativos, passando de um modelo que concedia direitos sociais apenas aos trabalhadores formais, na década de 1970, para um sistema de saúde de cobertura universal a partir da criação do SUS, pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), regulamentado pelas Leis nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b). Há grandes avanços na abrangência e na organização da rede, frutos de progressivas mudanças na lógica de atenção à saúde. No entanto, as demandas e necessidades de saúde da população também se modificam com o tempo, desde o perfil epidemiológico até a concepção de saúde e doença, bem como na maneira como os sujeitos vivenciam e valorizam a sua saúde. E os serviços de saúde não se modificam para acompanhar tais mudanças.

É inegável que a APS estruturou-se e ampliou a cobertura territorial. No entanto, os processos de trabalho e gestão e organização da Rede de Atenção à Saúde ainda mostram-se ineficientes para operacionalizar a proposta de acesso universal, integral e de qualidade e para atender as expectativas da população. Nesse contexto, o usuário, apesar de demonstrar ter conhecimento do fluxo de entrada no SUS, subverte a lógica de acesso determinada pelas normas e diretrizes que orientam a RAS, tendo os serviços de urgência e emergência hospitalar como referência em sua busca por atendimento. Ou seja, o usuário cria suas próprias táticas e/ou estratégias de acesso – baseado na sua concepção de urgência e experiência cotidiana – e busca o serviço de saúde que julga mais adequado às suas necessidades, como evidenciado nos enunciados de U1 e U6 ao reconhecerem que indicam o hospital para amigos e familiares, bem como, que “as UPAs estão mais complicadas [...]”.



Estratégias representam um lugar circunscrito, próprio, controlado por um conjunto de normas e operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço social ou organizacional. E táticas podem ser entendidas como procedimentos diversos, ágeis e flexíveis que se esquivam das regras estabelecidas pelas estruturas de poder e utilizam-se de espaços controlados e momentos oportunos para desenvolver suas ações (CERTEAU, 2013). Ao abordar o conceito de táticas e estratégias propostas por Michel de Certeau, torna-se fundamental ampliar a análise sobre essa questão a fim de evitar possíveis equívocos e possibilitar ao leitor uma compreensão clara deste estudo.

À primeira vista, é possível que haja o entendimento de que táticas são sempre praticadas pelos consumidores de um determinado produto ou serviço e submetidos a uma determinada regra, enquanto estratégias remetem apenas a ações daqueles que controlam as estruturas de poder. No entanto, é importante que se tenha a compreensão de poder, não apenas como algo institucionalizado e dominante, mas como algo inerente às relações sociais e que postula a conquista para si de um “lugar próprio” (CERTEAU, 2013). A partir dessa visão, torna-se possível compreender que, da mesma forma que o usuário cria suas táticas para viabilizar o acesso ao serviço, ele também pode fazer uso de estratégias.

Ressalta-se que, se por um lado, o usuário é visto como consumidor no processo de assistência à saúde e não participa diretamente na definição das normas e diretrizes institucionais, por outro lado, ele também possui o poder de conquistar para si um “lugar próprio” e subjetivo ao buscar atendimento de saúde. Esse “lugar próprio” do usuário representa o saber específico da sua demanda e necessidade de saúde. Para exemplificar, toma-se a distinção entre duas situações que remetem às táticas e às estratégias que podem ser utilizadas pelos usuários no cenário estudado. Na primeira situação, um usuário pode utilizar-se do poder de seu discurso como uma estratégia de acesso à medida que possui o domínio sobre o que irá dizer para valorizar a urgência do seu caso e ser atendido mais depressa, como: relatar sinais e sintomas que indicam gravidade e queixar-se da carência de atendimento e superlotação, expor erros diagnósticos para outros profissionais e mídia informativa. Tais práticas permitem o deslocamento da relação de poder no contexto e abre a possibilidade ao usuário de utilizar-se de suas vivências, da participação social e dos meios de comunicação para colocar em evidência as suas demandas e expectativas. Além disso, ao contrário da situação anterior, o usuário

pode também fazer uso de uma tática para subverter a lógica de acesso ao serviço, como conseguir um encaminhamento para o hospital por meio de profissionais conhecidos em outros serviços e obter acesso direto ao atendimento médico. Assim, tira proveito de uma oportunidade para esquivar-se da possibilidade de não ser atendido ou dos longos períodos de espera por atendimento.

Um estudo realizado com o objetivo de compreender as razões que levam os usuários do SUS a buscarem assistência à saúde em hospital ou Pronto Socorro em situações não urgentes aponta que o usuário baseia-se em experiências prévias e na experiência de amigos e familiares em relação ao acesso a saúde e a partir daí avaliam que serviço buscar. Por meio desta avaliação intuitiva, podem criar uma imagem tanto positiva quanto negativa de determinados serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.* 2009). Um exemplo disso refere-se à imagem que usuários têm das Unidades Básicas de Saúde, vinculada à carência de recursos (materiais e humanos), em contraposição à imagem de hospitais e Pronto Atendimentos entendidos como locais de maior resolutividade (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a escolha do usuário por um determinado serviço de saúde envolve diversos fatores como o acolhimento, a resolutividade e agilidade do atendimento, a percepção de urgência da sua necessidade de saúde, os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, as condições urbanas de acesso até o serviço, bem como as experiências vividas pelo usuário em seu contexto e o vínculo estabelecido com os profissionais e o serviço (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; MARQUES; LIMA, 2007). Assim, diante dos relatos de baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços públicos da RAS, aliada à diversidade na formação social e cultural da população brasileira, o usuário é estimulado a buscar assistência onde exista a porta aberta e maiores possibilidades de atendimento de suas necessidades. Neste contexto, vale lembrar que a percepção de saúde não se baseia exclusivamente em sinais e sintomas físicos, mas, sobretudo nos desdobramentos sociais e psicológicos decorrentes da doença (BRASIL, 2013a, p.20), que podem interferir no desempenho das atividades diárias do sujeito.

[...] a opção que a gente está tendo é aqui [...] o governo deveria investir mais nisso para as pessoas serem mais, né? bem tratadas, mas do pior o melhor é assim: estar sentada e atendida na cadeira, entendeu? (U6).

Se não tivesse outro eu procuraria, porque aqui foi o único que me atendeu um pouco mais rápido (U2).

O discurso de alguns entrevistados evidencia a carência de melhores opções de serviços públicos de saúde que atendam às suas expectativas e necessidades de saúde como um dos motivos de busca pelo PA do hospital. Quando sugerem que o governo deve investir para as pessoas serem mais bem tratadas, falam dos serviços de saúde em geral, pois mesmo este PA não é bom, pois “do pior o melhor é assim: estar sentada e atendida na cadeira entendeu?” (U6). E, ainda, vivenciam o desconforto e a dificuldade em obter uma acomodação adequada, mas consideram-se “vitoriosos”, pois conseguiram passar pela Classificação de Risco e estão sentados em uma cadeira, o que nem sempre é possível. A utilização pelo usuário do termo “entendeu?” remete à busca de concordância do entrevistador, como se dissesse: “você sabe do que estou falando”. Segundo Ko Freitag (2009), termos como “entendeu?” ou “né?”, muito recorrentes nos discursos dos entrevistados, são requisitos de apoio discursivo e, normalmente, exercem a função de marcadores discursivos interacionais, atuando como um elemento de conexão entre os interlocutores.

Percebe-se, nos discursos, uma imagem de ineficiência dos serviços quase generalizada. A precariedade dos serviços públicos de saúde deixa o usuário sem opção de escolha, levando-o a buscar assistência à saúde no hospital, mesmo considerando que este não atende satisfatoriamente às suas demandas e necessidades. Essa realidade leva ao questionamento da efetividade do funcionamento RAS e do cumprimento dos princípios do SUS. Nesse sentido, apesar de ter a universalidade e equidade como princípios preconizados pelo SUS, são recorrentes os problemas relacionados ao acesso e qualidade dos serviços públicos de saúde. E, como o acesso é difícil, o usuário lança mão de táticas e/ou estratégias, nem sempre bem sucedidas, em busca do atendimento possível.

Eu passei um mal, comecei a passar mal mais ou menos por volta de meia noite, sentindo uma dor, uma dor, uma dor (U7).

[...] já tinha até falado com o médico para me atender, de lá do posto eles ligaram para cá e falou que estava me encaminhando (U8).

Em consonância com a realidade vivenciada, tem-se nos relatos dos entrevistados a reafirmação da gravidade do quadro, baseada em suas vivências. A gravidade relatada tem como finalidade buscar a sensibilização dos profissionais e permitir o acesso ao serviço de urgência, assim como relatos de encaminhamentos por centros de saúde e UPA que direcionam o usuário para o PA. Não necessariamente por se tratar de caso de urgência/emergência na concepção biomédica, mas pela deficiência desses serviços, seja por motivos de superlotação e/ou carência de infraestrutura para um atendimento resolutivo e qualificado à clientela. E, ainda, a gravidade relatada pode gerar nos profissionais dúvidas quanto ao diagnóstico diferencial, favorecendo os encaminhamentos e o acesso.

Ressalta-se, ainda, uma cultura de que o hospital é o melhor lugar para receber tratamentos e que tem uma história de credibilidade. No entanto, predomina no Brasil hospitais de pequeno porte, com menos de 50 leitos. Tais serviços, normalmente, não possuem infraestrutura necessária para oferecer atendimento de urgência de qualidade e, em geral, funcionam com baixa resolutividade. Em Minas Gerais, esses hospitais correspondem a 60% dos hospitais conveniados ao SUS e grande parte deles não possui atendimento médico 24 horas/dia, bem como nos finais de semana (MENDES, 2011). Neste sentido, ao não contemplar o previsto para organizações hospitalares de menor complexidade podem passar a funcionar com uma lógica de atendimento semelhante à de centros de saúde.

Em relação ao atendimento de urgência, as UPAs foram criadas para atender urgências de menor gravidade, estabilizar e encaminhar pacientes graves, com o intuito de articular e integrar os diversos serviços e equipamentos de saúde. Entretanto, o cotidiano de atendimento dessas unidades, normalmente, evidencia despreparo para o atendimento de urgências de média complexidade, elevando a demanda por atendimento dos serviços de urgência e emergência hospitalar para além daquela já prevista para estas unidades.

As UPAs são estabelecimentos de saúde que integram o sistema de atenção às urgências e emergências, conforme definido na portaria nº 1.600 de 07 de Julho de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Desta forma, compõem a rede de resposta às urgências de média complexidade, mas sem a garantia de retaguarda hospitalar, o que gera grandes entraves nesse sistema (MENDES, 2011). Atualmente, em todo o país, os serviços de urgência de média complexidade vivenciam graves problemas de falta de leitos de retaguarda para receber os

pacientes atendidos e estabilizados que necessitam de internação hospitalar. Esta deficiência contribui para a superlotação de unidades, como as UPAs, que deveriam ser locais de observação por até 24 horas (BRASIL, 2013b) e não de internação por vários dias e semanas, apesar de intensas negociações entre profissionais para a disponibilização de leitos hospitalares.

Diante das deficiências da rede de serviços de saúde nas maneiras de produzir o cuidado em saúde como um todo, nos planos individuais e coletivos, os serviços de urgência de médio e grande porte – como é o caso do hospital estudado – são pressionados a atender demandas reprimidas de outros serviços, sejam elas urgentes ou não urgentes. Além disso, tem-se a imagem historicamente construída de que os hospitais são mais resolutivos.

Eu não sei se eu tive sorte, mas eu fui bem atendida (U9).

As demandas por serviços de saúde são maiores que a oferta e, por várias razões, a qualidade fica aquém do esperado. Alguns entrevistados, quando conseguem ser atendidos, dizem “eu tive sorte” ou “não posso reclamar”. Nesses enunciados, foi possível identificar uma relação interdiscursiva que remete à incapacidade dos serviços de saúde para atender adequadamente às demandas e necessidades de saúde da população. Além disso, trazem a ideia de que a dificuldade de acesso e baixa qualidade do atendimento fazem parte de algo esperado e recorrente. Parte de uma “peregrinação” por vários serviços até conseguir ou não o atendimento buscado. Desse modo, o simples fato de ser atendido, em um contexto de superlotação e demandas de diversos níveis de gravidade, leva o usuário a considerar que foi privilegiado de alguma forma ou teve sorte, quando deveria ter assegurado o seu direito ao atendimento. “Eu tive sorte” por estar aqui sendo atendido, ainda remete a questões anteriores, nas quais não conseguiu o atendimento ou pode falar de outras pessoas conhecidas ou familiares que vivenciam a falta de sorte de não conseguir a atenção necessária. Percebe-se, assim, que ao relatar “ter sorte”, há uma tendência do usuário em se sentir privilegiado, em condições mais favoráveis que os demais pacientes ao seu redor.

Olha, eu não posso reclamar não, entendeu? Fui bem atendido, essas coisas toda. Então, a queixa no serviço público, essas coisas toda, então não posso dizer que está ruim demais não, poderia ser

melhor, mas, né? [...] eu acho que aqui, por mais que seja um serviço público, ele ainda está ajudando a gente. Com toda dificuldade, ele ainda está ajudando a gente, então é eu vejo, né? Pelo menos isso (U1).

Tipo assim, eles me atenderam rápido, não resolveram o meu problema, mas me atenderam e preocuparam, pelo menos (U2).

A repetição do “ainda está ajudando a gente” remete a uma falta de expectativa em relação aos serviços públicos de saúde e uma necessidade de reconhecer o PA do hospital como o serviço que lhe prestou atendimento, apesar da expectativa de que poderia ser melhor. A descrença na possibilidade de um serviço público de qualidade é explicitada quando diz “não posso dizer que está ruim demais”, ou seja, é ruim, mas não totalmente porque estou aqui dentro, sendo atendido. A ideia de “ajuda” do serviço público supera a ideia do direito de atenção e se “estão me ajudando”, como concessão de algo, “eu não posso reclamar”. E ainda, minha situação é precária, mas o do serviço também o é, pois “com toda dificuldade...”, ele ainda está prestando um serviço e “me ajudando”. Além disso, o emprego do termo “a gente” traz a ideia de discurso coletivo e aponta algo não dito pelo enunciador, mas que, de maneira implícita, retrata uma situação sentida e vivenciada por grande parte da população e não apenas um caso particular.

Porque aqui é um lugar que já tem mais, tem as máquinas próprias para os exames certos e tal e você vai procurar a UPA já não tem, eu procurei a UPA três vezes e não achei, pedi só exame de sangue e de urina e aqui já tem um exame mais específico para descobrir o que eu tenho de verdade, entendeu? (U4).

Outra dimensão percebida na análise é a valorização que os usuários dão às tecnologias duras do cuidado, principalmente relacionadas ao uso de equipamentos, como dizem “máquinas” que ajudam no atendimento, colocando em segundo plano as tecnologias leves e leve-duras, como proposto por Merhy (1997). Mesmo que a necessidade de saúde seja facilmente diagnosticada e tratada por meio de diagnóstico clínico, ainda há uma confiança maior do usuário na diversidade e complexidade dos exames solicitados. Isso mostra desconhecimento da população em relação aos procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento de

determinado tipo de doença e descrédito no saber médico em diagnosticar e tratar doenças sem o suporte das tecnologias duras.

As tecnologias do cuidado em saúde podem ser dos tipos leves, leve-duras e duras, e cada uma delas é utilizada em maior ou menor grau, dependendo do serviço de saúde e nível de complexidade. As tecnologias leves vinculam-se às relações trabalhador-usuário, o que caracteriza o trabalho vivo em ato, imprevisto e singular. As tecnologias leve-duras estão associadas aos saberes estruturados que orientam os processos de trabalho em saúde. As tecnologias duras, por sua vez, estão vinculadas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (máquinas), normas e estruturas organizacionais (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Assim, torna-se importante considerar que o cotidiano no contexto do PA, não é uma escolha nem do usuário que busca o serviço de acordo com sua demanda de saúde, nem do profissional que atua nesse ambiente. Esse cotidiano é considerado, segundo Certeau (2009) como “[...] aquilo que nos é dado a cada dia ou que nos cabe em partilha”, nos pressiona dia após dia, nos oprime, além de representar um espaço da produção e reprodução das práticas sociais. Ressalta-se, ainda, que as práticas cotidianas são organizadas sob uma racionalidade própria, para subverter os modos padronizados de fazer vindos de fora, determinando maneiras de fazer peculiares (CERTEAU, 2013). Nesse cenário, os usuários, de forma astuciosa, adotam táticas efêmeras e quase silenciosas de “sobrevivência” que possam ampliar a possibilidade de acesso ao PA do hospital. Além disso, há que se considerar que o SUS, em suas diversas instâncias de funcionamento, constitui-se em uma arena de práticas sociais, edificada sob um terreno de tensões que o situa como espaço e lugar permanente de disputas sociais e históricas, sejam elas no âmbito das estratégias ou das táticas.

#### ***4.3.2 Vivências de usuários no cotidiano de um serviço de urgência***

Esta categoria apresenta a análise dos discursos dos usuários em relação às experiências de atendimento e de comunicação entre profissionais e usuários do serviço. Os discursos dos sujeitos, em sua maioria, tendem a não deixar explícita uma crítica mais severa ao PA do hospital, porém incorporam, nas entrelinhas, a crítica generalizada ao sistema não explicitando o PA, pois estão dependendo dele naquele momento e sabem que a crítica pode atrasar ou dificultar seu atendimento.

Em seus posicionamentos sobre a realidade da prestação de serviços públicos de saúde, é dito que este PA ainda é melhor que os outros serviços, deixando no ar a questão se quando estão em outros serviços a crítica não é a mesma sobre o PA. Os sujeitos consideram o PA melhor porque, naquele momento, conseguiram ter acesso, consulta médica e exames diagnósticos, o que nem sempre ocorre quando a situação de saúde é menos grave. Insistem que é melhor quando comparado às experiências de procura por outros serviços, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

Assim, teve a demora, mas no estado que está hoje o hospital, essa semana, né? Estava de greve, essas coisas assim, ainda tenho que dizer que foi bom ainda o atendimento, entendeu? Não foi tão ruim em relação a outros lugares (U1).

O discurso mostra que é pouco em relação ao esperado e desejado, mas é o que conseguiram e sentem-se mal por criticar o serviço onde foram atendidos, como se fosse um favor. O trecho “[...] ainda tenho que dizer que foi bom ainda” tem um significado importante que traduz a relação do usuário com o serviço, ou seja, não foi bom, mas não posso dizer o que penso. Nesta perspectiva, considera-se que, no discurso todo, o dizer está relacionado ao o não-dizer (ORLANDI, 2007) e, desta forma:

[...] os sentidos podem ser lidos num texto mesmo não estando ali, sendo de suma importância que se considere tanto o que o texto diz quanto o que ele não diz, ou seja, o que está implícito, que não é dito, mas é significado (SILVA, 2008, p.41).

Esta realidade da população menos favorecida, que depende do SUS e, em sua maioria, é proveniente das periferias do município e região metropolitana, coloca limites que não devem ser ultrapassados socialmente. Dizer é se posicionar, deixar claro sentimentos, frustrações, decepções, gratidão e não dizer é deixar implícito para outras leituras a situação da vida cotidiana que carregam. Ao não ter o acesso esperado, o sujeito reafirma não estar conformado e o “ainda” pode ter vários significados, assim como o “não foi tão ruim”, que na realidade foi ruim, o que pode significar vários níveis de um atendimento que não considera bem sucedido. Pode, também, expressar “certa justificativa” para os problemas do hospital com os quais



estão acostumados a conviver, em caráter permanente, sem a perspectiva de vivenciar melhorias.

O entrevistado, no primeiro momento, relata ter sido tudo rápido, antes mesmo que eu finalizasse o questionamento sobre o atendimento recebido. No entanto, no decorrer do discurso faz uma ressalva de que houve demora. Não me parece contradição, mas o fornecimento de uma pista para interpretação, para uma leitura do cotidiano como “aquilo que nos é dado” e o que lhe é dado é pouco diante das inúmeras necessidades que apresenta. Percebe-se um discurso que sinaliza as deficiências e dificuldades da área da saúde em disponibilizar o que é buscado e muitas vezes necessário, uma discrepância entre demanda e oferta, entre necessidade e direito cidadão. O usuário sente-se, de certa forma, conformado pelo simples fato de ter tido acesso, mas deixa claro – nas interseções entre o dito e o não dito do discurso – que o sistema de saúde como um todo precisa melhorar.

Em geral, os discursos dos entrevistados sobre o atendimento recebido mostram-se fragmentados, em partes aparentemente desconexas, não expostas de forma global, mas expressam a realidade que, interpretada, mostra coerência com a vida cotidiana. Desde sua chegada até o atendimento, visando à resolução do seu problema de saúde ou ao cumprimento de um ritual pelos profissionais, há uma peregrinação permeada de incertezas. Os fragmentos de discursos reafirmam a má qualidade dos serviços de saúde e uma espécie de gratidão por estar neste PA que “ainda” consideram bom se comparado às outras experiências. A partir de suas vivências sociais e entendimento de sua condição de saúde e normas do serviço, a busca dos usuários, geralmente, tem como foco a consulta médica, exames e internação. No entanto, tende a dissociar o acolhimento e orientação para chegar ao atendimento, como se fossem ações isoladas. Na realidade, a recepção e acolhimento do paciente na porta de entrada do serviço são definidores do seu atendimento, principalmente, nos casos de urgência/emergência. O atendimento realizado de forma fragmentada pode resultar em erros e retornos frequentes ao serviço.

O atendimento aqui foi bom, só a orientação que não foi. Igual eles não me falaram o que eu tinha que fazer e o que não tinha. Se eu não perguntasse, talvez eu estivesse lá fora até hoje esperando para ser internado e ainda esperando a cirurgia (U2).

Olha, como eu passei por lá [triagem] o que eu achei mais complicado foi a comunicação, falta de informação foi na hora que só me entregaram a pulseirinha e me mandaram lá para dentro [sala de espera interna] para ficar esperando (U8).

Os discursos mostram que os usuários têm clareza da importância da comunicação efetiva para um atendimento eficaz, que é, em sua visão, negligenciado pelos profissionais. O trecho “Se eu não perguntasse, talvez eu estivesse lá fora até hoje” sinaliza que a informação é deficiente e buscar soluções fica a cargo do usuário. Apesar disto, tenta, sem sucesso, dizer que o atendimento foi bom, só a informação que não foi, ou seja, houve falha no atendimento.

O usuário U2 demonstra em seu discurso a consciência de que teve que “correr atrás” e buscar informações para que o seu atendimento tivesse sequência, caso contrário, ainda estaria “esperando para ser internado”. Ressalta-se que este paciente já havia procurado outro hospital e não teve sucesso. Além disso, na primeira vez que procurou o PA do hospital em estudo, foi atendido por um médico especialista, de acordo com sua queixa principal, que o avaliou e informou que “[...] podia ir embora, que ia colar normal (a clavícula) que era um quebradinho à toa” (U2). Entretanto, a primeira experiência vivenciada pelo usuário no PA foi negativa, tendo em vista que a orientação dada pelo médico não se confirmou, pois “[...] em vez de melhorar, só foi piorando” (U2), o que o levou a buscar novamente o serviço. O enunciador desse discurso, por meio do uso dos termos metafóricos “colar normal” e “quebradinho à toa”, aponta o entendimento de que houve imperícia do especialista que o atendeu, demonstrando inaptidão técnica na prática requerida pela situação de saúde do paciente. Na ocasião da entrevista, estava na sala de observação com diagnóstico de fratura de clavícula, aguardando vaga para realização de cirurgia. Foi possível perceber durante a entrevista, por meio de marcas não verbais (expressões faciais e entonação de voz), que mesmo tendo a continuidade do atendimento na segunda ocasião em que procurou o serviço, este usuário estava impaciente e insatisfeito com a assistência recebida. Tal insatisfação referia-se, principalmente, à relação médico–paciente e comunicação entre os envolvidos, que influenciaram a qualidade da atenção.

Além das dificuldades para acessar o serviço, ainda houve quebra de confiança e o paciente não tinha garantia de que desta vez seria atendido corretamente, comprometendo a imagem do PA e dos serviços de saúde. A

deficiência na comunicação e insatisfação com a falta de informação também foi relatada pelo usuário U8, que mostrava ansiedade por não saber o fluxo de atendimento a seguir e quanto tempo teria de esperar para receber assistência. Assim, percebe-se, nesse contexto de enunciação dos discursos, a distorção no entendimento dos usuários sobre o que é um atendimento de urgência na RAS e a importância da comunicação efetiva no processo de cuidar em saúde, sendo a mesma um critério de segurança do paciente.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o intuito de elevar o compromisso com a melhoria da segurança do paciente em esfera mundial. A partir desta aliança, foram definidas as “Soluções para a Segurança do Paciente” (*Patient Safety Solutions*) como área prioritária de atuação (BRASIL, 2013c). Soluções para a segurança do paciente podem ser entendidas como estratégias ou intervenções práticas direcionadas à prevenção ou diminuição de danos ao paciente no processo de cuidar em saúde (BRASIL, 2013c). Desta forma, trata-se de soluções definidas com o intuito de promover melhorias em áreas problemáticas na assistência à saúde, entre as quais se insere a comunicação como elemento essencial para a adequada transferência de cuidados e participação efetiva do paciente, familiares e acompanhantes. Assim, torna-se possível evitar eventos adversos, descontinuidade do cuidado e tratamento inadequado.

A cultura de segurança é um fenômeno complexo e que envolve a participação efetiva de gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde, o que a torna difícil de ser implementada (SAMMER *et al.*, 2010). Além disso, está intimamente ligada a valores, atitudes e comportamentos dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde (ALVARADO, 2011). A comunicação efetiva no contexto de cuidado à saúde é fundamental para a segurança do paciente e crucial para a gestão de um incidente após sua ocorrência, seja na relação entre a equipe multiprofissional, seja entre usuários, familiares e profissionais. A ineficiência na comunicação torna-se importante fator causal em mais de 60% dos erros relacionados ao cuidado em saúde (WHO, 2008). Desse modo, a adoção de uma linguagem clara e adequada ao contexto de atendimento torna-se essencial para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e consequente redução de erros.

[...] desde a Santa Casa que não conseguiram descobrir, já foram feitos mil e um exames, não conseguiram descobrir a causa dessa hipoglicemia, então não está resolvido, mas não por conta do hospital é por conta que nem eles estão sabendo mais o que fazer, não só aqui, não souberam na UPA, não souberam na Santa Casa, então eu estou aguardando para ver o que vai ser feito (U5).

O enunciado (U5) reafirma a rotina de peregrinação dos usuários pelos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção, sem que haja resolutividade, o que evidencia a fragmentação da rede de assistência à saúde e dificulta o processo de referência e contra referência entre os serviços. O trecho “[...] nem eles estão sabendo mais o que fazer, não só aqui, não souberam na UPA, não souberam na Santa Casa” indica que o paciente continua peregrinando pelos serviços buscando uma solução que não encontra e sendo condescendente com esta situação por depender do serviço, tendo que esperar o tempo do sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, não possui condição social ou intelectual para compreender esse cotidiano que lhe é dado e, ainda, não tem argumentos nem força para lutar contra o que lhe é dado. Esta vivência do usuário no cotidiano desse serviço de urgência, que não melhora, também ocorre como consequência dessa condescendência de uma grande massa de usuários dependentes do SUS. Além disso, quando diz que “[...] já foram feitos mil e um exames, não conseguiram descobrir” evidencia o custo emocional do usuário e econômico para o sistema de saúde, que valoriza o diagnóstico por exames em detrimento do saber clínico. De alto custo também para a sociedade que paga impostos e não tem retorno e, além disso, oneroso e desgastante para o usuário, que busca atendimento para sua necessidade de saúde e se vê diante de um “emaranhado” de serviços pouco resolutivos. É inegável que há gastos para todos os envolvidos nesse processo de cuidar em saúde e inegável, também, que esses desencontros e dificuldades em diagnosticar e prover assistência à saúde, bem como manter uma comunicação efetiva entre usuários/familiares e profissionais de saúde ocorrem por desdobramentos multifatoriais.

Se por um lado há dificuldades dos profissionais, por outro as dificuldades vivenciadas pelos usuários são quase intransponíveis. Os profissionais têm dificuldades em prestar assistência eficiente e de qualidade, que podem ser decorrente de fatores individuais e/ou relacionados ao contexto de trabalho,

comumente, marcado por elevadas demandas, precária gestão de recursos, baixa remuneração, dificuldade de interação e diálogo com sua clientela. E ainda, tem-se uma população usuária do SUS que também vivencia e interfere nesse contexto de atenção à saúde, quase imobilizada por enormes desafios a serem enfrentados nos diferentes níveis do cuidado. Nesse sentido, mudanças de comportamento na saúde dependem de uma diversidade de estratégias e, no caso dos usuários dos serviços, estão sujeitas ao entendimento que possuem sobre saúde, às crenças e valores, bem como à confiança no serviço que buscam (MENDES, 2011).

[...] nós estamos aqui não é porque a gente quer não, a gente está aqui porque a gente está precisando mesmo. E muitas vezes quando a gente vai perguntar uma informação a pessoa atende a gente com ignorância (U8).

O enunciado acima mostra que o entrevistado U8 coloca-se em uma condição desfavorável, pois a busca pelo serviço está vinculada a um sintoma de uma doença que não sabe se é grave ou não, mas que causa desconforto e sofrimento a quem sente. Quando diz que ao buscar uma informação não é bem atendido, o usuário do PA expressa também que o serviço de saúde não lhe é familiar como é para os profissionais. E, além de se encontrarem em uma situação de medo e ansiedade em relação aos sintomas, estes sentimentos são potencializados na relação com serviço, pois enfrentam barreiras de comunicação e acolhimento. Destaca-se que o discurso do usuário (U8) lembra o discurso de um dos enfermeiros entrevistados que atua no Pronto Atendimento, quando diz: “[...] o paciente não teve a oportunidade de escolher, né? eu tive, eu estou aqui porque eu escolhi, né? se eu sou enfermeiro é porque eu escolhi” e ambos reconhecem que a busca pelo serviço, nem sempre é uma questão de escolha. Essa convergência nos discursos, de algum modo, parece uma possibilidade de encontro entre o que a população deseja e o que serviço pode oferecer, principalmente em relação aos aspectos subjetivos e relacionais que envolvem o cuidar em saúde.

Segundo a OMS, estudos sobre a comunicação verbal mostram haver diferenças entre o que os pacientes assimilam na transferência de informações e o que os profissionais de saúde acreditam ter comunicado (WHO, 2008). A capacidade de pacientes e profissionais se comunicarem, utilizando uma linguagem acessível para ambos, é um dos fatores mais relevantes da comunicação. Diferentes

usos da língua originam uma proliferação de significados, havendo, assim, uma fissura entre o poder que estrutura uma língua e o uso que cotidianamente se faz dela. Entretanto, o uso de uma língua não é um ato livre, pois envolve a tensão entre o que é admitido pelo poder social que a organiza e o ato de utilizá-la (CERTEAU, 2013). Nesse sentido, pode-se considerar que o uso que os sujeitos fazem da linguagem estão relacionados ao “lugar próprio” do qual fazem parte, ordenado pelas práticas cotidianas desse lugar.

Ademais, profissionais e usuários do PA falam de lugares diferentes, o primeiro, possui um poder preservado pela instituição, controlado pelas normas organizacionais e do sistema de saúde, mas dotado de uma maneira de fazer particular a cada profissional. Enquanto que o segundo, os usuários do serviço, normalmente, não possuem o seu “lugar próprio” nesse cenário, apesar de terem o poder de conquistá-lo em determinadas situações. Inserem-se momentaneamente no espaço praticado durante o processo de cuidar, podendo, desta forma, lançar mão de suas maneiras de fazer como uma possibilidade de agir diante das condições de acesso e atendimento que lhes são ofertadas. Nesse sentido, segundo Certeau (2013, p.104), “[...] todo lugar próprio é alterado por aquilo que, dos outros, se acha nele”. O “espaço” é o “lugar praticado”, onde os movimentos táticos são produzidos, enquanto que o lugar indica “lugar próprio”, onde os elementos estão organizados de forma estável. Assim, os movimentos táticos que tiram proveito de “lugares organizados” podem servir para se pensar a relação dos sujeitos com a cultura sedimentada de uma forma geral (CERTEAU, 2013) e em seus diferentes contextos.

#### ***4.3.3 Discursos de profissionais sobre os motivos de procura pelo serviço e expectativas da clientela***

Nesta categoria, aborda-se os discursos dos profissionais do PA em estudo sobre os motivos que levam os usuários a procurarem os serviços de urgência e suas expectativas em relação ao atendimento. Nesse cenário, a relação entre usuários e profissionais de saúde, normalmente inicia-se com as perguntas: “Qual o motivo de sua vinda? Qual o seu problema?” E, para dar resposta a tais perguntas, o usuário reúne e ressignifica informações que fazem parte de suas vivências e contexto (PINHEIRO, 1999). Vale considerar que o usuário, ao buscar um serviço de

saúde, independente da natureza de seu sofrimento, terá que utilizar-se de relatos verbais sobre a sua queixa, em busca de sentido para o sofrimento que o aflige.

Na verdade, a maioria que vem não é, não está buscando um serviço de urgência, ela está procurando qualquer serviço de saúde que atenda a demanda dela (P4).

De maneira geral, os profissionais entrevistados justificam a busca dos usuários pelo serviço, não por uma situação de urgência, mas pela possibilidade de acesso ao sistema de saúde como forma de atender suas demandas. Nesse sentido, qualquer serviço que os atenda parece-lhes adequado, independente da formação de vínculo ou continuidade do tratamento. Para os profissionais, a procura pelo serviço de urgência, na maioria das vezes, é inadequada e tendem a responsabilizar os usuários por buscarem atendimento no lugar errado, o que resulta em encaminhamento para outros níveis assistenciais. Ainda, apontam que grande parte dos usuários busca o serviço, não apenas por situações de urgência ou por não saberem reconhecer a gravidade do caso, mas também porque não conseguem atendimento em outras unidades de saúde.

Na literatura, estudos sobre o perfil de atendimento e motivos de procura nos serviços de urgência e emergência apontam uma demanda de casos não urgentes e de indicação de atendimento na atenção primária ou secundária. Estudo realizado com uma amostra de 5.689 fichas de atendimento na Classificação de Risco de um Pronto Socorro do município de Pelotas/RS, os casos classificados como emergência e urgência representaram 16% dos atendimentos, enquanto 40% dos atendimentos foram classificados como verde e 5% como azul (TOMBERG *et al.*, 2013). Outro estudo que analisou 330 fichas de atendimento com Classificação de Risco indica um percentual de 62,4% de justificativas para a procura do serviço de urgência relacionada a sinais e sintomas não urgentes (classificação verde e azul), no município de Ribeirão Preto (GOMIDE *et al.*, 2012). E ainda, revisão sistemática da literatura, realizada nos Estados Unidos, com o objetivo de entender os fatores que influenciam na escolha dos usuários por serviços de urgência, aponta que em torno de 37% das visitas aos serviços de urgência foram de casos não urgentes (USCHER-PINES *et al.*, 2013). Demandas de saúde classificadas como verde e azul, segundo o Protocolo de Manchester, referem-se a casos que não exigem

atendimento imediato e, provavelmente, poderiam ser resolvidos em unidades de saúde de menor complexidade, como centros de saúde ou atenção secundária.

Essa situação se repete em praticamente todos os serviços de urgência do país, evidenciando o desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços de saúde ocasionada por múltiplos fatores (social, político, estrutural, financeiro e gerencial). Para Dal Pai e Lautert (2011), apesar dos avanços obtidos a partir da reorganização do modelo de atenção à saúde, o Pronto Socorro ainda representa uma alternativa rápida de acesso ao atendimento, em decorrência da insuficiência da Atenção Primária em atender as demandas da população.

Segundo Araújo *et al.* (2011), a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, geralmente, viabilizada pelo SAMU, mostra-se como uma das causas da sobrecarga das demandas nas unidades de urgência. Outros motivos da elevada demanda nos serviços de urgência são apontados pelos autores, como: carência de profissionais, deficiências na infraestrutura e na referência e contrarreferência, fragmentação do processo de trabalho e descontinuidade da atenção à saúde. Nesse sentido, embora tenha aumentado a oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, o acesso da população, diversos desafios relacionados à qualidade da assistência prestada e ao atendimento às demandas e necessidades dos usuários ainda são recorrentes (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

[...] Alguns vem com encaminhamento ou transferência, mas a maioria é porque vai procurar atendimento (UBS e UPA) não consegue e o próprio pessoal da outra unidade pede para vir procurar o hospital aqui (P1).

Clínica médica, 90% [dos usuários que buscam o PA] não precisa, 90% a gente encaminha, é encaminhado 90% dos pacientes de clínica médica, mas eles vinham aqui porque alguém gerou uma expectativa nele (P3).

Os discursos dos profissionais mostram que usuários são orientados por profissionais de outros serviços, como UPA e UBS, a buscarem atendimento no hospital, alegando impossibilidade de atendimento nesses serviços de menor complexidade. Também relatam que há expectativas dos usuários em relação ao hospital, influenciadas por amigos e familiares que foram atendidos e obtiveram respostas às suas demandas neste serviço e o indicaram como maior possibilidade de atendimento.



Os profissionais apontam ainda que a grande maioria da demanda do PA está relacionada ao atendimento da clínica médica e representa casos clínicos não urgentes. Desta forma, os usuários são encaminhados a outros serviços da RAS, retornando às unidades que deveriam ter sido procuradas inicialmente. Esses enunciados são recorrentes no discurso dos entrevistados, sejam eles porteiros, enfermeiros ou médicos e demonstram fragilidade do sistema de referência e contrarreferência nos diferentes níveis de atenção. Vale destacar que o adequado funcionamento do sistema de referência e contrarreferência da RAS tem sido um desafio nacional, pois representa um entrave para o acesso aos serviços de saúde (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Desse modo, torna-se um importante obstáculo ao atendimento das necessidades de saúde da população que interfere diretamente na satisfação de seus usuários (MOIMAZ *et al*, 2010).

A demanda por serviços de saúde é resultante da combinação de fatores individuais, sociais e culturais prevalentes na população. E, nessa perspectiva, traduz-se em um conjunto de direitos, necessidades e expectativas que apresentam diferentes significados, a depender do contexto em que se insere (ASSIS; JESUS, 2012). A organização do sistema de saúde, colocada em prática pelos profissionais do serviço, consegue perpetuar o “vai e vem” dos usuários em busca de atendimento no sistema de saúde em uma cotidianidade<sup>7</sup> perversa que não atende às demandas dos usuários, nem às expectativas dos profissionais em relação ao seu trabalho. Não há recursos suficientes em todos os níveis de atenção, o que torna, dentre outros fatores, a assistência deficitária. O usuário, para fugir do padronizado que não funciona adequadamente, procura o serviço de porta aberta 24 horas, ou seja, a urgência.

Estudo recente sobre o acesso de usuários aos serviços de saúde em um município de Belo Horizonte subdivide os fatores que interferem no acesso à saúde em três dimensões: estrutural, operacional e relacional. No âmbito estrutural, o financiamento do sistema de saúde obteve destaque como um grande entrave para a melhoria dos serviços na visão dos entrevistados. Na dimensão operacional, a cobertura da atenção primária, referência e contrarreferência, agendamento de consultas, acolhimento e acesso geográfico foram mencionados como fatores que dificultam o acesso da população às unidades de saúde. Por fim, na dimensão

---

<sup>7</sup> Característica, qualidade ou particularidade daquilo que é cotidiano; atributo do que faz parte do cotidiano; diário.

relacional, o vínculo do usuário com a unidade e a rotatividade dos profissionais foram os fatores mais relatados (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). Tais resultados corroboram os achados deste estudo em muitos aspectos, além de reafirmar a concepção de que os problemas do sistema de saúde brasileiro são multifatoriais e dependem de mudanças significativas para atender satisfatoriamente às demandas de saúde da população.

A demanda, ela é maior que a nossa capacidade de cuidar, agora que precisa treinar a rapaziada, precisa né? [...] a equipe precisa de treinamento para ter uma visão diferente do usuário, das necessidades do usuário, dos anseios do usuário, eles precisam de rever os conceitos (P3).

O enunciado apresentado, ao tratar da relação entre a demanda e capacidade de atendimento do serviço mostra-se semelhante aos dos demais profissionais entrevistados. No entanto, P3 apresenta em seu discurso uma visão distinta ao reconhecer que a equipe de saúde pode melhorar a sua maneira de lidar com esse cotidiano de atendimento. Acredita ainda que a visão que se tem do usuário pode ser revista, abrindo novas perspectivas no olhar de quem faz parte do sistema de saúde em relação àqueles que dependem dele. Essa concepção apresentada pelo entrevistado reforça o papel essencial da relação entre profissionais de saúde e usuários do serviço no processo de acolhimento e classificação de risco no PA.

Segundo Thiede e McIntyre (2008), incorporar a visão da comunidade como referência para melhoria do sistema é um fator essencial da política de saúde. Porém, os responsáveis pela elaboração e operacionalização dos sistemas de saúde costumam negligenciar a participação social ao desenvolver tais políticas. Assim, faz-se necessário a adequação do sistema de saúde às atuais necessidades da população para que se possa alcançar um nível adequado de acesso àqueles que buscam os serviços de saúde. Na abordagem do acesso, deve-se considerá-lo como autonomia para uso, fundamentado no poder de escolha do indivíduo e na possibilidade de utilizar o serviço que atenda às suas expectativas e necessidades (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Tais autores consideram que tanto os fatores relacionados ao sistema de saúde (serviços ao alcance dos usuários, horários de funcionamento adequados e financiamento do sistema) quanto os relacionados à

população (subjetivos, sociais e culturais) são determinantes no processo de melhoria do acesso.

[...] 80% dos pacientes já foram no posto de saúde ou conseguiu agendar a consulta para daí 01 mês ou nem conseguiu agendar porque estava muito cheio e já veio direto para cá. E os outros mais ou menos 20% é porque acha que o PS tem raio X, o PS faz exame na hora, então ele vai economizar tempo de procurar o serviço de atenção básica, entendeu? (P4).

Muitos não precisavam vir, que é mais atendimento de saúde básica, mas eles já acostumaram porque aqui eles tem laboratório, raio x, tomografia, ultrassom, então é mais fácil para ele vir aqui do que no posto (P5).

Os discursos, paradoxalmente, mostram que os profissionais estão em sintonia com o preconizado na organização do sistema de saúde, mas, ao mesmo tempo, reconhecem que o preconizado não é suficiente para atender às demandas dos usuários. Assim, procuram, de certa forma, transferir a responsabilidade pelo uso inadequado dos serviços para o usuário, quando, na realidade, os profissionais são formados para atuar em um modelo prescrito, porém, nem sempre fica claro para a população como o sistema está organizado e os fluxos que deve seguir. Ressalta-se a importância da organização dos serviços, principalmente considerando a demanda interminável de um sistema que pretende ser universal e é custeado pelos impostos pagos por toda a população. No entanto, é essencial que respostas às necessidades dos usuários aconteçam em tempo hábil e que as regras sejam claras para todos. Caso contrário, a tendência é de buscas por exames, laboratórios e outros recursos que fazem parte do imaginário popular como condição para ter saúde, mesmo que não haja continuidade do cuidado. O vínculo previsto com a UBS, próxima de seu local de moradia, poderia proporcionar ao usuário o acompanhamento necessário. No entanto, diante da grande demanda, problemas estruturais e organizacionais e visão dos direitos dos usuários coloca-se em cheque a eficiência do sistema e a perpetuação da procura pela porta aberta da urgência, mesmo que inadequada para a maioria das situações.

É inegável que haja discrepância entre usuários e profissionais sobre o entendimento do que é urgência/emergência e os motivos de procura pelo PA. O “Quebradinho à toa”, citado por um usuário (U2), pode não ser um caso de urgência

na visão do médico, mas na visão do usuário provavelmente será, pois o incapacita para o trabalho, interfere na sua rotina diária e pode representar, também, a segurança de se ter o sustento da família. Os pressupostos que embasam estas diferenças na maneira de perceber uma determinada situação são variados. Por um lado, tem-se a vivência profissional, embasada em processos institucionais (normas, diretrizes, protocolos, etc.) que utilizam a lógica biomédica para definição e reconhecimento de casos urgentes. Por outro lado, tem-se a concepção de urgência do usuário, baseada em seu contexto social e necessidades subjetivas. Segundo Garlet *et al.* (2009) há um visível desencontro entre a finalidade do trabalho em serviços urgência, que adotam modelo de assistência tradicional (biomédico) e as necessidades de seus usuários, que utilizam critérios próprios para definir a urgência de seu caso. Portanto, nem sempre as expectativas e necessidades desses usuários coincidem com os padrões de assistência prestada e organização do sistema de saúde.

[...] então, é mais consulta eletiva mesmo, são queixas mais antigas e que eles acabam passando ali pela triagem com o enfermeiro e inventam para o enfermeiro ali que tem uma dor “\_ah, tem dois dias, tem um dia” e tudo, mas na verdade quando chega ali e você vai conversar são queixas mais antigas. [...] Então ele vem aqui para resolver aquela situação, né? ai quanto você consulta e vai e pede o exame ele já te mostra um exame que ele realizou há um tempo atrás que é para comparar [...] (P6).

O enunciado apresentado (P6) é de um profissional médico que realiza atendimento aos usuários que já passaram pela a CR. Em seu discurso, não há sinais de atribuição de culpa direta ao usuário, mas uma concepção de que o sistema de saúde pública tem falhas que estimulam a busca do usuário pelo PA como a opção mais viável e rápida para a obtenção de atendimento à saúde, mas não necessariamente a opção desejada. Por reconhecer que há deficiências, o entrevistado, de certa forma, demonstra compreender a necessidade do usuário em criar artimanhas ou omitir informações para obter atendimento. Além disso, percebe-se que o usuário, nesse caso, demonstra saber como conduzir algumas situações que vivencia durante o seu atendimento no PA, a partir da sua lógica de que tipo de atendimento precisa e qual a melhor forma de buscá-lo. Essa situação citada pelo profissional aponta, mais uma vez, para a possibilidade de quem utiliza o serviço

fazer uso de estratégias, principalmente por meio do discurso, ao omitir ou ressaltar sinais e sintomas. E, também, uso de táticas, ao levar exames prévios, visando aproveitar a oportunidade do atendimento médico que obteve no PA para resolver uma necessidade de saúde que já o incomoda há mais tempo.

[...] mesmo que seja um “piti” do usuário, a gente também tem que entender que o “piti” é dele e a necessidade é dele, né? que tem algum motivo. Quem não está doente do pé está da cabeça, quem não está doente da cabeça está doente do pé (P3).

Chama atenção no enunciado o termo “piti”, frequentemente utilizado por profissionais de saúde, em sentido pejorativo, principalmente na urgência para designar situações de busca por atendimento desnecessário. Pode significar uma banalização arriscada de um sintoma apresentado pelo usuário, em suas múltiplas dimensões, com consequências imprevisíveis. A busca pelo serviço de saúde sempre terá um motivo, que deve ser analisado, focalizando a queixa, seus desdobramentos e encaminhamentos. Pode não ser uma doença física, mas uma situação de sofrimento psíquico ou uma questão social.

Entretanto, o enunciado de P3 aponta para dimensões relevantes no processo de cuidar em saúde como o acolhimento e a capacidade do profissional de saúde perceber e sensibilizar-se com aquilo que o outro tem a dizer e expressar. Em seu discurso, o entrevistado (P3) reconhece que a necessidade de quem busca o serviço nem sempre está diretamente relacionada a uma doença clínica em si, mas que parte de uma necessidade e urgência de quem a sente. Usuários que buscam atendimento no PA trazem consigo angústias e demandas que urgem por resposta. Mesmo que, em grande parte, tais demandas não representem o perfil de atendimento esperado para um serviço de urgência, existem fatores motivadores para que a procura pelo PA continue a acontecer desta maneira: em buscas constantes e espontâneas ao serviço. Nesse contexto, segundo Zanelatto e Dal Pai (2010), é responsabilidade da equipe de saúde o acolhimento do paciente em todo o processo assistencial, devendo estar preparada para utilizar as tecnologias leves juntamente com a perícia necessária ao atendimento de casos de maior gravidade. No entanto, nem sempre o profissional está preparado ou possui perfil para atuar na urgência e a possibilidade de maior interação entre profissionais e usuários perde-se em meio à desordenada diversidade de situações vivenciadas nesse cotidiano.

#### **4.3.4 Até que o serviço faz milagre: visão sobre o atendimento oferecido e vivências de profissionais no cotidiano do serviço**

Esta categoria apresenta a concepção dos profissionais sobre o atendimento oferecido aos usuários que buscam o serviço, além de abordar aspectos vivenciados no cotidiano de trabalho do PA.

Ah, até que devido à demanda muito grande, até que o serviço faz milagre, sabe? Então assim, o que o cliente precisa tem. Raramente falta alguma coisa para a gente oferecer ao usuário, então na medida do possível é bom o atendimento (P5).

O discurso apresentado sinaliza uma defesa e apreço de um dos enfermeiros entrevistados ao PA, mesmo em um lugar onde o ambiente fala por si só. Durante a entrevista, suas falas eram breves, mas os seus gestos e olhares encarregaram-se de apontar a possibilidade de explorar o não dito para a interpretação de algumas questões. Nesse sentido, o enunciado de P5 demonstra haver contradição ao afirmar que raramente falta algo a oferecer ao cliente, logo após referir que “até que o serviço faz milagre”. Quando se fala em “fazer milagre”, tal expressão nos remete ao entendimento de que se trata de um acontecimento fora do comum, que provoca surpresa e não pode ser explicado pelas “leis naturais”. O uso do advérbio “até”, que precede a frase, expressa certo relativismo ao falar do atendimento “milagroso”, ainda mais em um contexto de elevada demanda. Além disso, torna-se um desafio compreender como é possível oferecer ao usuário o que ele precisa, em um cotidiano nitidamente marcado pela demanda elevada, pelos longos períodos de espera por atendimento, pela ausência de leitos para internação e utilização de cadeiras como leitos nos corredores do PA, dentre outros. O ambiente é inadequado para dar respostas às necessidades dos usuários. Um rápido olhar evidencia improvisação de acomodações, espaços pequenos e espera além do tempo previsto pela CR. Não há como fazer milagres.

A partir de um discurso que traz em si as ideologias de quem vivencia o cotidiano da urgência, como profissional de saúde, reforça-se a ideia de alguns usuários de que “do pior, o melhor é assim” (U6). Desta forma, o discurso sobre a visão do atendimento oferecido apoia-se em um ponto de vista que enfatiza a

qualidade da assistência, não necessariamente, condizente com o padrão de qualidade legitimado pelos órgãos de vigilância ou esperado pela população. A percepção de “bom atendimento”, nessa ótica, é desconstruída e ressignificada, passando de um padrão aceitável e seguro de atenção à saúde, para um padrão de atendimento possível ou viável diante das condições vivenciadas no cotidiano do serviço. Tal questão vai de encontro às ideias de Fairclough (2008) sobre o poder do discurso e ideologias presentes em um contexto, como forma de promover mudanças sociais. Para esse autor, a ideologia é, por natureza, hegemônica, pois serve para estabelecer e sustentar relações assimétricas de poder nas interações sociais. Dessa forma, abre-se a possibilidade para mudanças à medida que é capaz de produzir, por meio do discurso, lutas em busca de consenso e/ou legitimação de ideias.

Quando a gente vê que é uma urgência mesmo a gente consegue atender com muita eficiência, entendeu? [...] o grande problema mesmo é a superlotação porque [pausa], por causa da falha do sistema mesmo, sabe? [...] Superlota o pronto atendimento de casos que não são para cá, porque aqui vem desde unha encravada até é paciente querendo fazer controle de hipertensão, diabetes, consulta especializada, tudo vem parar no pronto socorro, porque a rede básica e a rede de consultas especializadas, de atendimento especializado é falha (P4).

O discurso acima reforça a atenção centrada no modelo biomédico, desconsiderando as necessidades sentidas pelo usuário provenientes de múltiplos fatores da sua vida cotidiana. Situações que colocam o usuário em risco iminente de vida são atendidas imediatamente, enquanto as necessidades de outra natureza são colocadas em uma fila de espera que o serviço não consegue dar vazão. O enunciado “[...] tudo vem parar no pronto socorro” é expresso com certa indignação frente às vivências em um contexto de superlotação, como observado durante o período de coleta de dados. Os enfrentamentos diários desses profissionais são muitos, desde a relação entre a equipe ao questionar uma CR realizada por um enfermeiro, até o enfrentamento direto com usuários que, em determinadas situações, apresentam comportamento agressivo devido a longos períodos de espera e encaminhamento para outros serviços.

No contexto de estudo, o discurso de um dos entrevistados (P3) aponta para divergências e conflitos gerados pela alta demanda que recebem diariamente no PA, mas acredita ser possível amenizar tais problemas quando afirma “[...] amadureci muito esse lado de saber lidar, de saber entender o lado do paciente”. Dessa forma, reconhece que o amadurecimento proveniente da vivência cotidiana no serviço melhorou a sua maneira de perceber e lidar com os usuários. Vale destacar que, durante toda entrevista, tal profissional manteve um discurso compreensivo em relação às demandas e necessidades do paciente, pois acredita que “[...] ele – o paciente – é o hipossuficiente na estória, entendeu? Quer dizer, o paciente não teve a oportunidade de escolher, né? eu tive, eu estou aqui porque eu escolhi né?” (P3).

A partir dessa concepção a cerca da condição desfavorável do usuário ao buscar um atendimento de saúde, considera ser necessário colocar-se no lugar do outro, sentir na pele, para abrir a possibilidade de compreensão de que a urgência para o leigo diverge do conceito biomédico de gravidade e que a busca pelo serviço nem sempre é uma questão de escolha. Em seu discurso, o entrevistado traz espontaneidade ao falar sobre o que pensa a respeito do usuário e do hospital. E, juntamente com a observação de campo, foi possível perceber que o profissional mostrava-se motivado em trabalhar na CR do PA e demonstrava possuir conhecimento técnico para desempenhar sua função. Além disso, parece ter boa relação com a equipe de trabalho e usuários. No entanto, vale destacar que essa visão de colocar-se no lugar do outro foi relatada apenas por este profissional. Em geral, os profissionais entrevistados não demonstram esse tipo aproximação com o usuário, emitindo opiniões mais objetivas sobre o contexto e usuários.

Essa realidade corriqueira de superlotação resulta em dificuldades para obter atendimento, estresse dos profissionais, além de evidenciar ineficiência do sistema público de saúde. Abre caminho, também, para gradativas mudanças de práticas sociais, como alternativas de acesso ao atendimento buscado pela população e maneiras dos profissionais compreenderem os motivos de procura pelo serviço, revisando os processos de trabalho na urgência. Nesse contexto, as práticas são conduzidas de acordo com o possível, comprometendo a percepção de qualidade do serviço e do que é esperado dele em relação ao cuidado.

A concepção, seja de usuários ou profissionais, sobre o serviço de saúde determina suas práticas cotidianas e, quando ocorre alguma mudança nessa concepção, há modificações, também, nas maneiras de fazer, tornando possível a



reorientação de práticas socialmente construídas (FAIRCLOUGH, 2008). Nesse sentido, pode-se afirmar que a concepção do que é urgente e do que não é urgente também determina o tipo de atendimento disponibilizado. Além disso, é importante considerar que o próprio conceito de urgência e emergência, respaldado em definições técnicas e objetivas, é compreendido e percebido de maneiras distintas, dependendo das abordagens que cada especialidade adota em sua prática profissional. Segundo Giglio-Jacquemot (2005), o reconhecimento de casos de urgência representa, simultaneamente, a validação da sua gravidade e legitimação da prioridade. No entanto, o que leva a esse diagnóstico, quer seja leigo ou biomédico, não escapa do social e de suas várias expressões e determinações. Em pesquisa realizada com médicos de dois hospitais americanos, que utilizavam o mesmo instrumento objetivo de definição e identificação de casos urgentes, foram identificadas avaliações diferentes e até mesmo discrepantes, no reconhecimento clínico de casos urgentes. Nesse estudo, os autores revelam que o significado atribuído à urgência de determinada situação de saúde fundamenta-se em ideologias e estão relacionadas à especialidade médica (FOLDES; FISCHER; KAMINSKY, 1994). Ou seja, a avaliação clínica do estado de saúde, realizada por profissionais do serviço, apesar de respaldada em critérios validados, também se utiliza, de forma significativa, da subjetividade.

Outro aspecto importante a ser ressaltado no contexto do PA é que, independente da maneira como os profissionais compreendem o atendimento ao usuário com necessidades não urgentes, os profissionais entrevistados são unânimes em relação à qualidade do atendimento das urgências e emergências. Ressaltam que, nessas situações o atendimento é imediato e de qualidade. Também acreditam que pacientes ficam satisfeitos com o atendimento nessas situações. Assim, percebe-se nesses discursos uma tentativa de justificar as dificuldades relacionadas à alta demanda e longa espera, pela capacidade da unidade em atender satisfatoriamente, segundo relatos, os casos que realmente necessitam de atendimento de urgência. De certa forma, é possível perceber o efeito que esse discurso exerce sobre usuários do serviço, a tal ponto que os mesmos expõem, em grande parte de seus enunciados, a visão de que o hospital torna-se a melhor opção diante da percepção de baixa resolutividade dos serviços pertencentes aos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

Outro aspecto presente nos relatos de alguns profissionais entrevistados, de diferentes categorias, diz respeito à crença de que os usuários possuem visão positiva sobre o atendimento no PA a depender da área em que foram atendidos. Isso corrobora com as especificidades de demanda de atendimento e infraestrutura que cada especialidade possui no hospital. Há uma elevada demanda de atendimento para a clínica médica, normalmente relacionada a sinais e sintomas inespecíficos, não facilmente identificáveis, o que dificulta a investigação da doença, o diagnóstico preciso e aumenta o tempo de espera e atendimento do usuário.

Na maioria das vezes, na grande [ênfase] maioria das vezes, o sistema que é falho, entendeu? [...] Então, a gente fica aqui, como o que? Vamos ser os “celetistas”, vamos triar, o que na verdade não é o nosso papel, porque a gente está aqui para fazer a CR, mas aqui a gente acaba sendo o “triagista”, porque a gente vai segregar o usuário da avaliação interna aqui do hospital (P4).

A partir do enunciado e contexto da entrevista, foi possível perceber um tom de revolta e insatisfação do P4, ao relatar suas vivências no cotidiano de trabalho. Acredita-se que o enfermeiro acaba sendo o profissional que se torna responsável em mediar e resolver uma gama de situações conflituosas, ocasionadas pela falha do sistema de saúde. Apesar de não manter vínculo com o usuário que busca o serviço, encontra-se na linha de frente do atendimento na Classificação de Risco, sendo o profissional que define a gravidade do caso e grau de prioridade de quem utiliza o PA. Neste contexto de trabalho, a tomada de decisão, pode ocasionar insegurança, estresse e frustração do profissional que lida diariamente com tais situações, muitas vezes, entrando em conflito com a própria maneira de realizar o seu trabalho. No discurso da entrevistada, a CR do paciente fica comprometida com a elevada demanda e insuficiência de profissionais para atender a todos que procuram o serviço. Assim, o que deveria ser uma CR realizada de maneira adequada, passa a ser uma triagem nem sempre criteriosa que define quem terá atendimento médico e quem terá que buscar atendimento em outro lugar.

A unidade, em certa medida, é preparada para atender situações de urgência/emergência, mas como o sistema de saúde não dá conta de atender as demandas dos usuários de acordo com o fluxo determinado pela RAS, o usuário vai para o PA. E, por não se enquadrar no perfil esperado para o serviço, tem seu atendimento redirecionado e até mesmo negligenciado em algumas situações. Nesse contexto, tem-se uma prática profissional dissociada da demanda, tendo em

vista que o profissional de saúde tem sua formação fundamentada em um modelo assistencial prescrito. De acordo com Oliveira *et al.* (2009), qualquer modelo assistencial que não esteja inserido e adaptado ao cotidiano de um serviço de saúde tem a sua função limitada apenas aos aspectos estruturadores, normativos e técnicos da atenção à saúde. Dessa forma, tende a manter-se distanciado das dimensões vivenciadas pelas pessoas nesse ambiente.

O protocolo [de CR] como ele é feito fora [do país], não é? Não foi adaptado para a nossa realidade, então a gente tem que meio que burlar o sistema, entendeu? E se a gente fosse triar realmente pelo protocolo isso aqui não ia caber, a gente ia ter que construir um hospital do tamanho do Mineirão [estádio de futebol]. [...] Ele não é adaptado para a nossa realidade, a gente tem muito problema com o protocolo (P4).

No contexto de atendimento do PA, os relatos de enfermeiros da CR sobre as dificuldades de adaptação do Protocolo de Manchester ao perfil de atendimento do serviço são frequentes. O discurso demonstra a grande discrepância entre os critérios de gravidade e a prioridade do protocolo de CR, e como este instrumento tem sido utilizado na prática cotidiana do enfermeiro. No discurso do entrevistado, a ferramenta de trabalho não é adequada à realidade do PA e, por esse motivo, acredita ser necessário “[...] meio que burlar o sistema” para adaptá-lo às necessidades do serviço e da equipe. Ou seja, o enfermeiro utiliza-se de táticas para subverter a lógica estruturada do protocolo de CR, manipulando-o à sua maneira, com a justificativa de adaptá-lo à realidade do serviço. No entanto, a utilização do protocolo, apesar de não mostrar-se adequada, é reconhecida como uma estratégia legitimada pelo modelo de atenção à saúde e dá subsídio ao trabalho do classificador, nesse caso, o enfermeiro. Assim, tem-se uma ferramenta de trabalho que, mesmo não sendo adequada às demandas do serviço, representa uma estratégia institucionalizada que padroniza as maneiras de fazer no acolhimento com CR. Os profissionais da unidade, apesar de questionarem a efetividade da ferramenta, decidem utilizá-la da maneira que acreditam ser mais adequada, fazendo adaptações.

A análise dessa questão, apontada no discurso sobre as deficiências na CR, vai de encontro a concepção de Certeau (2013), ao apontar que as pretensões de uniformização e obediência frente a utilização de qualquer produto (material ou

cultural), ideias e valores são esvaziadas pelas astúcias de seus consumidores, ou seja, pelas maneiras de fazer dos sujeitos em seu meio social (CERTEAU, 2013). Daí a necessidade de compreender que há uma estrutura de poder que organiza e orienta o mercado, no entanto, há também os consumidores desses produtos, com suas necessidades, expectativas, vontades, cada um a sua maneira. No contexto desse estudo, fica claro que existem leis, normas, protocolos que determinam e organizam as maneiras de fazer. No entanto, tais regras pré-determinadas tornam-se frágeis na prática cotidiana à medida que são reinterpretadas e ressignificadas por todos os envolvidos no processo (produtores e consumidores), acomodando-as a novos interesses.

*CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como ponto de partida o objetivo de analisar os discursos de usuários e de profissionais sobre o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência. Para isso, procurou-se compreender o discurso sobre o cotidiano de um serviço de urgência, a partir de experiências vivenciadas por usuários em busca de assistência à saúde e profissionais do serviço que atuam diretamente na porta de entrada do PA. Desse modo, levou-se em consideração fatores ordem técnica e normativa, fundamentais para a compreensão do contexto de saúde. No entanto, o enfoque principal da análise voltou-se para o estudo de questões subjetivas e práticas sociais no contexto do serviço. Tudo isso com o intuito de colocar em discussão, a partir do discurso dos participantes do estudo, fatores menos aparentes ou, talvez silenciados.

Ao mergulhar no processo de análise dos discursos, com base nos referenciais teóricos utilizados, é possível compreender que profissionais e usuários estão inseridos em um sistema de saúde que funciona mal e possui diversas barreiras em seu percurso. No Pronto Atendimento, serviço integrante da RAS, também, convive-se com a barreira entre a porta de entrada e a realização do atendimento. Nesse cenário, pode-se dizer que coexistem dois mundos: o externo, da porta de entrada do serviço, onde os usuários esperam por atendimento, e o interno, onde ocorre o trabalho em equipe na assistência à saúde. Do lado de dentro, estão os profissionais que fazem malabarismo com a falta de recursos (medicamentos, pessoal, leitos) e superlotação frequente. Do lado de fora, estão os usuários que buscam o serviço e lutam para conseguir o atendimento esperado. Cada um “desses mundos” gera nas pessoas diversos sentimentos que motivam distintas maneiras de agir. Dessa forma, ambos – usuários e profissionais do serviço – fazem uso de estratégias e táticas cotidianas para lidar com os desafios e dificuldades enfrentadas no contexto de atendimento do serviço da urgência.

Nesse ambiente, marcado por relações tensas e constante demanda de atendimento, deve-se considerar que, além de barreiras na comunicação e acolhimento aos usuários do serviço, a estrutura física do PA também reforça o sentimento de angústia e incerteza de quem utiliza o serviço, pois isola/separa o ambiente interno de atendimento da sala de espera (ambiente externo). Tais barreiras físicas se dão por meio de portas de acesso controladas por vigias e

porteiros que bloqueiam a passagem e o contato visual entre usuários e profissionais de saúde. Esses obstáculos representam a manifestação de poder entre os atores do contexto e seus contrastes entre diferentes percepções sobre o processo de cuidar em saúde. De um lado, tem a população que utiliza o serviço e, quiçá, percebe a sua doença ou necessidade de saúde à luz do paradigma sociocultural. Por outro lado, os profissionais de saúde que adotam o paradigma biológico, fruto da formação profissional e normas estruturadoras do modelo de atenção no qual está inserido.

Os discursos dos usuários apontam um conjunto de vivências que mostram descompasso entre suas necessidades e expectativas e o que o serviço oferece, evidenciado pelas críticas ao atendimento, comunicação, condições de acesso e ambiente desconhecido e pouco acolhedor. Os usuários, apesar de reconhecerem que o Pronto Atendimento não é tão bom quanto deveria ser, são condescendentes com o serviço pelo fato de terem alcançado o acesso, considerado a primeira barreira em um serviço que tem disponíveis tecnologias duras para exames diagnósticos e atendimento com especialistas, caso seja necessário. Em uma perspectiva de atendimento de necessidades futuras, tendo em vista que desconhecem os desdobramentos que sua situação de saúde pode exigir. No entanto, apontam deficiências do serviço no âmbito das tecnologias leves e leve-duras ao abordarem os aspectos relacionais e de cuidado. Esboçam questionamentos relacionados à comunicação que é parte do atendimento em saúde e se desdobra em acolhimento, orientação, informação, entre outros, em um sistema de alta complexidade, no qual até mesmo a área física e seus labirintos podem ser desfavoráveis. Tornou-se evidente a complexidade de implementação de melhoria do serviço, centrada no usuário, pois a RAS nos diversos níveis de atenção, apresenta uma “rede de problemas” que se autoalimentam e dependem de mudanças nas maneiras cotidianas de pensar e fazer em saúde.

Em relação aos discursos dos profissionais, é consenso a elevada demanda de atendimento que chega ao Pronto Atendimento e que, conseqüentemente, torna frequente a superlotação do serviço. Em um primeiro momento, são unânimes em relação à qualidade do atendimento para casos de urgência, reconhecendo a agilidade e capacitação profissional da equipe nesses casos. No entanto, o poder desse discurso fragiliza-se à medida que são expressas deficiências na infraestrutura e fluxo de atendimento, condições inadequadas de trabalho, sem que

haja privacidade no momento da consulta. Além disso, convivem com a insegurança do agravamento do quadro dos usuários que se encontram em longos períodos de espera ou foram encaminhados para outros serviços. A maioria dos profissionais salienta que grande parte da demanda do serviço é de casos não urgentes, ocasionada pela dificuldade da atenção primária em atender às demandas e necessidades dos usuários e dificuldades da população em definir qual serviço buscar.

Entre as concepções de usuários e profissionais existem pontos de encontro e desencontro presentes nos discursos. Por um lado, os encontros entre os discursos de ambos relacionam-se à baixa confiança no atendimento na APS e consequente procura pelo serviço de urgência, mesmo em condições de saúde não urgentes; a supervalorização de exames e oferta atendimento ininterrupto nos serviços de urgência. E ainda quando os usuários que buscam o serviço apresentam sinais e sintomas típicos de urgência/emergência pelos profissionais de saúde. Nessa situação, usuários e profissionais demonstram satisfação, este por desenvolver o trabalho alinhado à sua função de atender casos de urgência e emergência, e aquele por ter a percepção de gravidade de seu caso identificada e obter atendimento rápido. Por outro lado, os desencontros entre a percepção de usuários e profissionais sobre o cotidiano do serviço relacionam-se, principalmente, às distintas concepções de urgência que ambos possuem e à escolha pelo serviço de urgência, na maioria das vezes, inadequadas na percepção do profissional, e necessárias na visão do usuário.

Os conflitos cotidianos vivenciados pelos profissionais do PA são frequentes e não se restringem apenas a conflitos com o usuário, mas também institucionais e entre os membros da equipe. Nesse contexto, foi possível observar situações nas quais o profissional enfermeiro deve definir a prioridade de atendimento da unidade baseando-se essencialmente em um protocolo de CR que, segundo relatado, não está integralmente adaptado ao contexto do serviço. Além disso, houve questionamentos de profissionais médicos sobre a classificação realizada e até mesmo indignação do usuário que busca o serviço e não é atendido. Ainda na esfera organizacional, há normas que muitas vezes não são viáveis e interferem na harmonia e resultado do trabalho.

A relação paciente-profissional de saúde é uma questão complexa, e parte dessa complexidade deve-se a um desencontro nas expectativas das partes



envolvidas. Os usuários buscam o serviço de saúde com a expectativa de terem seu problema resolvido, apesar da pouca confiança nesses serviços. Quando dizem que “[...] a opção que a gente está tendo é aqui”, na realidade reafirmam que este serviço ainda é o acesso possível, não o desejado. Não apostam em um bom acolhimento, mas esperam que os profissionais, responsáveis por sua assistência, forneçam orientações sobre o fluxo complexo que, para os usuários, assemelham-se a um labirinto.

Em um contexto de atendimento cotidiano marcado por grande demanda e deficiência nas condições de trabalho, os profissionais nem sempre conseguem atender essas expectativas que, aliada às dificuldades de comunicação entre usuários e profissionais no processo de cuidar, resultam em insatisfação de ambos: profissionais e usuários. Diversos fatores comprometem a efetividade da assistência, reconhecida positivamente pelos usuários do serviço quando tentam esboçar um discurso compreensivo e por profissionais, quando se referem ao atendimento de casos “verdadeiramente urgentes”. Mas essa efetividade também é negada pelos usuários, ao reafirmarem suas desventuras, a baixa confiança e a incompreensão do processo assistencial e dos fluxos do sistema até conseguirem o atendimento que não sabem se será adequado. Assim, percebe-se nos discursos que a compreensão tem um limite, geralmente, demarcando o acesso ao serviço que é considerado um ganho e quando o acesso não é alcançado não há compreensão. A qualidade da assistência, em geral, não faz parte do julgamento, daí o “ter sorte” passa a fazer sentido.

Assim, no cotidiano da unidade de urgência, houve mais desencontros que encontros entre o que os usuários buscam e o que lhes é oferecido pelos profissionais. Os argumentos de ambos baseiam-se em suas verdades e são multifatoriais: os usuários têm dificuldades no acesso ao sistema de saúde para atender suas necessidades nos diversos níveis de atenção e, com o argumento da urgência, esperam resolver seus problemas, mesmo que não seja no lugar mais adequado. Por outro lado, os profissionais trabalham sob pressão pelas demandas dos usuários e da organização, trabalham com recursos escassos e tem uma lista de reclamações em relação aos pacientes que não são urgência comprovada, como se o cliente tivesse que fazer um diagnóstico precoce antes de definir que serviço de saúde deve buscar. Enfim, a população aumentou, o perfil de morbimortalidade

mudou sensivelmente, mas os serviços não estão organizados para dar as respostas necessárias.

Em síntese, é possível compreender que a busca pelo serviço de urgência hospitalar é fruto de um comportamento reconhecido socialmente e resultante de um aprendizado e/ou hábito construído ao longo do tempo. Tal processo ocorre por meio das relações cotidianas entre usuários do sistema de saúde, profissionais do serviço, mídia e demais atores desse contexto. Assim, é possível compreender a busca por atendimento em serviços de urgência como uma manifestação de um conjunto de práticas sociais que determinaram, ao longo do tempo, as maneiras de buscar assistência à saúde.

Por tratar-se de um estudo qualitativo, realizado em um Pronto Atendimento de Belo Horizonte, os resultados apresentados não são passíveis de generalização e podem apresentar diferentes discursos em outros contextos. Além disso, a perspectiva de análise deste estudo, baseado nas escolhas epistemológicas apresentadas, representa uma maneira de compreender esse contexto e não se esgota neste estudo. Daí a necessidade de realização de novos estudos nessa área, em diferentes contextos, que possam complementar as discussões até o momento apresentadas e expandir progressivamente o entendimento sobre a temática.

## *REFERÊNCIAS*

---

## REFERÊNCIAS

ALVARADO, A. L. M. Cultura de la seguridad en los servicios de salud. *Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud: Washington*, 2011.

ALVESSON, M.; SKÖLDBERG, K. Poststructuralism and Postmodernism: Destabilizing Subject and Text. In: *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. London. SAGE Publications, 2000, p. 179 – 224.

ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. (org.). *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008. 392 p.

ARAUJO, M. T.; ALVES, M.; GAZZINELLI, M. F. C.; ROCHA, T. B. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. *Texto contexto - enferm. [online]*. 2011, v.20, n.spe, p. 156-163. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea20.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2015.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, vol.17, n.11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 07 Jun. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2003.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7.508/2011*, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1600/2011*, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: MS, 2011b.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS) (resp.). Departamento de análise de situação de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde – percepção do estado de saúde, estilos de

vida e doenças crônicas. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013b. 172 p.

BRASIL. Portaria nº 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 354/2014*, Publica a proposta de projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília: MS, 2014.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, Dez. 2008.

CERTEAU, M. *A Invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2013, 316 p.

CERTEAU, M.; GIARD, L. *A invenção do Cotidiano: 2. Morar e Cozinhar*. 5ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2009, 376 p.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*, v.22, n.2, p. 188-198, 2012. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewArticle/520>>. Acesso em 10 Out. 2014.

DAL PAI; D.; LAUTERT; L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. *Esc Anna Nery [online]*. V. 15, n.3, 2011, p. 524-530. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a12v15n3.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2015.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, Junho 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Out. 2014.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001, 2008 (reimpressão), 320p.

FERNANDES, C. A. *Análise do discurso: Reflexões introdutórias*. 2ª Ed. São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FOLDES, S. S.; FISCHER, L. R.; KAMINSKY, K. What is an emergency? The judgments of two physicians. *Annals of emergency medicine*, v. 23, n. 4, p. 833-840, 1994. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064494703221>. Acesso em: 15 Jul. 2015.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008.

FREITAS, P. (Ed.). *Triagem do serviço de urgência*: Grupo de Triagem de Manchester. 2.ed, Portugal: BMJ Publishing Group, 2002, 149p.

GARLET, E. R. *et al.* Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009, vol.17, n.4, pp. 535-540. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_16.pdf). Acesso em: 15 Jul. 2015.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 45, n. 1, p. 31-8, Mar 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47569>>. Acesso em: 15 Out. 2014.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 144 p.

KO FREITAG, R. M. Estratégias gramaticalizadas de interação na fala e na escrita: marcadores discursivos revisitados. *ReVEL (online)*, vol. 7, n. 13, 2009. Disponível em: <[www.revel.inf.br](http://www.revel.inf.br)>. Acesso em: 10 Out. 2014.

LEFEBVRE, H. *A vida cotidiana no Mundo Moderno*. São Paulo: Ática, 1991.

LECHTE, J. Cinquenta pensadores contemporâneos essenciais: do estruturalismo à pós-modernidade. Tradução de Fábio Fernandes. 6ª Ed. Rio de Janeiro: DIFEL, 2011, 280p.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Tradução Freda Indursky. 3ª Ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997. 198p.

MAINGUENEAU, D. *Termos-chave da análise do discurso*. Tradução Márcio Venício Barbosa, Maria Emília Amarante Torres Lima. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998. 155p.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], v.15, n.1, p. 13-9, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf)>. Acesso em: 15 Out. 2014.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011, 549 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010a. 412p.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2010b.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1419-1440.

OLIVEIRA, L. H.; *et al.* Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.14, n.5, 2009, p. 1929-1938. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>. Acesso em: 13 Out 2014.

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 11ª Ed. Campinas: Pontes, 2013. 100p.

ORLANDI, E. *As formas do silêncio: no movimento de sentidos*. Campinas: Ed. Unicamp, 2007. 181p.

PETERS, M. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença* (uma introdução). Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000, 96 p.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez Editora, 1999. cap. VII, p.167.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Interações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.21, n.3, p.535-42, Jul.-Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07>. Acesso em: 13 Out 2014.

RODRIGUES, L. P. Estruturalismo, Pós-estruturalismo, Pós-marxismo e Elementos da Teoria do Discurso de Ernesto Laclau. In: Ricardo João Santin. (Org.). *Mudando Paradigmas na Formação de Quadros Políticos*. Porto Alegre: HS Editora, 2009, p. 37-47.

SILVA, O. S. F. Os ditos e os não-ditos do discurso: Movimentos de sentido por entre implícitos da linguagem. *Revista Faced*, Salvador, n.14, p.39-53, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/3007/2653>. Acesso em 25 set. 2015.

SUMMER, C. E., *et al.* (2010), What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, v.42, n.2, p. 156–165, Jun. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2009.0133>> Acesso em: 13 Out 2014.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, Mai. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/25.pdf> >. Acesso em: 22 Jun. 2015.

TOMBERG, J. O. *et al.* Acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. *Cienc cuid saúde (online)*, Maringá, v. 12, n. 1, p. 80-7, jan./mar., 2013. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18694>. Acesso em: 15 Out. 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petropolis - RJ: Vozes, 2003. 685 p.

USCHER-PINES, L. *et al.* Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *The American journal of managed care*, v. 19, n. 1, p. 47-59, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156292/pdf/nihms585909.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc. [online]*. v. 24, n.1, pp. 100-112, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2015.

WILLIAMS, J. *Understanding Poststructuralism*. London: Acumen, 2005, 180 p.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Patient Safety Workshop: Learning from error*. *Word Health Organization*, p.12-3, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine\\_learning-from-error.pdf](http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf)>. Acesso em: 13 Out 2014.

ZAIDEL, F. M. A tributação no setor de saúde como entrave da efetividade da política de saúde pública no Brasil. Jusbrasil (online), 2014. Disponível em: <<http://franciscozaidel.jusbrasil.com.br/artigos/112132507/a-tributacao-no-setor-de-saude-como-entrave-da-efetividade-da-politica-de-saude-publica-no-brasil>>. Acesso em: 20 Set. 2014.

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087>. Acesso em 22 Ago. 2015.



*GLOSSÁRIO*

---

## GLOSSÁRIO

**Cotidiano:** Espaço de produção e reprodução das práticas sociais, lugar da existência, das questões da vida rotineira. *“aquilo que nos é dado a cada dia”*, segundo Certeau.

**Cotidianidade:** Característica, qualidade ou particularidade do que é cotidiano; atributo do que faz parte do cotidiano; diário.

**Discurso:** prática social de produção de textos, levando sempre em consideração o seu contexto histórico-social e concebido a partir da associação de um texto a determinado contexto. Para Fairclough, *“o discurso é uma prática, não apenas de representação, mas também de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado”*. Ou seja, representa uma maneira de agir dos sujeitos no e sobre mundo e especialmente sobre os outros e influencia na construção nas relações sociais e sistemas de crenças e conhecimento.

**Enunciado:** Unidade de comunicação elementar

**Espaço:** é o lugar praticado, onde os movimentos táticos são produzidos.

**Estratégia:** representa lugar circunscrito, próprio, controlado por um conjunto de normas e operações produzidas pelas estruturas de poder, visando à organização do espaço social ou organizacional.

**Farmácia satélite:** é uma farmácia localizada no próprio setor da dispensação com o objetivo de estocar adequadamente materiais e medicamentos e promover assistência farmacêutica efetiva e direta ao setor.

**Formação discursiva:** utilizada para designar conjuntos de enunciados relacionados a um mesmo sistema de regras, historicamente determinadas.

**Lugar:** é a ordem segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistência. indica ***lugar próprio***, onde os elementos estão organizados de forma estável.

**Maneiras de fazer:** Constituem as práticas pelas quais os sujeitos se apropriam do espaço social e seus produtos, modificando seu funcionamento, como também ressignificando-o.

**Não-dito:** relaciona-se aquilo que não é verbalizado, mas está subentendido, implícito.

**Percurso:** é um ato de enunciação que fornece uma série mínima de caminhos pelos quais se pode chegar ao lugar pretendido.

**práticas cotidianas:** representam as maneiras de fazer organizadas socialmente em um determinado tempo e espaço.

**Práticas discursivas:** é a dimensão do uso da linguagem que envolve os processos sociocognitivos de produção, distribuição e consumo de textos.

**Prática social:** aquilo que os sujeitos produzem ativamente e entendem fundamentados em sentidos comuns compartilhados em sociedade.

**Sujeito ordinário (Homem Ordinário):** ser comum, sem identificações, cuja vida não é de interesse para os outros e que ele mesmo despreza, criando para si uma nova vida: a do mundo imaginário.

**Tática:** procedimentos diversos, ágeis e flexíveis que se esquivam das regras estabelecidas pelas estruturas de poder e utilizam-se de espaços controlados e momentos oportunos para desenvolver suas ações.

*APÊNDICES*

---

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS**

Nº entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha hospital? \_\_\_\_\_

Setor de atuação: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo empregatício:  Efetivo celetista  Efetivo estatutário  Contrato

Carga horária:  30 horas semanais  40 horas semanais  12 horas / Plantão

**QUESTÕES NORTEADORAS:**

- 1) Porque você escolheu trabalhar na urgência?
- 2) Como é a sua rotina de trabalho no dia-a-dia deste serviço?
- 3) Como você vê os motivos de procura e necessidades de saúde da clientela que utiliza este serviço?
- 4) Gostaria que você me falasse como o seu trabalho e dos demais profissionais desta unidade atende as demandas e necessidades dos usuários:
- 5) Qual a sua visão sobre o atendimento oferecido por este serviço de urgência e emergência?
- 6) Na sua opinião, como este serviço é visto pelos usuários que o procuram?
- 7) Você indicaria os serviços do hospital para amigos, familiares e vizinhos? Porque?
- 8) O que significou para você participar dessa entrevista?
- 9) Você gostaria de acrescentar algo que não foi abordado e que julgue importante?

**APÊNDICE B**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIOS**

Nº entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Trabalha? \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

1ª vez que procura o serviço? ( ) não ( ) sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**QUESTÕES NORTEADORAS:**

- 1) Porque você procurou este serviço?
- 2) Como você ficou sabendo deste serviço?
- 3) O que foi preciso fazer para ser atendido?
- 4) Fale um pouco para mim como foi recebido desde a sua chegada até agora.
- 5) Que atendimento você recebeu neste serviço desde que chegou? O que achou dos atendimentos (acolhimento, orientações, encaminhamentos)?
- 6) Na sua opinião, o seu problema de saúde foi resolvido? Como?
- 7) O que você achou mais importante para resolver o seu problema de saúde?
- 8) Caso fosse preciso, você procuraria este serviço novamente? Porque?
- 9) Você indicaria este serviço para seus familiares e amigos?
- 10) O que achou desta entrevista?
- 11) Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o assunto?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissionais)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: “*O cotidiano de um serviço de urgência e emergência no discurso de usuários e trabalhadores*”, que tem por objetivo *analisar os discursos de usuários e de profissionais sobre o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte*. Este trabalho destina-se à elaboração da tese da doutoranda Daniela Soares Santos, como requisito obrigatório para a obtenção do título de doutora em Enfermagem, pela da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, orientada pela Profª Drª Marília Alves.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevista e observação. Sua participação é voluntária e consistirá em conceder entrevista contendo questões relacionadas a percepção sobre as demandas e necessidades da clientela atendida no serviço; o papel do profissional na unidade e sobre o atendimento oferecido no Pronto Atendimento. Você não será remunerado para conceder entrevista, não será identificado na pesquisa e, a qualquer momento, poderá solicitar informações sobre o andamento desta pesquisa. Além disso, terá preservado o direito à privacidade e ao anonimato das informações, bem como a liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento e, até mesmo, em retirar seu consentimento, caso opte por deixar de participar do estudo. Não terá prejuízos em seu trabalho, pois não se trata de avaliação institucional e as informações que fornecer serão de conhecimento somente das pesquisadoras. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos na tese de doutorado e publicações de artigos. Sua colaboração é importante e necessária para a pesquisa, mas é livre sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_, pelo presente Termo de Consentimento, DECLARO ter sido devidamente informado(a) sobre os objetivos e finalidades da pesquisa “*O cotidiano de um serviço de urgência e emergência na perspectiva de usuários e trabalhadores*”, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. DECLARO que estou ciente de que a pesquisadora realizará entrevista que servirá de base para o estudo. CONCORDO em participar do estudo e AUTORIZO a divulgação científica dos resultados desde que respeitado meu anonimato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

#### Telefones de contato

**Profª Drª Marília Alves:** Av. Alfredo Balena, 190/sala 514, Bairro Santa Efigênia. Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-000 (Escola de Enfermagem da UFMG) – Telefone: (31) 3409-9826.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:** Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 / Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

**Comitê de Ética em Pesquisa do HOB:** Rua Formiga, 50 - Sala 108, Bairro São Cristovão, Belo Horizonte/MG, CEP: 31110-430. Telefone: (31) 3277-6120 / E-mail: [cephob@gmail.com](mailto:cephob@gmail.com).

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuários)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: “O cotidiano de um serviço de urgência e emergência no discurso de usuários e trabalhadores”, que tem por objetivo *analisar os discursos de usuários e de profissionais sobre o cotidiano de atendimento de um serviço de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte*. Este trabalho destina-se à elaboração da tese da doutoranda Daniela Soares Santos, como requisito obrigatório para a obtenção do título de doutora em Enfermagem, pela da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, orientada pela Profª Drª Marília Alves.

Sua participação é voluntária e você deverá responder perguntas sobre a sua percepção em relação ao atendimento recebido no serviço, acolhimento, orientações, informações e encaminhamentos; motivos da procura e estratégias de acesso ao serviço. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar, se desejar. Além disso, farei a observação do serviço e farei as anotações dessa observação em um caderno chamado diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não. Você não será remunerado para conceder entrevista, não será identificado na pesquisa e, a qualquer momento, poderá solicitar informações sobre o andamento desta pesquisa. Além disso, terá preservado o direito à privacidade e ao anonimato das informações, bem como a liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento e, até mesmo, em retirar seu consentimento, caso opte por deixar de participar do estudo. Esta pesquisa não está vinculada à instituição e as informações que fornecer serão de conhecimento somente das pesquisadoras. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins científicos na tese de doutorado e publicações de artigos. Sua colaboração é importante e necessária para a pesquisa, mas é livre sua participação.

Eu, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_, pelo presente Termo de Consentimento, DECLARO ter sido devidamente informado(a) sobre os objetivos e finalidades da pesquisa “O cotidiano de um serviço de urgência e emergência na perspectiva de usuários e trabalhadores”, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. DECLARO que estou ciente de que a pesquisadora realizará entrevista que servirá de base para o estudo. CONCORDO em participar do estudo e AUTORIZO a divulgação científica dos resultados desde que respeitado meu anonimato.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

#### Telefones de contato

**Profª Drª Marília Alves:** Av. Alfredo Balena, 190/sala 514, Bairro Santa Efigênia. Belo Horizonte/MG. CEP: 30130-000 (Escola de Enfermagem da UFMG) – Telefone: (31) 3409-9826.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:** Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 / Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

**Comitê de Ética em Pesquisa do HOB:** Rua Formiga, 50 - Sala 108, Bairro São Cristovão, Belo Horizonte/MG, CEP: 31110-430. Telefone: (31) 3277-6120 / E-mail: [cephob@gmail.com](mailto:cephob@gmail.com).