



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

JURANDA MAIA DE MIRANDA

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: O SIGNIFICADO PARA O USUÁRIO**

Londrina
2010

JURANDA MAIA DE MIRANDA

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE
RISCO: O SIGNIFICADO PARA O USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani

Londrina
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M672a Miranda, Juranda Maia de.

Acolhimento com avaliação e classificação de risco : o significado para o usuário / Juranda Maia de Miranda. – Londrina, 2010.

152 f. : il.

Orientador: Mara Lúcia Garanhani.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde – Acolhimento – Teses. 2. Serviços de saúde – Avaliação – Teses. 3. Hospitais públicos – Acolhimento – Teses. 4. Acolhimento – Teses. 5. Avaliação de riscos de saúde – Teses. 6. Humanização na saúde – Teses. I. Garanhani, Mara Lúcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 614.2

JURANDA MAIA DE MIRANDA

**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: O
SIGNIFICADO PARA O USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mara Lúcia Garanhani
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dra^a Elisabete de Fátima Pólo de Almeida
Nunes
UEL – Londrina – PR

Prof^a Dra^a Inês Gimenes Rodrigues
UEL – Londrina – PR

Londrina, 30 de novembro de 2010.

Agradecimentos

À minha orientadora,
Prof^a Dra Mara Lucia Garanhani,
pelo desprendimento, acolhimento,
paciência e estímulo, durante esta caminhada.
Aprendi muito e saio renovada.
Só tenho a agradecer por esta convivência
positiva em minha vida.

Às valiosas contribuições da
Dra. Inês Gimenes Rodrigues
e Dra Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes,
os quais possibilitaram enriquecer o meu estudo.

Aos colegas de trabalho do Hospital Zona Sul,
em especial Rosa Sato, Sonia Rocha,
Andrea Araújo, Maura Aparecida Silveira
que vibraram comigo na realização desta tarefa.

Maura com sua constante postura
ética e solidária, me auxiliou gentilmente
nas correções de português e
Andrea por ter me avisado
do mestrado e me incentivado a
realizar mais esta etapa.

Ao diretor Geral do Hospital
Zona Sul, Dr Wilson Battini
que possibilitou a realização
desta pesquisa.

A Édna Picelli
pelo carinho e amizade
em tão pouco tempo,
possibilitando a formatação
deste trabalho.

E a todos os anônimos
que fizeram parte do sucesso
desta minha caminhada.

MIRANDA, Juranda Maia de **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: o significado para o usuário**. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços em Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

As práticas de humanização nos serviços de saúde constituem-se em desafios para todos os profissionais da área da saúde na atualidade. Estudos sobre as perspectivas do usuário em relação a tais práticas são relevantes para fornecerem dados que possam contribuir efetivamente para o aperfeiçoamento da produção do cuidado nos serviços de saúde. O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com o objetivo de compreender a percepção do usuário sobre a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), em um pronto socorro de um hospital público estadual, de porte secundário da região sul no município de Londrina-Pr. Buscou-se revelar o significado do AACR para os usuários atendidos nesse serviço utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, realizada no período de novembro de 2009. Os participantes da pesquisa foram usuários adultos, acima de 18 anos, classificados na cor verde e azul que aguardavam atendimento médico na recepção do hospital, totalizando 19 pacientes. A análise dos dados realizou-se mediante a análise do discurso de acordo com Martins e Bicudo, a qual desvelou o significado do AACR em três categorias temáticas: acolhimento é ter acesso ao serviço de saúde; é submeter-se ao processo de AACR e; é ser cuidado com competência. Os resultados revelaram também o sofrimento do usuário quando há demora no atendimento médico, mesmo depois de ter se submetido à prática do AACR. Os usuários também expressaram satisfação com o serviço oferecido, sentiram-se acolhidos e consideraram válida a metodologia do AACR, revelando um vínculo positivo com a instituição. Eles relacionaram o atendimento de suas necessidades com a consulta médica, com a competência dos profissionais da saúde e com a informação sobre o seu risco de saúde. O tempo de espera foi um fator marcante para eles. Concluímos que o acolhimento para os usuários está associado ao acesso aos serviços de saúde e ao atendimento de suas necessidades, muitas vezes representado pelo atendimento médico.

Palavras-Chave: Acolhimento. Serviço Hospitalar de Emergência. Avaliação de programas.

MIRANDA, Juranda Maia de **Refuge with risk classification**: meaning for the user. 2010. 152 f. Dissertation (Master's Degree in Management of Health Service) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

The human practices on health services constitute themselves in challenges for all professionals in the health sector today. Studies aim the perspectives of the users on such practices are relevant to provide data that can effectively contribute for the improvement of the production of care in health services. The current study deals with a quantitative descriptive research, aiming to understand the perception of the user about the practice of Refuge with Evaluation and Risk Classification (RERC), at an emergency of a public state hospital, of secondary size of the southern region of Londrina County-Pr. We have tried to reveal the meaning of RERC for the users served in this service using as a technique of data collecting the semi-structure, conducted in November 2009. The participants of the research were over 18 years old adults classified in green and blue who were waiting for medical service at the reception of the hospital totalizing 19 patients. The data analysis was conducted under the analysis of the speech according with Martins and Bicudo which revealed the meaning of RERC in four thematic categories. Refuge is to access to the health service and be served according to their needs is to submit to the RERC process and; to be taken care of with competence. The results also revealed the suffering of the user when the medical service is delayed, even after being submitted to the RERC practice. The user also expressed satisfaction with the service offered, considered them welcomed and consider valid the REERC methodology, revealing a positive bond with the institution. They related the service of their needs with the doctor's visit with the competence of the health professionals and with the information about their health risk. The waiting time was a significant value for them. We have concluded that the refuge for the users is related to the access to the health services and meeting their needs many times presented by the medical service.

Keywords: User embracement. Emergency service hospital. Program evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Quadro ilustrativo da análise individual de um discurso analisado-UV9	71
Figura 2 –	Quadro demonstrativo da caracterização dos participantes da pesquisa: sexo, idade e classificação de risco	74
Figura 3 –	Quadro demonstrativo das configurações das 04 categorias que estruturaram o fenômeno estudado	75
Figura 4 –	Figura ilustrativa dos sentimentos vivenciados pelos usuários participantes da pesquisa na sala de espera do serviço de saúde em estudo	99
Figura 5 –	Quadro demonstrativo da ambivalência de sentimentos vivenciados pelos usuários participantes do estudo na sala de espera de um serviço de saúde	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro ilustrativo da aproximação das unidades de significados individuais interpretadas.....	72
Quadro 2 –	Quadro demonstrativo da síntese das categorias abertas construídas com seus respectivos conteúdos temáticos	73
Quadro 3 –	Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a primeira categoria: Acolhimento como acesso ao serviço de saúde	76
Quadro 4 –	Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a terceira categoria: Acolhimento é submeter-se ao processo de AACR.....	91
Quadro 5 –	Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a quarta categoria: acolher é ser cuidado com competência.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACR	Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
LOS	Lei orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização na Área Hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Assistência ao Trauma em Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

MINHA TRAJETÓRIA	12
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 RECORTE TEMÁTICO	22
3.1 CONHECENDO O SUS.....	26
3.1.1 Os Princípios Doutrinários e Organizacionais do SUS	27
3.1.2 Desenhos Tecnoassistenciais em Saúde	30
3.1.3 A Regulação do SUS	38
3.2 Os SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO HOSPITALAR	39
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO — HUMANIZA SUS	45
3.3.1 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.....	50
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	57
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	59
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	62
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA	63
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	65
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	74
5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISES	75
5.2.1 Primeira Categoria: Ter Acesso ao Serviço de Saúde	75
5.2.2 Segunda Categoria: Acolhimento Significa Submeter-se ao Processo de AACR	90

5.2.3 Terceira Categoria: o Acolhimento Significa Ser Cuidado com Competência	106
5.3 SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	114
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	124
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista	126
APÊNDICE C – Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Norte do Paraná	127
ANEXOS	128
ANEXO A – Resultado da Pesquisa do Ministério da Saúde.....	129
ANEXO B – Folder de Divulgação do “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”	130

MINHA TRAJETÓRIA

A preocupação com o bem estar do próximo foi minha mola propulsora para chegar ao curso de enfermagem, no qual ingressei no ano de 1979, na Universidade Federal de Minas Gerais.

Durante a graduação, vivenciei períodos de intensas descobertas, mudanças de paradigmas, outra visão de mundo que fui tecendo diante das questões de saúde e doença, sofrimento e alegria, que o universo da enfermagem foi me apresentando. Neste caminho, fui me identificando com o cuidado holístico, sensibilizando-me pelo sofrimento do indivíduo causado pelo impacto da doença na sua vida e de seus familiares, principalmente relacionado ao afastamento do paciente de seu habitat imposto pela internação e pelas rígidas normas hospitalares.

Muitas vezes os procedimentos, técnicas e rotinas eram mais valorizados que o sofrimento, despersonalizando o paciente do ambiente hospitalar. Os trabalhadores seguiam tão eficazmente as rotinas e técnicas, que se afastavam da pessoa humana, com seus sofrimentos, e apenas enxergavam a doença e os procedimentos, separando suas dimensões física, social, mental, espiritual e cultural, reduzindo o humano a um fragmento biológico. Parecem ser estes os movimentos de profissionais de saúde: seguir rotinas, protocolos, técnicas, tratar dentro de um padrão, pacote, desconsiderando muitas vezes o indivíduo no seu contexto.

Foi neste sentido que me aproximei da homeopatia, desde o início do curso, por esta modalidade de medicina ter o foco no indivíduo integral, e a doença não ser considerada um agente intruso, mas o resultado de um conjunto de causas que culminam em desarmonia e desequilíbrio, sendo o tratamento focado nas causas desses desequilíbrios.

Na época da graduação, passando por vários hospitais e centros de saúde, aproximei-me mais no campo da saúde pública, porque senti nesta área uma maior autonomia do enfermeiro em agir no cuidado do indivíduo e da coletividade. As normas rígidas dos hospitais incomodavam-me, pois despersonalizavam o indivíduo quando este chegava ao ambiente hospitalar.

No final do curso de graduação, casei-me; o que me fez mudar para a cidade de Niterói, onde cursei habilitação em Saúde Pública, na Universidade

Federal Fluminense (UFF). Em seguida, ingressei em um hospital público estadual, na cidade do Rio de Janeiro, onde trabalhei apenas dois meses, porque meu marido na época veio trabalhar em Londrina, onde resido até hoje.

Chegando à Londrina, cursei habilitação em Médico Cirúrgica no antigo Cesulon — Centro de Estudos Superiores de Londrina, hoje UNIFIL — Centro Universitário Filadélfia de Londrina, e fui conhecendo os serviços de saúde em Londrina.

Ao término do curso, fui contratada pelo CLAM — Conselho Londrinense de Assistência à Mulher, para participar de programas com a comunidade na área da prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar e sexualidade humana. Era gratificante trabalhar nesta área, mais ligada à saúde pública, no sentido que coordenávamos grupos de jovens e adultos na prevenção e promoção da saúde. Eram estabelecidos vínculos positivos com os grupos e o trabalho interdisciplinar (sociólogo, psicólogo, médico, enfermeiro, advogado) ampliava a visão e o compartilhamento de idéias para melhor promoção da saúde dos indivíduos. Neste período escrevemos um livro, em conjunto com os profissionais envolvidos nos programas, editados pelo próprio CLAM, intitulado *Sexualidade Humana (GOES, 1988)*. Meus capítulos foram: *Conhecendo Nosso Corpo, Prevenção do Câncer Ginecológico e a Prevenção do uso de Drogas, DST e Aids*.

Após três anos de experiência nesta área, fui convocada para trabalhar em um hospital que estava sendo inaugurado, por ter sido aprovada no concurso público. Outro desafio, pelo fato de ter que voltar para estrutura hospitalar. Foi uma experiência positiva entrar naquela instituição nova, ainda em construção; com o quadro de funcionários em formação; todos com o mesmo nível de expectativa.

Nascer junto com o hospital é uma excelente oportunidade para plantar um pouco da sua maneira de ser e poder dar um tom à instituição. Não sei se foi a afinidade entre os profissionais, mas o fato é que plantamos um clima de solidariedade entre profissionais, pacientes e comunidade que tornou muito prazeroso trabalhar ali. Criamos vários projetos para *humanizar o ambiente hospitalar*, até mesmo antes do Plano Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), o que deu ao hospital, em 2002, a premiação do Ministério da Saúde em aprovação do atendimento pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a

implantação do PNHAH, institucionalizamos os programas de humanização já existentes.

No entanto, o hospital foi crescendo, e cresceram também os problemas. A minha inquietação era a técnica pela técnica, a obediência aos protocolos, o sofrimento sem muito cuidado (o sofrimento psíquico), o que me movimentou a procura de algo quando me identifiquei com a Bioética. Encontrei-me neste contexto já na primeira vez que ouvi o professor Eduardo Siqueira falando da herança cartesiana nos cursos de saúde, do tecnicismo e da fragmentação do ser humano influenciando a assistência à saúde. Era tudo que eu sentia, mas não possuía ainda dicionário cerebral para expressar tais idéias. Fiz então a inscrição para o primeiro curso de especialização em Bioética na UEL, no ano de 2000, apesar de estar terminando outra especialização em Administração hospitalar

Gostava de refletir sobre as questões da Bioética, principalmente da dignidade humana, da autonomia do paciente, do tecnicismo pelo tecnicismo, sendo a técnica muitas vezes usada como um fim e não como um meio. Foi neste período que escrevi dois capítulos no livro de Bioética produzido pelo curso de especialização. Os capítulos foram: *A Tecnociência, Autonomia e Dignidade Humana na Área da Saúde* (MIRANDA, 2000) e *O cuidado de Enfermagem na era da tecnologia* (MIRANDA, 2003).

Após a especialização de Bioética, participei do curso de Formação de Facilitadores na Área da Saúde, editado pela Fiocruz e Ministério da Saúde e, no mesmo período, ingressei no curso de especialização em Gestão e Formulação de Políticas Públicas, oferecido pela Escola de Governo do estado do Paraná; foi quando comecei a aprofundar mais os conhecimentos sobre o SUS.

Ao término do curso e dando continuidade aos programas de humanização no hospital implantamos, no ano de 2007, a prática de humanização denominada Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, com o objetivo de acolher de forma mais humana os usuários, atendendo de acordo com o sofrimento apresentado e não mais por ordem de chegada. Foi dessa forma que cheguei ao Mestrado Profissional com a intenção de aprofundar as questões do SUS, em especial os programas de humanização, pois são os que mais me mobilizam.

Realizar o mestrado profissional ampliou os meus horizontes; mudei o olhar ingênuo e conheci melhor a organização do sistema. Durante os estudos senti-me ouvida, quando estudando Merhy, encontrei as suas definições de

tecnologias leves e duras, lembrando desde a época da graduação até hoje o tanto que as rotinas por si só me incomodam. Também me senti acolhida com os desenhos técnicoassistenciais referidos por Cecílio e Merhy, por refletirem tão fielmente o cotidiano de usuários e profissionais que trabalham no SUS.

Foi um grande desafio, pois não foi fácil trabalhar em um hospital em plena transformação, com superlotação, baixa de funcionários, desenvolver o olhar mais crítico, fazer pesquisa, estudar, ler, escrever, sentir-se solitário e trabalhar no cotidiano com a construção da prática de AACR, tema de pesquisa do meu mestrado

O curso de mestrado e a realização da minha pesquisa, que trata do Significado do usuário sobre a AACR, estão me possibilitando pensar em propostas de mudanças no ambiente de trabalho para a consolidação de um SUS humanizado, sendo construído de acordo com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Espero e desejo ter fôlego para implementá-las no futuro próximo, podendo testemunhar alguns resultados alcançados na melhoria do atendimento aos usuários do SUS.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem grandes lacunas no acesso e no modo como o usuário é acolhido nos serviços. É preciso estabelecer no cotidiano o princípio da universalidade, equidade e a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos (BRASIL, 2009).

Portanto, a necessidade de encontrar uma nova maneira de produzir saúde na rede de serviços públicos vem do reconhecimento que os modelos existentes da prática de cuidados não tem correspondido com as demandas dos usuários, no que diz respeito ao cuidado integral, acolhedor, resolutivo e promotor de projetos de vida individuais e coletivos. Refletir e enfrentar esta temática, buscando um agir comprometido com modelos de atenção em saúde, que reproduzem os princípios do SUS: integralidade, universalidade e equidade, é tarefa de profissionais do campo da saúde (MONFROI, 2008).

Cecílio (1997) questiona o modelo assistencial em saúde, cuja hierarquia tecnológica, semelhante a uma pirâmide, coloca o hospital no seu vértice. Defende a idéia do sistema de saúde ser pensado como um círculo, com várias portas de entrada, localizados em vários pontos e não mais em uma suposta base. Aponta a necessidade do sistema ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, visando oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada; sendo a referência as pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de modelo assistencial que possa ser previamente definido.

A área hospitalar, sobretudo os setores de urgência e emergência, é considerada pelos usuários a principal porta de entrada no sistema, pois acreditam que, com a disponibilidade da tecnologia e do profissional médico para atendê-los, terão a solução imediata de seus problemas. Esse fato faz com que as unidades de pronto socorro estejam sempre lotadas, com pacientes aguardando a sua vez para o atendimento. Esta é a realidade que vivencio como profissional de saúde no cotidiano do meu trabalho.

Sendo assim, concordo com alguns autores, como Cecílio (1997), quando refere que os setores de urgência e emergência dos hospitais encontram-se superlotados, favorecendo a desumanização do atendimento, tanto para os usuários

quanto para os profissionais, resultando na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais condições de saúde da população.

Para Cecílio (1997), no imaginário popular, por mais equipado que seja um centro de saúde, ele é sempre menos resolutivo do que é necessário diante de situações que exijam um atendimento mais ágil, dito de urgência.

Observamos também na nossa prática diária do pronto socorro que os conceitos de urgência e emergência têm significados diferentes para usuários, profissionais de saúde e a instituição. Essa diferença na percepção traz conflitos nas relações, principalmente pelo fato da prática médica estar mais voltada para as questões técnicas, objetivas, relacionadas com a dimensão biológica, ou seja, com a doença e não com a pessoa integral.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução nº 1451/1995, define urgência como: “uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Quanto à emergência, define como a “constatação imediata de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto tratamento médico imediato” (BRASIL, 2009, p. 47).

No *Grande dicionário da língua portuguesa*, de Sacconi (2010, p. 750), emergência é definida como: “acidente ou acontecimento imprevisto de alguma gravidade que requer atenção especial, ação imediata e solução urgente; condição ou necessidade urgente, que demanda ação ou assistência rápida; situação crítica”. A urgência é definida como: “necessidade de agir rápido (...). Nos hospitais e prontos-socorros, caso que exige imediata intervenção médica ou cirúrgica: serviço de urgência”.

Em um conceito mais ampliado, a urgência difere em função de quem a percebe ou sente. Para usuários e familiares é do imprevisto que tende a vir a urgência, pois está associada a uma ruptura de ordem do curso da vida: “eu não posso esperar”. Para o médico, a noção de urgência está relacionada com o prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar”. Para as instituições, as urgências correspondem a uma perturbação de sua organização; é “o que não pode ser previsto” (BRASIL, 2009, p. 47).

Na minha experiência profissional em unidade de pronto socorro, observo grande parcela de usuários aguardando atendimento por considerar que sua situação é de urgência, dentro do conceito anteriormente citado: eu não posso

esperar, enquanto para os profissionais de saúde, a urgência está relacionada com o prognóstico vital, o que os leva a julgar que muitos pacientes estão em local inadequado.

O fato é que os serviços de atendimento às urgências e emergências convivem com grandes filas, onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser a hora de chegada. A não distinção de risco ou grau de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até morte por falta de assistência no tempo adequado. Este tipo de organização de serviço privilegia a produção de procedimentos em detrimento da análise dos resultados e seus efeitos para os sujeitos que estão sob a sua responsabilidade. Os profissionais se encontram muito atarefados, não conseguem avaliar seu processo de trabalho e refletir para mudá-lo. Dessa forma, grande parte dos serviços de emergências funcionam focando a doença e não o sujeito e suas necessidades, repassando o problema para o outro ao invés de assumir a responsabilidade por sua solução (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2002, elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cujo objetivo foi humanizar o atendimento, considerado insatisfatório para os usuários e profissionais, sobretudo no ambiente hospitalar. Sua estratégia foi buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o modelo de cuidado desejado pelo SUS (BRASIL, 2002).

O documento oficial do PNHAH, segundo Deslandes (2004), inicia sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação de usuários e diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. Um número significativo de usuários relatam que não seriam só precários, mas desrespeitosos e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde. A forma de atendimento e a capacidade demonstrada pelos profissionais para compreender as demandas e expectativas dos usuários, são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, de espaço físico e medicamentos.

Em 2003, com a mudança do governo federal, o Ministério da Saúde, dando continuidade aos programas de humanização, lança a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como Humaniza SUS. Enquanto o

PNHAH era um programa com projetos de humanização restrito a área hospitalar, a humanização sob a perspectiva da PNH é uma política de governo, que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão, com propostas de processos de trabalho mais acolhedores e humanizados (BRASIL, 2003).

Dentre as várias diretrizes da PNH, em especial nas unidades de urgência e emergência, consta que os serviços deverão ter critérios de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACV): acolher toda a demanda de usuários que procuram pelos serviços de saúde, garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência e transferências seguras às outras unidades mais complexas, conforme a necessidade do paciente; incluir a elaboração de protocolo clínico eliminando intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do paciente (BRASIL, 2009).

A metodologia denominada AACR tem como objetivo principal humanizar o atendimento nos serviços de pronto atendimento, garantindo acesso universal e resolutividade aos que necessitam de assistência. Implica em reorganizar os serviços, através de mudanças no processo de trabalho, com implementação de protocolos próprios, de tal forma que todos sejam atendidos de acordo com gravidade e o sofrimento, e não por ordem de chegada, diminuindo a fila, os riscos e o tempo de espera.

No critério de AACR, não há exclusão do atendimento, como ocorria com a ação administrativa da triagem (seleção daqueles que seriam atendidos). Nesta nova proposta, os pacientes são acolhidos por uma equipe de saúde, onde são avaliadas suas queixas, sintomas, escala de dor e sinais vitais.

Dentro desta perspectiva, foi implantado, em dezembro de 2007, a prática de AACR no hospital em estudo, de porte secundário, com pronto atendimento disponível nas vinte e quatro horas.

O motivo principal da implantação foi humanizar o atendimento, dando assistência mais rápida ao paciente com sintomas de gravidade, independente do horário de sua chegada. Também, diminuir o estresse dos profissionais frente a dificuldade de atender a demanda cada vez mais elevada de pacientes.

Com a implantação AACR no hospital em estudo, todos os usuários, logo após a sua chegada no pronto socorro, passaram a ser atendidos pela equipe

de enfermagem, que verifica os sinais vitais, a queixa principal, os sintomas e a classificação de risco de acordo com o protocolo do MS.

Considerando que a prática AACR é uma tecnologia recentemente implantada nos prontos socorros, torna-se necessário a realização de estudos que busquem revelar o significado desta prática para o usuário.

Portanto, é de fundamental importância conhecer como os pacientes avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais e analisar possíveis intervenções na organização dos serviços (RAMOS; LIMA, 2003).

Sendo assim, este estudo pode constituir-se de um modo de avaliar se a metodologia do AACR está atingindo o objetivo de humanizar o atendimento, a partir da ótica e necessidades de saúde do usuário.

Por meio dos resultados desta pesquisa, podemos propor alterações no processo de trabalho, visando aproximar as necessidades dos pacientes às práticas de saúde, melhorando a qualidade do atendimento, atingindo a satisfação dos usuários.

Portanto, a questão norteadora desta pesquisa foi:

- ▶ Qual é a percepção do usuário adulto sobre a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco em um pronto socorro?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Conhecer a percepção do usuário sobre a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, em um pronto socorro de um hospital público estadual, de porte secundário, da região sul do município de Londrina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Identificar como os usuários sentem-se acolhidos em um serviço de pronto socorro de um hospital público, estadual, de porte secundário, no município de Londrina.
- ▶ Descrever qual o significado de acolhimento para usuários atendidos neste serviço.
- ▶ Identificar a percepção do usuário em relação a utilização da metodologia de Classificação de Risco neste serviço.

3 RECORTE TEMÁTICO

O recorte temático desta pesquisa abordará três dimensões entrelaçadas: o SUS, as unidades de urgência e emergência hospitalares e a política de humanização proposta pelo MS. Esse recorte temático visa construir o embasamento teórico para subsidiar a discussão dos resultados e responder aos objetivos propostos. No início do capítulo apresentaremos uma breve contextualização histórica das raízes da assistência à saúde, por considerar que elas ainda marcam o modo como os serviços de saúde estão organizados na atualidade.

Os hospitais sofreram mudanças no decorrer dos séculos, em consequência dos avanços das ciências e das tecnologias. Historicamente, os hospitais acolhiam os doentes, na maioria das vezes pobres e indigentes que o procuravam para morrer. Antes do século XVIII, funcionava como uma instituição, cuja função era a de acolher estes doentes protegendo a sociedade dos perigos que eles representavam. O personagem do hospital neste período não era a cura, mas o pobre que estava morrendo e que deveria receber assistência material e espiritual. O pessoal do hospital era designado a trazer a salvação espiritual; era caritativo e leigo, pessoas que faziam uma obra de caridade em troca da salvação eterna. Portanto, o hospital tinha duas missões: a de assistência dos pobres e a sua transformação espiritual. Nesta época não aparece no hospital a função médica (FOUCAULT, 2004).

O mesmo autor refere que após esta fase caritativa, o hospital surge como cenário de interesses econômicos, recuperando soldados militares, cuja formação foi bastante custosa. Então estes profissionais doentes deveriam ser cuidados e controlados para retornar às suas funções no campo de batalha. Inicia-se no hospital, o controle e a disciplina depositados nestes soldados doentes, cujo objetivo é recuperá-los para o sistema militar.

A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso dos hospitais é que irá possibilitar a sua medicalização. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que eram submetidos os hospitais. E esta

disciplina torna-se médica, pois ocorre uma transformação no saber médico e suas práticas nesta época (FOUCAULT, 2004).

Capra (2006) refere que a concepção mecanicista do organismo humano e a resultante abordagem técnica da saúde deram ênfase à tecnologia médica, transferindo a prática da medicina do consultório para o hospital, tornando-se progressivamente despersonalizada e desumanizada. Os hospitais ao longo do tempo converteram-se em amplas instituições profissionais, enfatizando mais a tecnologia e a competência científica do que o contato com os pacientes, que se. O uso excessivo de tecnologia na assistência à saúde, causa também dor e sofrimento e é um dos motivos dos elevados custos na área da saúde.

Segundo Capra (2006), essas deficiências dos sistemas de assistência à saúde, relacionadas aos custos, eficácia e satisfação das necessidades humanas, são reconhecidas como decorrentes da natureza restritiva do modelo biomédico em que se baseiam. Não se trata de negar a utilidade da abordagem biomédica da saúde, pois ela foi estruturante em um dado tempo histórico, tal como a estrutura cartesiana-newtoniana foi e é em muitas áreas das ciências clássicas, mas trata-se de reconhecer as suas limitações. Sendo assim é útil refletir sobre a base conceitual da medicina moderna (modelo biomédico) e analisar como ele afeta essa prática e a organização da assistência à saúde.

O mesmo autor refere que o modelo biomédico é resultado do pensamento cartesiano, pois Descartes introduziu a rigorosa separação de mente e corpo, a partir da idéia de que o corpo é uma máquina, que pode ser compreendido em meio a organização e o funcionamento de suas peças e limitou-se a compreender os mecanismos biológicos envolvidos no processo de doença, deixando de fora as influências não biológicas.

A abordagem médica mesmo em meio à enorme rede de fenômenos que influenciam o processo saúde-adoecimento, priorizou o estudo apenas dos aspectos fisiológicos. Esta reduzida abordagem da medicina deixa muitas lacunas para o desenvolvimento da promoção e da manutenção da saúde. Capra (2006) refere que é necessário relacionar os aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente.

Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canadá – A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of*

Teaching, conhecido como o Relatório Flexner, realizado por Abraham Flexner, que teve grande influência na reforma das escolas médicas, com repercussões profundas para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Corroborando como o pensamento cartesiano, o relatório Flexner segundo Paligosa e Da Ros (2008), reforça que o estudo da medicina deve desenvolver-se centrado na doença de forma individual e concreta, sendo a doença considerada um processo natural e biológico. Nessa perspectiva os aspectos sociais, culturais, ambientais não são considerados no processo saúde doença. Considera que o único conhecimento seguro e científico é aquele realizado mediante a observação e experimentação rigorosa. A ciência substitui a arte, sendo o método científico considerado a forma legítima de produção de conhecimento. É neste contexto que os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão de conhecimento médico durante o século XX.

Siqueira (2002), também relata que o modelo vigente de medicina, estruturado no início do século XX por Abraham Flexner, propôs a aplicação de regras cartesianas como norteadoras da formação médica, dividindo a unidade complexa da pessoa humana em partes cada vez menores do domínio científico. Esse modelo pedagógico impõe aos estudantes conhecimentos técnicos oriundos de disciplinas acadêmicas, onde as informações são expostas sem qualquer preocupação de lhes oferecer a necessária síntese, que permite compreender melhor o ser humano biográfico.

A filosofia deste modelo acadêmico acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência. [...] inviabiliza a percepção da integralidade do ser humano que sempre será a um só tempo biológico, psicológico, cultural e social. Essa unidade complexa é desintegrada na formação acadêmica que considera a disciplina como unidade de medida (SIQUEIRA, 2002, p.91).

Esta ênfase do modelo biomédico centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, adotando o modelo de saúde-doença uniaxial e biologicista. Nesta abordagem não é considerada a dimensão social, psicológica e econômica da saúde, o que evidencia

o descompasso da medicina com a realidade e as necessidades da população (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Neste paradigma tecnocientífico, a doença é encarada como um problema a resolver; é medida com indicadores objetivos como temperatura; batidas cardíacas; pressão arterial e com uma série de exames laboratoriais. Por meio desses indicadores, pode-se avaliar se a terapia está produzindo efeito. O sucesso do tratamento é determinado pela eliminação ou não da doença. Nesta perspectiva, a saúde se alcança quando se volta ao estado de ausência de doença (MARTIN, 2009).

Continuando, o autor enfatiza que neste contexto os hospitais muitas vezes, tornaram-se desumanos; lugares onde as pessoas sentem-se diminuídas, despersonalizadas e isoladas. Na luta pela cura e na preocupação com a perfeição técnica, o doente é transformando em mero objeto de cuidados e seu conforto e bem estar físico e mental são subordinados às exigências de funcionamento de máquinas ou às restrições econômicas impostas pela administração hospitalar.

De acordo com Capra (2006) os usuários estão cada vez mais insatisfeitos com os serviços de saúde; queixam-se de que os médicos tratam as doenças, mas não estão interessados nos pacientes; também dão conta de que o sistema gera custos elevados sem melhorar significativamente a saúde da população.

Não podemos descartar os benefícios advindos do modelo biomédico à assistência à saúde, tais como: auxílio diagnóstico, procedimentos menos invasivos, atendimento às emergências e alívio da dor. O que pretendemos é chamar a atenção às suas limitações na compreensão do processo saúde e doença; assim como esta concepção reducionista influenciou a organização dos sistemas de saúde.

Capra (2006) refere que as intervenções biomédicas, embora extremamente úteis em emergências individuais, têm pouco efeito sobre a saúde de populações inteiras. A saúde dos seres humanos é influenciada não só por intervenções médicas, mas pelo comportamento, alimentação e natureza do seu meio ambiente.

A meu ver, outra influência do modelo biomédico na organização dos serviços de saúde é a desumanização na relação dos profissionais com os pacientes. Uma vez que este modelo valoriza os aspectos tecnocientíficos,

procedimentos e rotinas, negligencia as dimensões psíquicas, sociais e espirituais no atendimento, causando sofrimento ao paciente e sua família. Esta realidade é vivida por profissionais e usuários nos cotidianos dos serviços de saúde, provocando a insatisfação no atendimento.

A crítica ao modelo biomédico proposto por Flexner abre caminho para discussão mais ampla sobre as concepções de saúde-doença, sobre os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas, considerando as multidimensões das pessoas que necessitam de cuidados e desenvolvam suas ações abordando a amplitude do processo saúde -doença e seus determinantes. A partir dos anos 1980, iniciam-se processos de reforma no setor saúde em vários países, levando em consideração suas peculiaridades socioeconômicas e políticas. Elas se desenvolvem por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, por meio de debates e iniciativas da sociedade civil e organizada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Foi neste contexto que surgiu o SUS que será discutido a seguir.

3.1 CONHECENDO O SUS

O SUS é resultado do movimento social conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Associou as mudanças na área da saúde às conquistas da democracia, nas décadas de 70 e 80. É considerado uma das maiores políticas de inclusão social, permitindo à população acesso a serviços de saúde que antes não estavam disponíveis. Seus princípios e doutrinas foram aprovados na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Constituinte de 1988 (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Anteriormente ao SUS, a saúde pública não era reconhecida como direito individual. Apenas a saúde coletiva era de acesso universal (vigilância sanitária, combate às doenças endêmicas, saneamentos, campanhas de vacinação, etc.), cujo objetivo era o Estado proteger as sociedades dos perigos e riscos sociais.

As ações de cunho curativo eram garantidas aos trabalhadores integrantes do regime geral de previdência social vigente na época, que buscava

proteger a força de trabalho, sem que o Estado tivesse a intenção de garantir serviço de assistência curativa a todos. O poder público mantinha os hospitais públicos, principalmente os de atendimentos de urgências e emergências e alguns hospitais gerais, sem que isso fosse um dever do Estado e direito do cidadão (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Os mesmos autores afirmam que com a Constituição de 1988, o direito à saúde foi levado à categoria de direito público subjetivo, no reconhecimento de que o sujeito é detentor de direito e o Estado é seu devedor; além da responsabilidade do sujeito, que deve cuidar da própria saúde e contribuir para a saúde coletiva. Sendo assim, a saúde no Brasil passa a ser considerada um direito fundamental do ser humano, tendo o Estado o dever de garanti-lo mediante a formulação e execução de políticas públicas, além da prestação de serviços públicos de recuperação, promoção e prevenção.

É neste contexto que surge a universalidade do acesso a saúde no Brasil, promulgada pela Constituição da República de 1988, no seu artigo 196:

Saúde é um direito do povo e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A seguir transcorreremos sobre os princípios do SUS e sobre os desenhos organizativos de atenção à saúde.

3.1.1 Os Princípios Doutrinários e Organizacionais do SUS

Dentre os princípios doutrinários do SUS estão a universalidade, integralidade da atenção e a equidade. Como princípios organizacionais estão a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da sociedade (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2003).

A universalidade representa o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde. As pessoas têm direito à saúde, independente de raça, cor, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. A saúde é um direito de

cidadania e dever dos governantes municipais, estaduais, e federais (BRASIL, 2006). Isto inclui a responsabilização das instâncias públicas pela saúde dos indivíduos. Abrange a constituição de vínculos entre os profissionais e a população na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços em favor de uma vida digna (BRASIL, 2004).

A equidade significa que todo cidadão deverá ser atendido e acolhido conforme as suas necessidades. Não é o mesmo que igualdade. É o respeito às diferentes condições da população, oferecendo recursos de acordo com as suas especificidades. Os serviços de saúde devem estar atentos para as desigualdades e considerar que em cada conglomerado populacional existem grupos que vivem de formas diferentes, com problemas específicos em relação ao seu modo de viver, de adoecer e na forma de satisfazer suas necessidades de vida. Sendo assim devem reconhecer e acolher estas diferenças, trabalhando para atendê-las de maneira rápida e adequada, diminuindo as desigualdades existentes na qualidade de vida e saúde das diversas camadas sociais e econômicas brasileiras (BRASIL, 2006).

A Integralidade representa que os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diversas situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e morrer. A atenção deve dirigir-se à saúde e não somente as doenças, o que exige intervenções destinadas à erradicação das causas e diminuição dos riscos (BRASIL, 2006). As ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, reabilitação e promoção da saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2003). Em 2005, o MS publica documento notificando os dispositivos da ação integral, no qual inclui acolhimento de todos os usuários, a produção de vínculos entre eles e a equipe como um aspecto fundamental do modelo de cuidado desejado pelo SUS (BRASIL, 2005a).

Quanto aos princípios organizacionais, estão compreendidos a descentralização, resolutividade, a participação social, a regionalização, e a hierarquização.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades e das ações dos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, partindo do princípio de que quanto mais perto do fato a decisão for

tomada, mais chance de acerto na solução dos problemas de saúde. Assim, todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais e aquelas dirigidas a todo o território nacional devem ser federais (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2003). Há um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, conhecido como municipalização da saúde (BRASIL, 2006).

A resolutividade significa que o sistema deve estar apto a resolver os problemas de saúde demandados pelos cidadãos que procuram os serviços, dentro de sua capacidade e complexidade tecnológica, em cada nível de assistência. Deve enfrentar os problemas coletivos relacionados à saúde, partindo do princípio de que os serviços são responsáveis pela vida dos cidadãos de seu território de abrangência, resolvendo o que for pertinente ao seu nível de complexidade (BRASIL, 2006).

A participação dos cidadãos no processo de formulação das políticas de saúde, do seu controle e de sua execução em todos os níveis municipal, estadual e federal, está garantida na Constituição Federal. Ela é realizada por meio de suas entidades representativas que são os conselhos de saúde (nacional, estadual e municipal), com representação paritária de usuários, gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, com poder deliberativo. As Conferências de Saúde são as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer periodicamente, definindo prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 2006).

O sistema deverá ser custeado, essencialmente por recursos governamentais originados da união, estados e municípios; enquanto os serviços de caráter empresarial comprados devem ser complementares, quando há insuficiência do setor público para atender a demanda de saúde. Quando for necessária a contratação dos serviços privados, os contratos devem ser celebrados de acordo com as normas de direito público; a instituição privada deve estar de acordo com as normas técnicas, diretrizes e princípios básicos do SUS (BRASIL, 2006).

A regionalização e hierarquização diz respeito à organização da rede de atenção dos serviços de saúde. O acesso da população à rede deve se dar pelos serviços qualificados de atenção primária, que devem estar aptos a acolher, atender e resolver os problemas que demandam atenção em saúde. Os casos não resolvidos nesse nível devem ser referenciados para serviços de maior

complexidade tecnológica. A regionalização assim como a hierarquização favorecem as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, controle de vetores além das ações de atenção hospitalar e ambulatorial em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

A forma de acesso ao SUS utilizando as unidades de atenção primária como porta de entrada para resolver questões menos complexas e para que as mais complexas sejam referenciadas para unidades especializadas até chegar ao hospital, não tem ocorrido efetivamente, pois os usuários utilizam as unidades de pronto atendimento e de emergência para obter atendimento.

Dessa maneira, o desafio de efetivar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e o de viabilizar uma oferta de serviços para responder os problemas de saúde dos usuários, tem levado à discussão sobre os modelos de atenção à saúde (SOLLA, 2005).

A seguir, discorreremos sobre os modelos de atenção à saúde.

3.1.2 Desenhos Tecnoassistenciais em Saúde

Um desenho tecnoassistencial diz respeito à maneira como são organizadas as ações de intervenções no processo saúde-doença-rede de atenção numa dada sociedade. É a combinação de um conjunto de recursos tecnológicos, modalidades assistenciais, organizados como estratégia institucional para a atenção à saúde das pessoas e das populações, para a gestão das ações, serviços e sistemas de saúde (BRASIL, 2005a).

Várias alternativas de modelos técnicoassistências foram pensados para organizar o ingresso e o percurso do usuário dentro do sistema, aproximando suas necessidades à organização dos serviços. Inicialmente pensou-se no modelo geométrico de uma pirâmide, passando por modelo de círculo, até chegar ao desenho de uma rede, representada por uma malha ininterrupta de cuidados, onde cada nó da malha corresponde a uma instituição de saúde.

A seguir serão apresentados os desenhos técnicoassistências propostos e algumas considerações sobre a sua organização no atendimento aos usuários: da pirâmide ao círculo e a malha de cuidados.

□ PIRÂMIDE

Durante anos tem-se utilizado a figura da pirâmide para representar o modelo para a implantação plena do SUS. Ela demonstra a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde disponíveis para a população, tentando ordenar a entrada do usuário no sistema pela sua base onde estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de abrangência. Esses serviços eram considerados serviços de baixa complexidade (BRASIL, 2005a).

Atualmente, a atenção primária tem sido reconhecida como serviços que apresentam tecnologia de alta complexidade e baixa densidade. Tecnologia de alta complexidade significa reconhecer o conhecimento como tecnologia, incluindo-as nas relações, pois não é uma relação qualquer, tem uma finalidade que é a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade. E baixa densidade significa a utilização reduzida de equipamentos (BRASIL, 2005b).

Merhy (1997 apud Brasil 2005b, p. 72), atribui três categorias de tecnologias de trabalho em saúde

A tecnologia dura, as que estão inscritas nas máquinas e equipamentos e tem esse nome, pois estão a priori programadas para produção de certos produtos. As de leve duras são as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica e uma leve que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, assumindo formas diferentes de como cuida do usuário. As tecnologias leves que diz respeito às relações, os quais são fundamentais para a produção de cuidados. Se referem a um jeito ou atitude própria do profissional que é guiado por certa intencionalidade vinculada ao campo do cuidado, ao seu modo de ser, a sua subjetividade. São tecnologias também porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores da saúde lidar com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos (BRASIL, 2005b, p. 72)

Para esta extensa rede de unidades, foi definida a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro de atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira porta de entrada para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estaria o serviço dito de

atenção secundária; o serviço ambulatorial com suas especialidades clínicas e cirúrgicas; os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; os hospitais gerais, pensados como sendo hospitais distritais; além de alguns serviços de atendimento de urgência e emergência. O topo da pirâmide estaria ocupado pelos serviços hospitalares mais complexos, tendo o seu vértice os hospitais terciários e quaternários, de caráter regional, estadual e nacional, onde estão localizados os serviços de tecnologias mais avançadas, conhecidos como alta densidade tecnológica (BRASIL, 2005a).

O que a pirâmide representa é a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através de mecanismos de referência e contra referência, trabalhando as necessidades de assistência das pessoas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997).

No entanto, esse mesmo autor refere que a concepção do sistema como pirâmide está distante da realidade do usuário.

Não adianta mais insistir na idéia de que o modelo de pirâmide é ótimo e que só nos falta implantá-lo definitivamente para que tudo fique bem para os usuários. É necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhá-los a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997, p. 474).

A pirâmide representando a hierarquização dos serviços, tem como principal estratégia a racionalização dos recursos existentes na área da saúde. Ela representaria a forma de utilização dos recursos tecnológicos certos, no espaço certo, de acordo com as necessidades dos usuários e garantiria o acesso àquele que entrou pela porta de entrada a todas as disponibilidades tecnológicas que o sistema dispusesse para enfrentar a dor, a doença e o risco de morte. A proximidade do serviço com a residência do usuário seria um facilitador tanto no acesso como na criação de vínculo com a clientela (CECÍLIO, 1997).

Outro fator que se observa é que a rede básica não tem conseguido se tornar a porta de entrada mais importante para os serviços de saúde. A porta principal continua sendo os hospitais, por meio de seus serviços de urgência e emergência, com os prontos socorros sempre lotados. O acesso aos serviços

especializados continua sendo bastante difícil, com número de consultas insuficientes perante as necessidades dos usuários. As filas de esperas são demoradas, resultando em desistência de consultas agendadas (CECÍLIO, 1997).

Como síntese destas constatações, é possível dizer que:

A pirâmide a despeito da justeza dos princípios que ela representa tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade a qual população usuária pode contar [...] na prática os que dependem do SUS, tem que montar seu menu de serviços por conta própria, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o povão é deseducado, que vai ao pronto socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil e possível (CECÍLIO, 1997, p. 472).

Apesar da Atenção Básica à saúde representar um papel estratégico no SUS e ser o principal elo entre o sistema e a população, não pode ser entendida apenas como porta de entrada no sistema, visto que as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Não pode ser porta de entrada obrigatória, porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema, assim como não pode ser considerada o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema devem se responsabilizar pelas ações de saúde e pela vida das pessoas (BRASIL, 2005a).

❑ CÍRCULOS

Para Cecílio (1997), boa parte da literatura sobre modelos assistenciais em saúde, tem uma certa postura de *exterioridade* em relação ao objeto trabalhado, um olhar *de fora*, com a intenção de uma abordagem estrutural, no sentido de totalizador.

Observa-se assim, uma visão que poderia denominar de racionalizadora e “técnica” na medida em que as pessoas reais, com suas angustias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático [...] como usuários do sistema, espécie de agentes

dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir desta racionalidade exterior. (CECÍLIO, 1997, p. 470).

Diante da não funcionalidade do sistema desenhado como uma pirâmide, uma alternativa é criar novos fluxos que atendam as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde. Segundo Cecílio (1997), é necessário pensar novos fluxos e circuitos, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários; dos seus desejos; de suas necessidades; da incorporação de tecnologias de trabalho e de gestão, que visualizem a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.

O mesmo autor propõe um arredondamento da pirâmide, que quebrando seus duros ângulos, leva-nos a conceber o sistema de saúde como um círculo. O círculo associa-se com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Não hierarquiza, mas abre possibilidades de entradas. Dessa forma, o centro de saúde poderia ser uma boa entrada para o sistema, assim como os hospitais, os pronto socorros, as unidades especializadas de pronto atendimento e tantos outros serviços.

Para que isso ocorra, a primeira estratégia seria a qualificação das portas de entrada, no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população. A partir desse reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento para o seu caso (CECÍLIO, 1997).

Continuando com o autor, para se pensar um modelo de assistência que de fato atenda as necessidades dos usuários, a referência para este modelo deve ser as pessoas e suas necessidades e não qualquer tipo de modelo assistencial que possa ser previamente definido.

Neste sentido, os serviços deverão se organizar de maneira que as suas ações sejam realizadas de forma usuário centrada, que é:

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho, afim de que esse se desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347).

Dra. Margareth Chan, presidente da Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório sobre a Saúde do Mundo 2008, intitulado “La Atención primaria más necesaria do que nunca” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDE, 2008), cita que os serviços de saúde deverão se reorientar para melhor responder as necessidades das pessoas, por meio de pontos de prestação de serviços integrados nas comunidades. Diz que os responsáveis pela saúde devem garantir que os grupos vulneráveis tenham uma plataforma para expressar suas necessidades e que se dê atenção às suas solicitações. Menciona também que:

Los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además sin una orientación sustancial é probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, y las repercusiones del cambio climático (CHAN, 2008).

Como já mencionado, os serviços de saúde não estão organizados mediante à ótica das necessidades daqueles que acessam o sistema, os usuários. Eles têm a lógica anatomo-fisiológica, centrado no saber médico e estruturado a partir deste conhecimento biologista.

A presidente da OMS, menciona que além do fato de que os serviços de saúde deveriam ser organizados de forma que fossem centrados nas pessoas, para melhor atender as suas necessidades, também o serviço eficaz deveria funcionar levando em conta a interdisciplinaridade. Ela diz:

La biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad[...]. De hecho gran parte de lo que afecta a la salud de halla em grande média fuera de la esfera de influencia de lo setor sanitario. Los Ministerios de lo Comercio, Medio Ambiente, Educación y otros influyen en la salud, y, sin embargo, se suele prestar muy poca atención a las decisiones de estos ministerios que afectan a la salud. La OMS considera que todos deberían ser objetos de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de la salud em todas as políticas, em todos los gobiernos (CHAN, 2008).

Estudiosos como Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Merhy estimulam uma reflexão relativa ao sistema de saúde e sua lógica de gestão. Segundo estes autores, o conceito de sistema denota uma concepção idealizada, de caráter normativo e que na prática não funciona. Também, que a noção de sistema

traz a idéia de funcionamento harmonioso entre as partes componentes e que cada uma delas contribuem para o bom funcionamento do todo.

No entanto, o que se verifica no cotidiano daqueles que procuram o sistema de saúde é a dificuldade de ter seu problema resolvido. Na verdade o Sistema de Saúde passou a ser:

Um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos á uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um sistema deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 4).

A integralidade do cuidado transversaliza todo o sistema. Então ela seria mais facilmente atingida no trabalho em rede. Podemos encontrar graus de integralidade em uma equipe, em um serviço, por meio de uma articulação de suas práticas, quando conseguem acolher da melhor forma possível as necessidades de saúde trazidas pelos usuários. No entanto:

A linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o “conectem” de forma mais adequada á rede de serviços de saúde. como pensar a integralidade “olhando” desta estação hospital (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 4).

❑ MALHA DE CUIDADOS ININTERRUPTA À SAÚDE

Outra estratégia pensada para qualificar o acesso dos usuários ao sistema, deixando de ser verticalizado, hierarquizado e fragmentado, passando a

ser integralizado, com gestão participativa, é pensá-lo funcionando como uma Malha de Cuidados Ininterruptos à Saúde (BRASIL, 2005a).

A proposta de malha de cuidados, é uma estratégia de organização dos serviços de saúde, principalmente para corresponder ao princípio da integralidade. O trabalho em malha traz algumas implicações, tais como:

- ▶ **ACESSIBILIDADE:** cada nó deve-se conectar a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população. Para quem necessita de atendimento possa ser acolhido seja qual for a porta de entrada escolhida.
- ▶ **RESOLUTIVIDADE:** o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atitude solitária. Propostas terapêuticas devem ser formuladas diante das histórias de vida que chegam aos serviços.
- ▶ **PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA:** capacidade de maleabilidade, demandando uma prática de escuta não apenas para aqueles que procuram os serviços, mas entre os profissionais implicados no atendimento.
- ▶ **DIREITO À INFORMAÇÃO E DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:** devem ser pensadas as formas de acessar, discutir, construir e desconstruir, desde conceitos até rotinas de trabalho.
- ▶ **RESPONSABILIDADE:** na relação entre os profissionais e eles com a população. O trabalho em malha traz a possibilidade de invenção e portanto a responsabilização frente ao criado.
- ▶ **REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO:** cada nó caracteriza-se como porta de entrada na rede, devendo estar o mais acessível ao usuário, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementariedade de todos os serviços (BRASIL, 2005 a, p.112).

Neste contexto o hospital representa um nó no sistema. Como tal, tem a função de acolher todo usuário que procura por assistência de saúde e dar resolutividade ao seu caso, seja por meio de cuidados locais ou garantindo o encaminhamento para outras áreas de cuidados, com tecnologias capazes de dar respostas adequadas às necessidades de saúde, quando não for de sua competência técnica e administrativa fazê-lo.

As propostas dos desenhos técnico assistências são parte das estratégias para efetivar de forma resolutiva o acesso ao usuário no sistema, uma vez que os serviços de saúde encontram dificuldades em efetivar o cuidado integral, universal e humanizado, desejado pelo SUS.

3.1.3 A Regulação do SUS

O SUS foi inicialmente regulamentado pela lei 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, direção e gestão do novo sistema de saúde (BRASIL, 1990a). Posteriormente foi assinada a lei 8142, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 1990b).

Assim, durante muito tempo, o SUS foi regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e pelas Normas de Assistência à Saúde (NOAS), de autoria do Ministério da Saúde (MS). As NOB conseguiram ao longo do tempo descentralizar as ações e serviços de saúde, ainda que os conformassem de acordo com o financiamento federal. As NOAS tiveram por fim ampliar a responsabilidade dos municípios na atenção básica e criar mecanismos para processo de regionalização, cuja estratégia foi a hierarquização dos serviços de saúde, visando a equidade (SANTOS; ANDRADE, 2009).

Esse modelo de regulação causou problemas aos municípios, uma vez que exigia o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com a sua realidade local. Desde a criação do SUS e de sua lei regulamentadora, esse sistema foi pautado por normas editadas pelo MS, que não levam em conta todas as especificidades das regiões do país com suas desigualdades econômicas e sociais. Com o esgotamento de todas estas regulamentações que organizavam o SUS à luz do financiamento federal, disciplinados pelo MS, passou-se a discutir de forma conjunta a União, Estado e Municípios. Dessa discussão resultou um novo documento, chamado de Pacto pela Saúde 2006, definido como “compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando

qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes” (PARANÁ, 2006). O Pacto pela Saúde é alicerçado por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O pacto pela vida é um conjunto de compromissos sanitários em torno de prioridades que provocam impacto sobre a situação de saúde da população tais como: atenção ao idoso, redução da mortalidade materna e infantil, redução das mortes por câncer de colo uterino e mama; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e às endemias; promoção à saúde e fortalecimento da atenção básica (PARANÁ, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS está relacionado com os esforços dos gestores em dar visibilidade ao SUS como política de estado, tendo como uma de suas finalidades a mobilização da sociedade e a luta por maior aporte de recursos financeiros para a saúde (PARANÁ, 2006).

O Pacto de Gestão diz respeito à responsabilização solidária, estabelecendo diretrizes para a gestão nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (PARANÁ, 2006).

Desta maneira, o SUS é orientado por princípios doutrinários e organizacionais e vem ao longo de sua trajetória propondo mudanças em seu desenho organizacional, para melhor corresponder aos seus princípios e acolher o usuário em suas necessidades de saúde, de forma resolutiva e humanizada.

3.2 OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Fatores como os avanços tecnológicos, a mudança do perfil demográfico e epidemiológico no final do século XX e início do século XXI têm influenciado o ambiente hospitalar, mudando o cenário de saúde/doença no mundo, impactando a rede de assistência, sobretudo os hospitais.

Observa-se a importante queda da mortalidade infantil, associada a redução da fecundidade e ao envelhecimento da população, com reflexos imediatos

no consumo de serviços de saúde. A população idosa demanda até quatro vezes ou mais internações que a média da população (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Desde o final do século XX, observa-se a redução da mortalidade por moléstias infecto-contagiosas e o aumento da mortalidade ocasionada pelas doenças crônicas e degenerativas, conhecidas como doenças e agravos não transmissíveis (DANT), o reaparecimento das doenças (re)emergentes como a dengue, a tuberculose e as doenças emergentes como a AIDS, hantavírus, além das bactérias multi-resistentes a antibióticos (VECINA NETO; MALIK, 2007). Podemos acrescentar a este rol, a Gripe H1N1, conhecida por gripe A, que trouxe grande impacto aos serviços de saúde nos últimos anos, assim como, a violência urbana e os acidentes nos grandes centros.

Este novo perfil de mortalidade e morbidade demanda em maior utilização de ações e serviços de saúde cada vez mais complexos. Os portadores de enfermidade crônico-degenerativas têm necessidade de cuidados por períodos mais longos que aqueles com doença infecto-contagiosas. Suas complicações, associadas ao aumento da faixa etária, levam à necessidade mais intensa de recursos tecnológicos e também de recursos humanos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

É realidade mundial a procura por serviços de emergências nos hospitais, superlotando-os. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público quanto no privado, tanto no Brasil quanto no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

No Brasil, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com demanda inadequada, com número insuficiente de profissionais, profissionais esses, na sua maioria sem treinamento específico. Em geral, estes serviços também não estão amparados por um sistema integrado de informações com a rede ambulatorial (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Segundo esses mesmos autores, as preferências e escolhas dos usuários influenciam a utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada. A disponibilidade, o tipo, a quantidade, os recursos, a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo dos serviços.

Assim, os serviços de emergência hospitalares constituíram, na última década, em locais onde a população usualmente procura por soluções de seus problemas. A disponibilidade nas 24 horas, com avaliação da saúde, com a garantia de realização de exames diagnósticos, são fatores determinantes para a procura destas unidades, pois dessa forma o paciente tem um nível de resolutividade mais alto para o seu problema imediato (LUDWIG BONILHA, 2003).

Estudos realizados em outros países, como a Jordânia, Suécia e Hong Kong mostram realidades semelhantes na procura por serviços de emergências, mas, distintas em relação à organização dos serviços de saúde. Na Jordânia, do número total de pacientes estudados que procuram os serviços de emergência, apenas 9% foram classificados como atendimentos de urgência e emergência, e não há deficiência na rede básica naquele país. Na Suécia, a procura por atendimento de urgência inapropriado foi de 30% a 40%, apesar da expansão da rede básica. Em Hong Kong, a utilização de serviços de emergência reflete problemas na atenção básica. O que se pode concluir destes estudos é que pacientes com problemas de saúde, cuja solução é pertinente à atenção básica, freqüentam os serviços de emergência em vários países (VECINA NETO; MALIK, 2007).

No Brasil, os serviços hospitalares de emergência atendem 65% dos pacientes que poderiam ter sido atendidos em ambulatórios (VECINA NETO; MALIK, 2007). O excesso de demanda de atendimento nestes setores denuncia a ineficiência do sistema de saúde em operacionalizar a sua proposta, uma vez que esta procura retrata a dificuldade do usuário em acessar outros serviços, outras portas de entrada, por exemplo, nos serviços de atenção primária (LUDWIG; BONILHA, 2003).

A baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços, faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de porta aberta; onde os prontos atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil. Embora superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, estes locais reúnem recursos que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não têm, como as consultas médicas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais, raio X e a garantia da presença do profissional médico disponível 24 horas para os usuários (MARQUES; LIMA, 2007).

Capra (2006) traz uma reflexão acerca da centralidade da assistência à saúde nos procedimentos médicos. Segundo ele, este comportamento é fruto do modelo biomédico, onde a saúde é racional, científica, baseada na observação objetiva de dados clínicos. Assim, os exames laboratoriais, a medição de parâmetros físicos, são geralmente mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história social, familiar e ambiental do paciente.

Diz ainda que:

Fascinada pela mística que cerca a profissão médica, nossa sociedade conferiu aos médicos o direito exclusivo de determinarem o que constitui a doença, quem esta doente e quem não esta e os procedimentos em relação ao indivíduo enfermo. Muitos outros profissionais [...] cuja técnica terapêutica são baseados em modelos conceituais diferentes, mas igualmente coerentes foram legalmente excluídos do ramo principal da assistência à saúde (CAPRA, 2006, p. 151).

Então, as pessoas não hesitam em procurar os prontos socorros para resolverem seus problemas de saúde. Segundo Cecílio (1997), por mais equipado que seja um centro de saúde, ele não é resolutivo para atender casos de urgências, os quais exigem rapidez. É o que parece estar gravado no imaginário popular.

É freqüente a utilização dos serviços de urgência pela população não só para casos agudos, mas também de forma eletiva, para complementar os atendimentos das UBS e das unidades especializadas. Também é constante ser dito nos discursos dos trabalhadores, que a utilização indevida, nos casos eletivos, descaracteriza a missão de atendimento de urgência, colocando o usuário em uma situação de ter que justificar a sua necessidade para ser atendido (MARQUES; LIMA, 2008).

O usuário tenta conseguir acesso aos serviços de saúde de todas as formas e busca garantir a integralidade do atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isso, pois as pessoas, diante de suas necessidades, acessam o sistema por onde é possível. Uma vez em que os usuários acessam o sistema pelo serviço de emergência dos hospitais, sobrecarregando-os, os hospitais se transformaram em espaços desumanizados, tantos para trabalhadores quanto para usuários. Os profissionais de saúde, por sua

vez, sabem que o seu trabalho é inadequado e essa consciência de alguma forma pesa na sua subjetividade (CECÍLIO, 1997).

Restrições de acesso têm sido propostas, mas são inaceitáveis na realidade brasileira, um país com tanta desigualdade social. Há autores que sugerem que uma solução mais compatível com atendimento humanizado e coerente com a integralidade poderia se dar através da referência para a atenção básica, ofertada na porta de saída de forma efetiva após o atendimento (VECINA NETO; MALIK, 2007). Mas como já foi comentando anteriormente, em geral os serviços de emergências não estão amparados por um sistema integrado de informações, e isto dificulta a concretização da prática da referência e contra referência.

Em relação a esta falta de integralidade entre os serviços, Cecílio e Merhy (2003), mencionam que a forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é sua referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, contribuindo dessa forma com a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra referência após realizar o atendimento. Mas na prática, esses sistemas de referência e contra referência não funcionam com a racionalidade pretendida.

Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cuidados. Atender dia após dia, esta demanda interminável, torna uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto as urgências e emergências continuam funcionando de forma tradicional, na base da queixa conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que em princípio aponta para tudo, menos para a integralidade (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 5).

Em virtude da estreita concepção biomédica da doença e dos padrões patriarcais de poder no sistema, os médicos desempenham papel decisivo nas equipes que se encarregam nas tarefas de assistência à saúde. Outras categorias profissionais, altamente qualificadas, são consideradas meras auxiliares de médicos, usando pouco seu potencial. Os enfermeiros desempenham um importante papel no cuidado e no processo de cura, por meio do contato com os pacientes, adquirindo um conhecimento amplo do seu estado físico e psicológico,

muitas vezes maior do que os médicos, mas são pouco reconhecidos diante da avaliação científica do médico, baseado em exames de laboratório (CAPRA, 2006).

Alguns autores apontam também que a grande demanda de pacientes para atender nos setores de emergências dos hospitais e dos prontos atendimentos, denuncia a ineficiência do sistema de saúde em operacionalizar a sua proposta, uma vez que esta procura retrata a dificuldade do usuário em acessar outros serviços de saúde. Ainda que os serviços de emergência tentam cumprir seu papel, apesar do esforço dos profissionais e adaptações na sua estrutura física, o resultado tem se traduzido em superlotação e baixa da qualidade do atendimento prestado (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Mesmo que a integralidade seja melhor estruturada e desenvolvida, novas possibilidades de pensar a contribuição do hospital devem ser imaginadas, pois por mais que se amplie e aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entradas para acessar o SUS.

A melhoria da qualidade da assistência e satisfação do usuário tem sido preocupação constante, explicitada nas políticas de saúde do governo federal, nas duas últimas décadas. Tem sido objeto de reflexão e investimentos dos profissionais, gestores e grupos de avaliadores. Para a avaliação da qualidade dos serviços, a opinião dos usuários é imprescindível (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

A pesquisa intitulada *Saúde na opinião dos brasileiros*, realizada em 2002, por solicitação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), revelou as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde, principalmente relacionados aos serviços de emergência, como baixa capacidade instalada, pouco acolhimento, falta de profissionais, dentre outros (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do projeto de investimento para qualificação do SUS (QualiSUS), instituído pelo governo federal para contribuir com financiamento para qualificar a gestão do SUS. Propõe um conjunto de medidas para proporcionar maior conforto para os pacientes, tais como: atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva dos profissionais de saúde e menor tempo de permanência nos hospitais, reforma estrutural dos hospitais, criação do grupo de humanização do atendimento,

reorganização da oferta de leitos, priorizando a emergência, relevante porta de entrada para o sistema (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Assim, se faz necessário humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário do serviço de saúde.

A implementação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU / 192), foi também uma das conquistas do QualiSUS. Este serviço é um atendimento pré hospitalar, que permite a organização do acesso à emergência e à racionalização da utilização da rede pública (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Foi também o QualiSus que impulsionou a implantação da metodologia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR), como parte da Política Nacional de Humanização (PNH), nos setores de emergências dos hospitais e pronto atendimento das unidades de saúde brasileira, cujo objetivo central foi o de acolher e humanizar o atendimento ao usuário. A seguir discorreremos sobre esta prática.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO — HUMANIZA SUS

A globalização tem afetado a organização social de vários países e neste contexto, os sistemas de saúde, que são elementos fundamentais na estrutura das sociedades contemporâneas, tem se mostrado com várias fragilidades, não funcionando adequadamente (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDE, 2008).

O SUS, apesar dos avanços, ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho; da rede assistencial; das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação das equipes; burocratização; verticalização do sistema; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação de políticas públicas de saúde, o que resulta em ações consideradas desumanizadas na relação do usuário com o serviço de saúde.

Os serviços de emergências apresentam desafios no atendimento à saúde; como superlotação; processo de trabalho fragmentado; conflitos e assimetria de poder; exclusão dos usuários na porta de entrada; desrespeito aos direitos

desses usuários; pouca articulação da rede de serviços, desumanizando assim o atendimento (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, as pessoas cada vez mais têm mostrado sua insatisfação diante da incapacidade dos serviços de saúde em proporcionar um nível de cobertura nacional que satisfaça as demandas e as novas necessidades. Os serviços prestados também não estão de acordo com muitas das expectativas de seus usuários. Dessa forma, os sistemas de saúde precisam buscar mecanismos para responder melhor e com maior rapidez os desafios de um mundo em transformação (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDE, 2008).

Devido à essa crescente insatisfação das pessoas, houve uma preocupação por parte dos gestores, dos profissionais da saúde e da sociedade em geral, em humanizar o atendimento, sobretudo na área hospitalar, resgatando a dimensão humana nas relações entre profissionais e pacientes.

Nesse sentido, a Bioética trouxe uma contribuição importante para a ponderação da prática médica, a partir do século XX, contribuindo com reflexões acerca do uso da tecnologia. Propõe a inversão do paradigma tecnicista para o paradigma benéfico humanitário, convidando todos a refletirem sobre o uso da tecnologia como meio para auxiliar os diagnósticos e procedimentos, mas não como um fim em si mesmo. E, que a saúde não é apenas a ausência da doença, de dor e de mal estar.

A humanização do hospital começa com a reflexão do conceito de saúde como bem estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual. Para que isso dê certo, o empreendimento deve ser feito em torno de uma equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais e voluntários, todos comprometidos com a dignidade do ser humano e com a promoção do seu bem estar integral e não apenas com rotinas rígidas, procedimentos técnicos e uso da tecnologia (MARTIN, 2009).

Para alcançar esta humanização, é importante a utilização de princípios e valores propostos pela Bioética como a autonomia do paciente, a beneficência, a não maleficência e o da justiça, como forma de orientar as ações dos profissionais, de modo que atendam às necessidades do paciente de uma forma digna, o que consiste em considerar a pessoa humana, em todas as suas dimensões (MARTIN, 2009).

Em 2000, o MS lança o PNHAH, como estratégia para a humanização da assistência hospitalar, oferecendo orientações básicas para gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS. O PNHAH propõe a criação de iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2002).

O PNHAH oferece orientação para projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, cuja principal função é estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre os vários setores do ambiente hospitalar. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito às diversidades de opiniões e a solidariedade (BRASIL, 2002).

Com a meta de humanizar as relações entre usuários e trabalhadores e, conseqüentemente, humanizar o processo de produção de serviços, é importante reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos, pois a finalidade do processo de trabalho em saúde é que ele responda as necessidades dos usuários. Então, reconhecê-los como sujeito significa comprometer-se com a satisfação de suas necessidades, entendendo a saúde como direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O PNHAH, voltado para a área hospitalar, trabalha com três eixos: o primeiro é resgatar a humanidade no atendimento, o segundo refere à melhoria dos atendimentos e o terceiro representa a melhoria nas condições de trabalho.

No resgate à humanidade no atendimento, a humanização é conceituada como garantir a *palavra* à sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro e que este sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. Ou seja, sem comunicação não há humanização. Ela depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2002).

Portanto, a proposta do PNHAH é mudar a forma de gestão hospitalar, tendo em sua constituição organizacional o estilo de impor aos pacientes o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos a procedimentos e decisões que se quer compreendem, em nome da rigorosa prática

científica. Afasta o paciente de seu convívio familiar e social, também não reconhece o discernimento e competência para tomada de decisões. A proposta do PNHAH é alcançar um modelo centrado na possibilidade de comunicação e de diálogo entre usuários, profissionais e gestores (DESLANDES, 2004).

O segundo eixo refere-se à melhoria dos atendimentos prestados que é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Geralmente quando possui alta tecnologia, não se dispõe na delicadeza do cuidado, gerando a desumanização da assistência. Ao mesmo tempo a falta de recursos tecnológicos adequados representa um fator estressante e conflituoso entre os profissionais e usuários (DESLANDES, 2004).

As tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo na área da saúde, não funcionam sozinhos. Sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2002).

O terceiro eixo representa a melhoria das condições de trabalho do cuidador, pois para Deslandes (2004) o processo de humanização se traduz como uma melhor qualidade no atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais, constituindo assim equipes de trabalho saudáveis.

Para a autora, as condições estruturais de trabalho, a carga horária excessiva do profissional de saúde, a baixa remuneração e pouco incentivo, afetam a qualidade de assistência. Por isso, humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência.

Com a mudança do governo federal em 2003, O PNHAH foi substituído pela Política Nacional de Humanização — PNH, implementada pelo Ministério da Saúde, conhecida como Humaniza SUS. A PNH tem um formato diferente do PNHAH. O PNHAH era um programa com projetos de humanização restrito à área hospitalar. Na PNH a humanização é vista como política de governo e não como um programa. Perpassa todas as ações e instâncias do SUS, desde a gestão dos serviços à toda rede de cuidados, não se restringindo apenas a área hospitalar.

A PNH, conhecido como Humaniza SUS então é uma proposta de efetivar os princípios do SUS por meio de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Prioriza o atendimento com qualidade e a participação

integrada de gestores, trabalhadores e usuários em sua consolidação, em toda a rede de assistência (BRASIL, 2003).

A humanização, na PNH, passa a ser o eixo articulador de todas as práticas em saúde e destaca o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito em sua história de vida. Propõe um SUS contagiado por atitudes e ações humanizadoras em todas as escalas da malha de cuidados (BRASIL, 2003).

Dentre os princípios norteadores destaca-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização. Ou seja, compreende que todos são construtores e co-responsáveis no processo de cuidado. Estabelece o fortalecimento do trabalho multiprofissional, transdisciplinar e enfatiza a atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2003).

Nesse aspecto, são necessários arranjos tecnoassistenciais que possam contribuir para mudança do olhar e a mobilização da escuta dos usuários e seus problemas de vida. É fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde, para melhor acolhimento das pessoas.

O acolhimento propõe reorganizar o serviço, no sentido de garantia do acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentada pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se constitui como idéia operacional (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Portanto, o PNH é o SUS de cara nova e com a implementação da Política de Humanização e da Gestão a Saúde, esperando-se com isso a concretização de quatro pilares:

- 1 Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam dele.
- 2 As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários e possibilitarão acompanhamento pelos familiares.
- 3 Redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade.

- 4 As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e aos usuários (BRASIL, 2003, p.13).

Na atenção hospitalar, deverão constar os seguintes itens: ouvidoria, conselho gestor, visita aberta e familiar participante, equipe de referência com médico e enfermeiro, agenda de referência com horário definido para atendimento a família, garantia da continuidade da assistência com referência e contra referência, acolhimento com classificação de risco nas áreas de acesso (pronto atendimento, ambulatório) comitê local de humanização com plano diretor, equipe multiprofissional de assistência, inserção de programas especiais do Ministério, quando houver e Núcleo de Educação Permanente articulado ao Pólo de Educação Permanente da região (BRASIL,2003).

3.3.1 Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas às necessidades dos usuários (Brasil, 2004).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1 Atender a todos que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento -que se encarregue da escuta do usuário, comprometendo resolver seu problema de saúde.
- 3 Qualificar a relação trabalhador usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (BUENO; FRANCO; MERHY, 1999, p. 347).

Consiste também em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Orientar e encaminhar quando for o caso, o paciente e a família

aos outros serviços que compõe a rede de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com esses serviços, garantindo a eficácia dos encaminhamentos e a integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento tem sido identificada pelos serviços de saúde, ora como uma dimensão espacial se traduzindo como uma recepção administrativa e ambiente confortável, ora como uma triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. São ações restritas e isoladas, descomprometidas com os processos de responsabilização e produção de vínculos. Nesta definição de acolhimento, o objetivo principal é o repasse do problema, tendo como foco principal a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades (BRASIL, 2004).

Aliado a este acolhimento burocrático e frio, distante das necessidades dos usuários, os serviços de modo geral são organizados burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Acrescenta-se a isso, a não articulação com a rede de serviços no sistema de encaminhamentos de usuários a serviços especializados, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado (BRASIL, 2004).

Neste sentido, O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), em trabalho realizado sobre avaliação dos serviços hospitalares de urgência, discorre que esses serviços não estão amparados por um sistema integrado de informações da rede ambulatorial e os registros produzidos no pronto socorro não estão disponíveis para a continuidade de assistência.

Conforme relata Fernandes (2006, p. 24):

Não temos sistemas de saúde consolidados. A universalidades do acesso para todos os níveis de atenção e avanços na equidade e integralidade são incompatíveis com a fragmentação existente. Nos processos de mudança do modelo assistencial um dos grandes desafios é incorporar uma visão sistêmica, procurando fazer com que os diferentes componentes dos sistemas de saúde se articulem melhor, se possível harmoniosamente entre si.

Este modelo tradicional tem produzido sofrimento e baixa na qualidade de vida dos profissionais de saúde e usuários. Para reversão desse processo é necessário construir alianças éticas com a produção da vida, onde o

compromisso singular com os usuários e profissionais de saúde estejam no centro, estimulando a co-responsabilização, um encarregar-se do outro seja ele usuário ou profissional de saúde (BRASIL, 2004).

Matumoto (1998), faz uma revisão crítica dos princípios do SUS. Neste sentido, demonstra as diferentes formas de desrespeito ao direito à saúde, tanto pelos serviços privados quanto pelos públicos, desresponsabilizando-se dos problemas e do fazer saúde. Estes últimos às vezes, atuam de forma violenta, utilizando a própria questão técnica para isto, como a negação do acesso aos que não pertencem à área da unidade.

Segundo Marques e Lima (2007), isso leva o usuário a prerrogativa de lutar sozinho pelo atendimento, o que deveria ser uma garantia do sistema como um todo.

Desta maneira, a PNH propõe como estratégia de ação, o acolhimento como interferência nos processos de trabalho e define acolhimento da seguinte forma, conforme consta em Brasil (2004, p. 9):

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e intervenções. Desse modo é o que diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa no processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços de saúde.

Segundo Takemoto e Silva (2007), os objetivos do acolhimento seriam ampliar o acesso dos usuários ao sistema, humanizar o atendimento e reorganizar o processo de trabalho de forma usuário centrada, pontuar problemas e oferecer soluções e respostas pela identificação dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas. Propõe a mudança do modelo técnico assistencial medicocêntrico para equipe multiprofissional. Ou seja, preconiza a re-organização do serviço.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer mudanças e novas atitudes no fazer em saúde. É necessário a reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, criando espaços democráticos de discussão e decisão (BRASIL, 2004).

Sendo assim, conforme Takemoto e Silva (2007), há duas possibilidades de entendimento do acolhimento: uma postura diante do usuário e suas necessidades, na contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de serviços de saúde. E outra, como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, que tem como objetivo atender a demanda espontânea, aumentando o acesso e humanizando as ações receptoras dos usuários nos serviços.

Isto requer construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. Necessita possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas dos usuários, com elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo. Só dessa forma poderá se concretizar respostas às necessidades da saúde trazidas pelo usuário, incluindo sua cultura, saberes, e capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2004).

Acolher com intenção de resolver os problemas de saúde aos que procuram o sistema de saúde, pressupõe que todas as pessoas que chegam as unidades de saúde, sejam às básicas ou, hospitalares, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica.

O profissional deve escutar as queixas, os medos, e as expectativas, além de identificar riscos e vulnerabilidade e assim responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, produzindo um encaminhamento resolutivo à demanda não resolvida (BRASIL, 2004).

O conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio da escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Deve traduzir em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva (BRASIL, 2004, p. 15-16).

Conforme a metodologia para implantação do acolhimento com classificação de risco, faz-se necessários várias ações relacionadas com o processo de trabalho e reorganização da estrutura física dos serviços, humanizando as relações de trabalho e as relações com os usuários. Implica mudanças no acesso dos usuários aos serviços de saúde, alterando a preferência por ordem de chegada

e por filas, para a ordenação por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

Neste entendimento todos os profissionais de saúde devem fazer o acolhimento. Entretanto, alguns aparelhos de saúde, por suas características específicas, demandaram necessidade de organizar um grupo especializado em promover o primeiro contato do usuário com o serviço. Entre eles encontramos as unidades de Prontos Socorros, Ambulatórios de Especialidades, Centro de Saúde, os quais são portadores de tecnologias próprias para atender suas especificidades.

O AACR com avaliação de risco é uma tecnologia que necessita da agilidade no atendimento a partir da análise sob a ótica do protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada, distanciando do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, uma vez que todos serão atendidos (BRASIL, 2004).

Dentre os pontos críticos para implantação dessa tecnologia está a transformação do processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos e adequar as respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários. Também superar a prática tradicional, centrada na dimensão biológica de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.

Entre as ferramentas propostas pelo MS para implantação do pronto socorro com AACR, estão as oficinas de discussão e construção de ações com acento no trabalho grupal, multiprofissional; também com a participação de equipe local ou consultorias internas. Isto significa a elaboração de protocolos sob a ótica da intervenção multiprofissional na qualificação da assistência, legitimando: a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, humanização do atendimento, identificação de riscos e padronização de medicamentos (BRASIL, 2004).

O MS conceitua Classificação com Avaliação de Risco como: "um procedimento dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento". Nesse sentido, a disponibilização dessa tecnologia deve abranger os serviços onde há procura excessiva. Neste caso, abrange os hospitais que

funcionam com pronto atendimento nas 24 horas, onde a demanda e procura dos serviços de urgência e emergência é alta (BRASIL, 2004,p.20).

Os pacientes serão classificados e identificados de acordo com cores, para caracterizar a urgência no atendimento. A cor vermelha está relacionada com o paciente grave, com risco de morte e requer o atendimento imediato. A cor amarela significa casos de urgência e embora não esteja caracterizado o risco de morte, deve ser atendido rapidamente. A cor verde representa os casos que necessitam de atendimento o mais rápido possível, mas não caracteriza um atendimento imediato. A cor azul representa o paciente de baixa complexidade, que pode aguardar por ordem de chegada o atendimento médico, pois não foi identificado risco relevante para o rápido atendimento médico.

Dentre os objetivos da Classificação de Risco está a avaliação do paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro de forma a humanizar o atendimento, descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico e fazer com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade; determinar a área de atendimento primário, sendo o paciente encaminhado diretamente às especialidades médicas quando for o caso; informar os tempos de espera; promover ampla informação ao usuário; retornar informações aos familiares (BRASIL, 2004).

Desta forma, há necessidade de implantar a Central de AACR com devidas qualificações das equipes de acolhimento, compostas pela recepção, enfermagem, médicos, assistentes sociais, orientadores de fluxo e segurança. É de suma importância estabelecer fluxos e protocolos de AACR, adequados à estrutura física e logística das áreas de emergência e pronto atendimento, como implantar sistema de informações para agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos. Quantificar o atendimento diário, com destaque aos horários de pico e perfil da clientela é indispensável.

A orientação da ambiência na urgência articulada ao AACR, favorece que ao intervir, criar e recriar os espaços físicos, se problematizem também as práticas, os processos de trabalho e os modos de conviver nesse espaço, com arranjos espaciais singulares e com fluxos adequados favorecendo o processo de trabalho. (BRASIL, 2009).

Para esta orientação e fluxos do pronto socorro, o manual do MS orienta que as salas de emergência, pronto atendimento e outros setores funcionem

com cores de identificação para melhor ordenar o fluxo do paciente dentro da instituição, de acordo com o agravo. Sendo assim, a prioridade de assistência médica e de enfermagem será feita categorizando os pacientes nos seguintes níveis:

- ▶ **ÁREA VERMELHA/EMERGÊNCIA:** será identificada pela cor vermelha. Área devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, os pacientes serão encaminhados para as áreas amarelas ou área verde. Nesta área estão localizadas as salas de emergências.
- ▶ **ÁREA AMARELA/URGÊNCIA:** será identificada pela cor amarela. Área destinada à assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciada.
- ▶ **ÁREA VERDE:** será identificada pela cor verde. Área destinada a pacientes não críticos, em observação, ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou em outros hospitais. Compostas por salas de observação.
- ▶ **ÁREA AZUL/NÃO URGÊNCIA:** será identificada pela cor azul. Área destinada ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Possui fluxo obrigatório por chegada. Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimento de baixa complexidade. Possui consultório de enfermagem.

Cada área especificada acima conta com recursos materiais necessários para cumprir o seu papel. Tais recursos constam no manual do AACR, assim como, as etapas e procedimentos necessárias para o acolhimento do paciente, desde a sua entrada na recepção, denominada Central de Acolhimento, com definição de fluxos, orientação aos familiares, consulta de enfermagem e protocolos clínicos. Dessa forma, espera-se assegurar atendimento humanizado e de qualidade ao paciente que procura por assistência à saúde, com a diminuição da espera por atendimento médico e detecção precoce de casos graves (BRASIL, 2004).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O caminho metodológico escolhido foi a pesquisa qualitativa na modalidade da estrutura do fenômeno situado, enraizado na fenomenologia, pois o estudo tem como foco conhecer o que as pessoas pensam sobre determinado assunto que lhes tocam diretamente (GARNICA, 1997). No caso em questão, é descobrir o que o usuário, sujeito da pesquisa, tem a dizer a respeito do atendimento que lhe é dispensado em um ambiente de pronto socorro.

O estudo de natureza qualitativa envolve ouvir o que as pessoas têm a dizer, explorando as suas idéias e sugestões sobre determinado assunto. Busca o significado das experiências relatados pelo sujeito. Não é mensurável, mas é descritiva. Descreve as experiências e idéias dos sujeitos envolvidos no assunto pesquisado. Segundo Minayo (1997), a pesquisa qualitativa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Sua abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas.

Segundo Garnica (1997), nas abordagens qualitativas o termo pesquisa passa a ser concebido como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando única e aprioristicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade, aos elementos que sejam significativos ao observador pesquisador. Essa compreensão não está ligada ao racional, mas como uma capacidade própria do homem, imerso num contexto que constrói e do qual é parte ativa.

Assim não existirá neutralidade do pesquisador em relação a pesquisa, pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo. Também não haverá conclusões, mas uma construção de resultados (GARNICA, 1997, p. 111).

Na pesquisa qualitativa, a interrogação é o ponto mais relevante, pois ela indica a trajetória a ser percorrida pelo investigador, definindo

procedimentos e sujeitos, apontando a direção da análise e respectiva interpretação (BICUDO, 2000).

Nesta pesquisa a interrogação que norteou a construção da trajetória metodológica foi qual é a percepção do usuário adulto sobre a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em um Pronto Socorro.

A modalidade da estrutura do fenômeno situado fundamenta-se na fenomenologia. Embora nesta pesquisa não façamos o aprofundamento filosófico que a fenomenologia exige, adotamos alguns conceitos teóricos buscando estar trilhando os passos iniciais neste caminho.

A pesquisa nesta modalidade tem por meta ir à coisa mesma tal como ela se manifesta, prescindido de pressupostos teóricos e de um método de investigação que, por si, conduza a verdade. Designado por *Epoché*, o que significa colocar em suspensão crenças prévias, ou seja, uma redução de qualquer teoria e explicações apriorísticas. Dirige-se à experiência e busca a reflexão, o que inclui a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Esta modalidade de pesquisa trabalha sempre com o qualitativo, com o que faz sentido para o sujeito, com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem. Para saber o que faz sentido para o sujeito, é necessário abandonar conceitos e idéias que tratam das coisas e ir a coisa mesma, perguntado ao sujeito o que faz sentido para ele (BICUDO, 2000). Desta maneira caminhamos em busca do sentido que a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco em um Pronto Socorro tem para aqueles que a ela estão sendo submetidos.

A pesquisa qualitativa baseada na fenomenologia é dita como a ciência do rigor, o qual consiste em não possuir nenhuma afirmação que esteja absolutamente fundamentada e nem plenamente justificada em pressupostos. Tudo deverá ser investigado. Essa exigência do rigor faz com que o fenomenólogo não recorra a nenhum dado científico como fundamento teórico a princípio e de não trazer o modelo discursivo próprio da ciência (GARNICA, 1997).

A fenomenologia é utilizada nas ciências humanas como alternativa de abordagem. Põe em evidência que os seres humanos não são objetos e que suas atitudes não podem ser vistas como simples reações. Irá preocupar-se com a essência através do fenômeno, de descrevê-lo e não de explicá-lo, não se ocupando

com relações causais. A preocupação está no sentido de mostrar e não em demonstrar, e através da rigorosa descrição é que se pode chegar a essência do fenômeno (GRAÇAS, 2000).

O fenômeno é aquilo que surge para a consciência, o que se manifesta para esta consciência como resultado de uma interrogação. Origina-se do grego *phainomeno*, que significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo *phainesthai* como mostrar-se, desvelar-se. Sendo assim, fenômeno é tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que interroga. E “logos” significa o discurso esclarecedor que se estabelece pela comunicação. Então fenomenologia é o discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo (MARTINS; BICUDO, 2005). Abdica quando possível, de pressupostos, hipóteses ou teorias explicativas, para ir a coisa mesma. Busca a experiência consciente do indivíduo que é vivida de modo único, pessoal, contida no mundo subjetivo de cada ser humano e que só pode conhecer quando é revelado, e o que é revelado nasce quando sobre ela se interroga (GRAÇAS, 2000).

Dessa forma, o homem pode compreender porque tem a capacidade de interrogar as coisas com as quais convive.

A opção pela abordagem qualitativa, modalidade da estrutura do fenômeno situado justifica-se, pois, esse estudo tem como objeto revelar o fenômeno: o significado do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco para os usuários do serviço de um hospital de médio porte.

Graças (2000) comenta que ao investigar o cotidiano do homem, o pesquisador espera ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos. Aproxima-se da experiência humana sob novas perspectivas para aprendê-la a partir de sua dimensão existencial, da *ek-stase*, que se anuncia velada. Busca caminhos que conduzirão mais próximo do sentir e pensar de quem vivencia uma determinada situação.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Lüdke e André (1986) explicitam as características básicas de uma pesquisa qualitativa: tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o

pesquisador com o seu principal instrumento. Nesse modelo, essa pesquisa considerou como o ambiente natural a recepção do pronto socorro de um Hospital Público Estadual. E o pesquisador, autor desse estudo, com suas dúvidas e inquéritos, e os sujeitos da pesquisa, os usuários, que aguardavam o atendimento médico.

O cenário em estudo trata-se de um hospital estadual e, portanto, está inserido no SUS. Representa um dos ambientes tecnológicos responsáveis pela oferta de cuidados aos que procuram por assistência médica. Está subordinado às políticas de saúde propostas pela União e Estado. Foi inaugurado em 02 de abril de 1990 e desde então atende pacientes exclusivamente do SUS. Funciona durante 24 horas por dia, com serviço de pronto socorro e internação nas clínicas cirúrgica, adulto e criança. Possui serviço de cirurgias eletivas de médio e pequeno porte. Foi pioneiro no Brasil na realização de novas técnicas de cirurgias ginecológicas, sendo referência nesta especialidade. Está em processo de ampliação dos serviços de atendimento, pois foi recentemente ampliado (março de 2010) em sua estrutura física e oferta de serviços. Passará de 41 para 134 leitos, ampliando assistência médica nas clínicas pediátrica, médica, cirúrgica, serviços emergência e procedimentos cirúrgicos.

No período da coleta de dados, o hospital estava instalado na área nova, recém construída, mas ainda envolvido com os acabamentos de uma obra de grande porte. Contava com 12 leitos de observação no pronto socorro, quatro leitos de emergência e 15 leitos de internação da clínica médica. Os serviços de cirurgia estavam suspensos devido a reforma e os leitos de pediatria foram reduzidos de 14 para oito. Atendia em média 250 pacientes dia no pronto socorro, que contava com três médicos plantonistas da clínica médica, um pediatra, um enfermeiro e seis auxiliares de enfermagem a cada plantão. Até então não havia perspectiva de ampliação imediata do quadro de funcionários, nem a inclusão de outros profissionais para atuar na área, como fisioterapeutas e psicólogos.

Em julho de 2010 a instituição iniciou o processo de contratação de recursos humanos para efetiva ampliação da assistência e inclusão de novos profissionais da saúde, que se concretizou em outubro de 2010. Atualmente fazem parte do quadro de recursos humanos da instituição novos trabalhadores: fisioterapeutas, psicólogos, odontólogos e psiquiatras.

Uma das características do hospital é a sua preocupação com o atendimento humanizado. Em 2002 quando o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Humanização na Área Hospitalar, PNHAH (BRASIL, 2002), o hospital institucionalizou programas de humanização já existentes, programas estes criados por iniciativa dos próprios profissionais. Foram os programas de reforço escolar, avaliação do usuário, parceria com o Plantão Sorriso e implementação de outras estratégias tais como, o café executivo dos funcionários com a diretoria, integração intersetorial e caixa de sugestões.

O hospital em estudo participou em 2000, de uma pesquisa realizada pelo MS sobre a satisfação dos usuários dos hospitais vinculados ao SUS. Esta pesquisa teve como objetivo mensurar o grau de satisfação de pacientes internados nestas instituições. A metodologia foi o envio aos pacientes, em suas próprias casas, de uma carta do MS, acompanhada de um formulário para que eles avaliassem a estrutura física, equipe médica, equipe de enfermagem e a maneira como foram tratados. Na classificação estadual, o Hospital em estudo ganhou o segundo lugar (Anexo A)

Dando continuidade ao programa de humanização, em dezembro de 2007, o hospital implantou em seu pronto socorro a prática de humanização, instituindo o AACR, cujo objetivo central é humanizar as unidades de urgências e emergências, acolhendo a todos que procuram por estes serviços. Nesta metodologia o paciente é acolhido por um profissional de saúde, o qual avalia a sua queixa e sintomas. Mediante um protocolo pré-estabelecido, classifica o seu grau de risco e sofrimento para o atendimento médico (Anexo B).

Sendo assim, o paciente é atendido não por ordem de chegada, mas por prioridade de atendimento. O protocolo orienta os sintomas, a gravidade e as codifica com cores. De acordo com o risco apresentado, o usuário recebe uma cor que indicará o tempo de espera para o atendimento, sem correr risco ao seu estado de saúde. As cores são o vermelho, amarelo, verde e azul.

A cor vermelha representa os pacientes com risco de morte, portanto são atendidos imediatamente, não existindo tempo de espera para eles. A cor amarela, são as urgências, o que requer também atendimento rápido. É muito difícil a separação da urgência e emergência, ou seja, do paciente vermelho e amarelo, por isso, o usuário que recebe o código amarelo também não permanece na sala de espera, sendo atendido rapidamente. A cor verde representa uma urgência relativa,

podendo esperar sem que haja risco de agravo à sua saúde, assim como a cor azul, que são os pacientes considerados de baixa complexidade, podendo aguardar por mais tempo. Por esta metodologia os pacientes não são mais atendidos pelo médico por ordem de chegada, mas sim de acordo com o risco e sofrimento apresentado.

Como esta pesquisa visa desvelar o significado do acolhimento para o usuário do pronto socorro, a pesquisa foi realizada na recepção do pronto socorro do hospital com pacientes acima de 18 anos que aguardavam o atendimento médico.

No momento em que foi realizada a pesquisa, o hospital atendia em média 6000 pacientes por mês no seu serviço de pronto socorro, provocando a superlotação. O hospital vivia constantes adaptações, devido aos serviços de ampliação e execução de reformas. Todos os usuários passavam pelo AACR e eram assegurados os atendimentos médicos, respeitando o critério de urgências para a prioridade no atendimento.

A metodologia de AACR implantada no hospital passou por momentos distintos na sua execução. A introdução da metodologia no momento da implantação foi tranqüila. Para tal foi realizada uma oficina de oito horas, durante dois dias para todos os profissionais, o que facilitou muito o processo de trabalho e a adesão à nova prática de atendimento. Foram feitos folders explicativos e banners para orientação aos usuários, como também a divulgação na mídia.

Quando da sua implantação, em dezembro de 2007 até dezembro de 2009, todos os pacientes passavam pelo AACR com a equipe de enfermagem. Os classificados na cor verde e azul aguardavam atendimento médico na recepção do hospital. Não havia encaminhamentos para outros serviços sem que o paciente passasse por atendimento médico. Foi neste cenário que a presente pesquisa foi realizada com os pacientes adultos, enquanto aguardavam atendimento médico.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998).

Antes de iniciar o estudo, foi feito contato com a direção do hospital, explicando a proposta da pesquisa, assim como a forma de realizá-la, com o compromisso de divulgar o resultado para a direção e contribuir para melhoria da qualidade do atendimento.

Em seguida, o projeto de pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE — (Apêndice A), foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Norte do Paraná, tendo parecer favorável em 04 de novembro de 2009, sob o nº136/09 (Apêndice C).

Aos sujeitos participantes da pesquisa, foi esclarecido que a mesma serviria para a elaboração de um trabalho científico, cujo objetivo era levantar propostas para melhoria do atendimento aos usuários. Após o aceite em participar da entrevista, foi solicitado aos participantes a assinatura do TCLE, entregue em duas vias, ficando uma com ele e a outra com a pesquisadora.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na pesquisa, seguindo a abordagem da estrutura do fenômeno situado o pesquisador não tem um problema para pesquisar. Não se parte de um problema, mas de uma interrogação sobre dúvidas da região de inquérito onde situa o fenômeno. Deve haver um sujeito que descreva sua vivência em uma determinada situação. É no discurso deste sujeito sobre sua experiência vivencial que se busca uma aproximação com a essência ou a estrutura do fenômeno (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

O pesquisador não tem princípios explicativos, teorias ou qualquer indicação definitiva do fenômeno a priori. Ele vai iniciar o seu trabalho interrogando apenas. Quando o pesquisador interroga, esta não decorre de teoria, mas de uma região de inquérito, que nada tem a ver com regiões de conhecimento e isto só é possível quando há sujeitos situados nesta região. Quando o pesquisador está preocupado com os sujeitos situados, implica em estar interessado em sua experiência e tenta analisar este mundo vida em termos de experiência vivida (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Sendo assim, a região do inquérito a ser delimitada para realizar a investigação é o próprio contexto em que o fenômeno se realiza, através da experiência de alguém, do *lebenswel* — ao mundo vida de cada um de nós, pré reflexivo, pré objetivo. Esta situacionalidade faz com que a região vá além do espaço físico, geográfico, e se caracterize, também, por um contexto existencial, ontológico, onde se encontra o que se quer inquirir (GRAÇAS, 2000).

Assim, os participantes da pesquisa foram os usuários/pacientes que procuraram o serviço do pronto socorro do hospital em estudo, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde — UBS e que após o atendimento no AACR, foram classificados como pacientes verdes e azuis e estavam aguardando atendimento médico na recepção do hospital.

Não participaram do estudo os paciente graves, classificados como vermelho e amarelo, os pacientes encaminhados pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), uma vez que não existia tempo de espera para estes pacientes, eram prontamente acolhidos e atendidos. Dessa forma estavam fora do foco desta pesquisa, a qual tinha o objetivo de investigar o significado da AACR para os pacientes que aguardavam atendimento médico.

Portanto, os critérios usados para inclusão dos participantes do estudo foram: os pacientes acima de 18 anos, em condições de responderem a entrevista, classificados na cor verde e azul que aceitaram livremente participar da pesquisa.

A princípio foi estipulado um número de 24 sujeitos para participar da pesquisa, sendo de preferência 12 usuários classificados na cor azul e 12 classificados na cor verde, não sendo estipulado um número final para a amostra, pois nesta perspectiva de pesquisa a coleta das entrevistas permanece até o momento em que houver convergências suficientes para compreender o fenômeno investigado.

Segundo sugere esta modalidade de pesquisa, o número dos participantes do estudo fica condicionado à compreensão do fenômeno investigado. Assim sendo, o pesquisador só irá finalizar a coleta dos depoimentos quando os dados obtidos se mostrarem suficientes para descrever o fenômeno, o que se fará evidente quando os discursos se tornam repetitivos e não sugerirem mais descrições

que tragam novos conteúdos significativos para o seu desvelamento (GRAÇAS, 2000).

No estudo em questão, as coletas foram encerradas com 19 participantes, pois os relatos mostraram-se repetitivos e suficientes para a compreensão da estrutura do fenômeno estudado.

Para preservar a privacidade dos sujeitos do estudo (usuários), foi utilizada a designação UV1(usuário verde um), UA2 (usuário azul dois) e assim por diante.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para ir em direção ao fenômeno, foram realizados interrogatórios em forma de entrevistas aos sujeitos usuários, atendidos no pronto socorro do hospital em estudo.

Inicialmente foram realizadas algumas entrevistas piloto, como uma forma de aquecimento e aprendizagem para a pesquisadora e para verificar se as questões formuladas estavam conduzindo para a descrição da experiência vivida, buscando avaliar e alcançar a maneira adequada de comunicação com os usuários. Esta etapa constituiu-se de grande aprendizado e uma oportunidade de reflexão sobre o quanto os profissionais de saúde podem influenciar os usuários com suas teorias e ofertar pouco espaço para que eles possam manifestar as suas idéias.

Nesta etapa realizei cinco entrevistas com os usuários, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Senti-me muito estimulada e a vontade para entrevistá-los. A abordagem foi bem tranquila e eles sentiram-se valorizados em poder participar de uma pesquisa relacionada com o atendimento ofertado a eles. Durante a entrevista eu me apresentei como coordenadora do serviço de enfermagem e aluna de mestrado da UEL, expliquei sobre os objetivos da pesquisa. Alguns usuários já tinham me visto no hospital, pois já eram usuários e não se sentiram constrangidos em colocar suas idéias. Percebi sinceridade nas suas colocações. O fato de eu ser representante da instituição não foi empecilho para que expressarem as suas idéias e sentimentos em relação ao serviço, talvez até mesmo pelo esclarecimento dado a eles quanto à importância do trabalho para melhoria do

atendimento e pelo fato de deixá-los bem à vontade. Isso ocorreu também com as coletas oficiais, ou seja, as coletas realizadas após esta fase do teste piloto e usadas para a presente pesquisa.

Quando terminei as cinco entrevistas iniciais senti-me feliz e motivada, considerando que estava pronta e capaz de dar andamento nas entrevistas. Minha surpresa foi quando analisei a transcrição das entrevistas junto com minha orientadora e percebi algumas falhas. Constatei que deveria ter deixado o usuário expressar suas idéias mais livremente sem interferência sobre o assunto. Esta análise foi um momento de grande aprendizado. Pude observar que quando o usuário não entendia a pergunta, eu as explicava com as minhas teorias sobre o tema, o que poderia influenciá-lo sobre aquela ocorrência. Aprendi que o que estávamos buscando era justamente a vivência do usuário sobre aquele tema, sem qualquer teoria a respeito. Era ele, o usuário, que deveria nos apresentar o significado do atendimento o qual estava sendo submetido, através da sua fala, do seu silêncio e de suas expressões. Aprendi rápido, pois nas entrevistas seguintes procurei deixar o usuário bem à vontade para colocar suas idéias, opiniões e sentimentos. Usei apenas as questões norteadoras, sem dar explicações quanto ao tema a ser pesquisado, deixando-os livres para expressar suas vivências no pronto socorro, não interferindo no processo.

As entrevistas foram realizadas no mês de novembro de 2009, na própria recepção do pronto socorro do hospital, com os usuários acima de 18 anos, classificados na cor verde e azul.

O critério de escolha dos pacientes foi a utilização da ficha de Acolhimento com Classificação de Risco já preenchida com a identificação das cores, idade do paciente e o tempo de espera, desde a abertura da ficha na recepção, o que variou de 30 minutos a duas horas.

Foi lhes perguntado se aceitavam participar de uma pesquisa de mestrado, cujo objetivo era avaliar o serviço de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) do hospital, sob o enfoque deles, usuários.

Quase todos os usuários interpelados para participar da pesquisa aceitaram com muita boa vontade participar do estudo, sentido-se valorizados em poder dar sua opinião e contribuição ao serviço. Apenas um usuário do sexo feminino recusou-se a participar da pesquisa.

No momento da coleta de dados, o usuário era encaminhado para uma área reservada da recepção do pronto socorro, um canto do salão de espera, para não ter interferência dos outros pacientes que aguardavam atendimento. As entrevistas foram realizadas seguindo todos os princípios éticos em pesquisa e conduzidas pela própria pesquisadora.

Dentro da perspectiva qualitativa, para conhecer e compreender a experiência vivida pelas pessoas a serem investigadas, o pesquisador deve propor-lhes uma questão suficientemente clara, a fim de poderem entender o que delas se pretende, e ao mesmo tempo bastante ampla para se expressarem livremente sobre o fenômeno estudado. É preciso que o pesquisador tenha o cuidado de não conduzir e nem interromper os relatos, que só devem se encerrar quando os mesmos deixarem claro que nada mais tem a dizer em relação à pergunta norteadora, garantindo o máximo de liberdade dos depoentes (GRAÇAS, 2000). Na minha vivência da realização das entrevistas pude aplicar e dar vida a este conceito teórico proposto para a pesquisa.

Desta forma, mantendo esta postura de abertura e respeito à experiência do usuário durante a realização das entrevistas foram utilizadas as seguintes questões orientadoras (Apêndice B):

- ▶ Por que você procurou este serviço?
- ▶ Como você se sentiu recepcionado pela equipe de saúde quando chegou no pronto socorro e recebeu a classificação de risco?
- ▶ Como você se sente enquanto espera para ser atendido depois da classificação de risco?
- ▶ O que você acha da classificação de risco para o atendimento no pronto socorro?
- ▶ O que é acolhimento para você?
- ▶ Quais as sugestões que você tem para melhorar o acolhimento dos usuários no pronto socorro deste serviço?

Para facilitar a apreensão de todo o conteúdo da entrevista, foi usado pela pesquisadora, o gravador MP5 com a permissão dos usuários. Ao término das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, pela própria pesquisadora, por meio de digitação no programa Word.

Ficou evidente que os entrevistados sentiram-se livres para expressar o que pensavam, expor seus sentimentos, mesmo sendo alguns mais

objetivos e outros mais prolixos para transmitir suas idéias. Todas as falas retratam o modo como perceberam o serviço, seus sentimentos em relação ao atendimento prestado naquela unidade de saúde, suas sugestões para melhoria do atendimento e a compreensão da AACR.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Discurso (AD) preconizada por Martins e Bicudo (2005).

Após investigar um tema, buscamos compreender um fenômeno, que é colocado em suspensão. Com o fenômeno em suspensão, o passo seguinte é buscar sua essência ou sua estrutura, que se manifesta nas descrições ou discursos dos sujeitos. Garnica (1997, p. 115) coloca que:

O pesquisador busca apreender aspectos ou estrutura, que se manifesta nas descrições ou discursos dos sujeitos. O pesquisador busca apreender aspectos do fenômeno por meio do que dele dizem outros sujeitos com os quais convive, interrogando-os de modo a focar o seu fenômeno. Quando os outros descrevem aspectos dos fenômenos, eles os descrevem conforme os percebem, no desejo de comunicar essas suas percepções. A descrição possui uma audiência que não conhece o descrito mesmo quando já exista entre pesquisador e pesquisado uma primeira aproximação, pois é sempre certa a impossibilidade de comunicação plena da experiência subjetiva.

Para análise do fenômeno estudado, que foi posto diante dos olhos para investigação, o pesquisador inicia a descrição das experiências pelos sujeitos da pesquisa. Nas descrições feitas pelo sujeito o interesse não está em saber o que ele pensa, mas sobre aquilo que ele está experienciando. É dessa maneira que o fenômeno situado ilumina-se e desvela-se para o pesquisador (GRAÇAS, 2000).

Enquanto alternativa metodológica de pesquisa, busca-se a essência do fenômeno situado e para a análise de sua estrutura, o observador obtém descrições dos sujeitos que estão experienciando a situação, buscando a formação de unidades significantes (GRAÇAS, 2000).

Por meio das descrições que o fenômeno surge. A descrição é o relato de alguém que sabe alguma coisa para alguém que não sabe. Não se trata de uma redação, ou de um relatório. A descrição se dá na experiência do sujeito que está experienciando aquela situação (GRAÇAS, 2000).

As descrições devem ser analisadas individualmente. Após a análise individual de cada descrição, o pesquisador busca as convergências ou invariantes e aspectos comuns que permaneceram em todas as descrições.

Para realizar a AD, foi feita inicialmente a transcrição na íntegra das entrevistas dos sujeitos da pesquisa, pela pesquisadora.

Após a transcrição dos relatos, foram excluídas as perguntas feita pela pesquisadora, ficando apenas o discurso dos sujeitos, os usuários. Feito então leituras sucessivas dos discursos, para inteirar-se do contexto, mantendo o olhar sensível para aquilo que expressava significado para o estudo.

Como esclarece Garnica (1997), captada pela escrita, a descrição dá indicativos de como o sujeito percebe o fenômeno, que vai se revelando ao mesmo tempo em que as descrições, agora transcritas, vão sendo analisadas.

Dessa forma, o pesquisador mantém o olhar sensível para aquilo que possa conter significações existenciais do fenômeno que procura compreender. Aos poucos, ele vai identificando partes que, na relação com o todo, trazem sentido ao seu mundo vida; surgindo daí, de forma espontânea as unidades de significados, que revelam o pensar da pessoa pesquisada sobre a experiência vivida. Começa-se então a redução fenomenológica, tendo sempre como referencial a questão norteadora da investigação (GRAÇAS, 2000).

As unidades de significados são recortes julgados significativos pelo pesquisador, dentre os vários pontos em que a descrição pode levá-lo. Para que as unidades de significados possam ser recortadas, o pesquisador lê, várias vezes, os depoimentos à luz de sua interrogação por meio da qual pretende ver o fenômeno (GARNICA, 1997).

No decorrer da interpretação fenomenológica o pesquisador tenta compreender os significados expressos nas falas e traduzí-los conforme a sua percepção[...] deve assumir responsabilidade para com o pesquisado, de maneira que o relato da experiência vivida por ele não seja ameaçado. Na função de doador de significado, o investigador precisa atentar para que não haja substituição do sentido inserido no discurso (GRAÇAS, 2000, p. 32).

Ainda como elucida Garnica (1997), depois de identificadas as unidades de significados, o pesquisador trata de agrupá-las em categorias, ditas abertas, mediante reduções. Esses agrupamentos formam uma síntese dos julgamentos dados nas descrições ingênuas dos sujeitos. É a partir desses agrupamentos que o pesquisador passa para a sua segunda fase de análise, a análise nomotética, quando a investigação dos individuais, feita pelo estudo e seleção das unidades de significados e posterior formação das categorias abertas, é ultrapassada pela esfera do geral.

Para delinear a estrutura ou essência geral, é necessário que o pesquisador após rever as proposições reveladoras dos depoimentos, estabeleça comparações entre elas, procurando descobrir as convergências, as divergências e as idiossincrasias. Nesse confronto é possível agrupar as unidades e formar as categorias a serem refletidas na construção dos resultados (GRAÇAS, 2000).

Todo o processo de reflexão dos dados tem que ser pautado no rigor científico, que, nesta abordagem de pesquisa, não é encontrado nos recursos externos de controle, julgamentos ou regras de validação, mas no nível de conhecimento que é produzido pelos discursos estudados. É um rigor interno do pesquisador que se formaliza ao tratar os dados com precisão, evitando interferir nas falas dos sujeitos ou distorcê-las (GRAÇAS, 2000).

É um rigor epistemológico que envolve essencialmente o pesquisador e culmina com a transformação de seu saber. Portanto deve estar presente em todas as fases da pesquisa, uma vez que a sua presença se reflete diretamente na qualidade dos resultados finais (GRAÇAS, 2000, p. 32).

A seguir apresentamos alguns trechos que exemplificam o caminho de análise percorrido.

De posse das transcrições dos discursos e após leituras sucessivas pela pesquisadora, foram identificadas e selecionadas as unidades de significados. Em seguida foram agrupadas de acordo com as semelhanças de seus temas, interpretadas e sintetizadas como ilustradas na Figura 1.

ENTREVISTA Nº 9	
UV – 9	
<i>Porque eu estou com muita dor nas costas, faz uns 3 dias, eu trabalho muito sentada, então estou sentindo muita dor. Não saberia te responder, porque eles fazem o melhor pelos pacientes, eu creio.(AACR) O menino do acolhimento me atendeu super bem. Há é meio preocupante, mas pela dor tem que esperar né. Não sei de responder, não tem nada pra falar não. Acho que o hospital tem, mas não tenho muito o que falar não. Chegar no hospital e ser atendida bem, ter uma boa atenção, por exemplo, você esta com muita dor, ser bem atendida pelo médico, pela enfermagem. Ter bom atendimento. Não, pra mim sempre foi bom. Todas as vezes que vim fui bem atendida, não tenho que reclamar.</i>	
UNIDADE DE SIGNIFICADO	INTERPRETAÇÃO
9.1 Não saberia te responder	<i>Não soube responder quanto indagada da AACR</i>
9.2 Porque eles fazem o melhor pelos pacientes	<i>Refere que no acolhimento eles fazem o melhor para o paciente</i>
9.3 O menino do acolhimento me atendeu super bem	<i>Refere ter sido bem atendida quando passou pelo acolhimento</i>
9.4 Há é meio preocupante,	<i>Refere ser preocupante a demora do atendimento medico</i>
9.5 Mas pela dor tem que esperar né	<i>Mesmo com dor compreende que precisa esperar a sua vez.</i>
9.6 Não sei de responder Acho que o hospital tem, mas não tenho muito o que falar não.	<i>Não soube responder sobre a prática de AACR no pronto socorro</i>
9.7 Chegar no hospital e ser atendida bem [...] ser bem atendida pelo médico, pela enfermagem. Ter um bom atendimento	<i>Acolhimento revela-se como ser bem atendido pelos profissionais de saúde</i>
9.8 Ter uma boa atenção	<i>Acolhimento significa atenção.</i>
9.9 por exemplo, você esta com muito dor e ser bem atendido.	<i>Acolhimento significa ser atendido em uma necessidade</i>
9.10 Não, pra mim sempre foi bom. , pra mim sempre foi bom. Todas as vezes que vim fui sempre muito bem atendida	<i>Acolhimento significa ter sua necessidade atendida</i>
9.11 Não tenho que reclamar	<i>Não refere nenhuma reclamação do atendimento</i>

Figura 1 – Quadro ilustrativo da análise individual de um discurso analisado-UV9.

As unidades de significados selecionadas, às vezes requerem transformações, com o objetivo de tornar claro o seu conteúdo e até mostrar as estruturas que a primeira vista parecem ocultas. Elas podem ser agrupadas de acordo com as semelhanças de seus temas, interpretadas e se necessário

sintetizadas. Desde modo, reúnem-se em cada discurso as asserções convergentes, sem, no entanto, desconsiderar as unidades de significado tidas como unitárias (MARTINS; BICUDO, 2005).

Após a identificação e interpretação das unidades de significados, passamos para a fase seguinte, que buscou as convergências das unidades de significados afins. Observa-se que a cada usuário foi dado uma cor, para melhor visualização. A partir dessas convergências foram construídos os temas e as categorias conforme ilustram os Quadros 1 e 2.

<p><i>1.1 - Bem, cheguei ali ela fez a ficha</i> <i>19.7 Igual agora que eu estava trabalhando, cheguei, ela mandou o rapaz me chamar por causa de minha dor de cabeça.</i></p>	<p><i>Preenchimento da ficha</i> <i>O atendimento recebido na recepção e no acolhimento com cr.</i></p>	<p><i>Procedimento administrativo</i></p>
<p><i>1.8 - Só mediram a pressão, olharam a febre</i> <i>2.5 Eles só mediram a pressão e a temperatura só.</i> <i>4.4 É bom né, pq eles mediram a minha pressão</i></p>	<p><i>Procedimentos de verificação dos SSVV</i> <i>Procedimento de SSVV</i> <i>Verificação dos sinais vitais, refere de forma positiva.</i></p>	<p><i>Procedimento de enfermagem</i></p>
<p><i>2.6 Pediram pra retornar la</i></p>	<p><i>Espera pra atendimento médico</i></p>	<p><i>Depois da CR foi encaminhado para a recepção</i></p>
<p><i>11.2 Eu achei um serviço normal, dentro de um padrão normal, dentro de um tempo normal, não foi demorado, foi normal assim</i></p>	<p><i>Percepção do serviço</i></p>	<p><i>Avaliação do serviço</i></p>

Quadro 1 – Quadro ilustrativo da aproximação das unidades de significados individuais interpretadas.

CATEGORIAS ABERTAS	TEMAS
1 Ter acesso ao serviço de saúde	1.1 Acesso ao serviço 1.2 Sentimentos vivenciados 1.3 Avaliação do serviço
2. Submeter-se ao processo de AACR	3.1 Procedimentos desenvolvidos 3.2 Período de espera 3.3 Compreensão do que é AACR 3.4 Sentimentos vivenciados 3.5 Avaliação do serviço
3. Ser cuidado com competência	4.1 Atitudes 4.2 competência técnica 4.3 Sentimentos vivenciados

Quadro 2 – Quadro demonstrativo da síntese das categorias abertas construídas com seus respectivos conteúdos temáticos.

Assim sendo, o fenômeno, o significado do acolhimento com avaliação e classificação de risco para o usuário, revelou-se como: ter acesso ao serviço de saúde, submeter-se ao processo de AACR e ser cuidado com competência.

É preciso destacar que as categorias encontradas são reconhecidas como abertas, pois permitem diversas interpretações. Nesse sentido, esta modalidade de pesquisa não fornece uma conclusão fechada. Há uma abertura para possibilidades de diferentes interpretações, conforme a situacionalidade daquele que interpreta (GRAÇAS, 2000).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado apresentando a caracterização dos usuários participantes da pesquisa, a análise e discussão das categorias temáticas que configuram a estrutura do fenômeno estudado: o significado do acolhimento para o usuário em um pronto socorro e finaliza com as sugestões feitas por eles.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

FORAM ENTREVISTADOS 19 USUÁRIOS DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL EM ESTUDO , CLASSIFICADOS NA COR VERDE E AZUL QUE AGUARDAVAM ATENDIMENTO MÉDICO. NESTE UNIVERSO, OITO DOS PESQUISADOS SÃO DO SEXO MASCULINO (42%), SENDO SEIS CLASSIFICADOS NA COR VERDE E DOIS NA COR AZUL. OS DO SEXO FEMININO CORRESPONDERAM A 11 DOS ENTREVISTADOS (58%).DESSES, CINCO FORAM CLASSIFICADOS NA COR VERDE E SEIS NA COR AZUL.QUANTO À FAIXA ETÁRIA, OS ENTREVISTADOS DO SEXO FEMININO VARIAVAM ENTRE AS IDADES DE 22 A 52 ANOS.OS DO SEXO MASCULINO ENTRE AS IDADES DE 20 A 65 ANOS DE IDADE, COMO ILUSTRADO NA FIGURA A SEGUIR.

USUÁRIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
SEXO	M	F	F	M	F	F	M	M	F	M	M	F	F	F	M	F	M	F	F
IDADE	36	41	48	20	46	23	24	27	22	54	61	32	20	50	65	52	31	29	40
AZUL										X		X	X	X		X	X	X	X
VERDE	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X				

Figura 2 – Quadro demonstrativo da caracterização dos participantes da pesquisa: sexo, idade e classificação de risco.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISES

O significado do AACR para o usuário de um serviço de pronto socorro revelou-se como sendo:

- I. Acolhimento significa ter acesso ao serviço de saúde.
- II. Submeter-se ao processo de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.
- III. Ser cuidado com competência

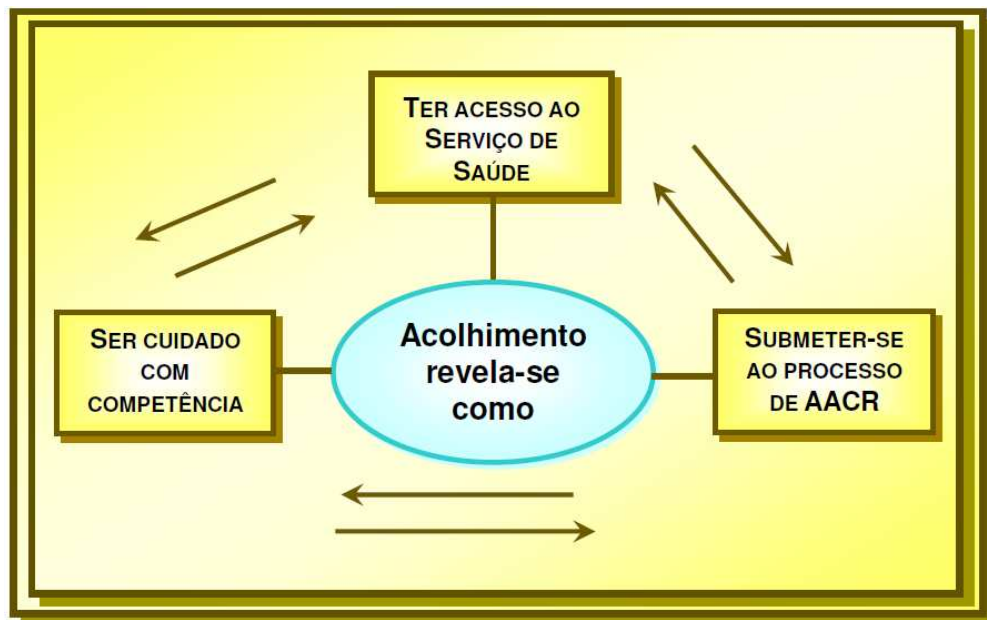


Figura 3 – Quadro demonstrativo das configurações das 03 categorias que estruturaram o fenômeno estudado.

5.2.1 Primeira Categoria: Ter Acesso ao Serviço de Saúde

A primeira categoria de análise diz respeito ao significado de acolhimento relacionado ao acesso ao serviço. Essa categoria abrange três temáticas: opção e acesso ao serviço, sentimentos vivenciados e avaliação do serviço.

Sua construção deu-se a partir das convergências das unidades de significados, as quais foram retiradas dos discursos dos participantes, conforme ilustra a Quadro 3.

1ª CATEGORIA: ACOLHIMENTO SIGNIFICA TER ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

TEMAS	SIGNIFICADOS
1.1 OPÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Próximo à residência ▶ Próximo ao seu local de trabalho ▶ Ser atendido em suas necessidades ▶ Pelo bom atendimento ▶ Vínculo positivo com o hospital ▶ Referências positivas ▶ Encaminhado pela UBS ▶ Porque é atendido pelo profissional médico.
1.2 SENTIMENTOS VIVENCIADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Confiança ▶ Apreço pela instituição ▶ Afeto ▶ Agradecimento ▶ Satisfação com o serviço e com a equipe ▶ Sentiu-se cuidada, acolhida. ▶ Aceitação/ Resignação: compreensão com as rotinas da instituição ▶ Compreensão com a demora do atendimento devido a superlotação
1.3 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO	<p>AVALIAÇÃO POSITIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Da equipe de atendimento – Elogios aos médicos, equipe de enfermagem e administrativa ▶ Atendimento às suas necessidades. <p>AVALIAÇÃO NEGATIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reclamação do atendimento de uma pessoa da equipe- demora em atender sua necessidade ▶ Dificuldade em avaliar: porque quase não utiliza o serviço

Quadro 3 – Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a primeira categoria: Acolhimento como acesso ao serviço de saúde.

Acesso é definido como entrada, passagem ou trânsito por meio do qual se chega a algum lugar; como possibilidade de ingresso; admissão em;

aquisição de; possibilidade ou direito de obter; permissão para utilizar algo; possibilidade de estabelecer contato com algo (SACCONI, 2010).

No campo da saúde, dizemos que o acesso é a chegada do usuário ao serviço de saúde, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento de outros serviços, para a resolução de um problema apresentado por ele, aliado a disponibilidade e competência do serviço em atender essa demanda.

O acesso é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca de satisfação de suas necessidades de saúde ou resolução de um problema, entendido como esfera do serviço de saúde (MATUMOTO, 1998).

O conceito de acesso tem sido cada vez mais traduzido como assistência médica imediata. A população tem procurado encontrar acessibilidade, ou seja, a atenção do atendimento de saúde, nos serviços de emergência (LUIDWIG; BONILHA, 2003).

Acessibilidade, numa visão mais ampliada é definida como o grau de ajuste das características dos recursos de saúde com as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. É a relação existente entre as necessidades, assim como as aspirações da população em termos de “ações e saúde” e a oferta de recursos para satisfazê-las (FEKETE, 1995).

Ramos e Lima (2003), mencionam que o termo acesso pode ser definido pelo usuário por vários critérios, entre eles estão: a distância do local de sua moradia e a unidade de saúde; o tempo e o meio de transporte utilizado para o deslocamento; as dificuldades para enfrentar a obtenção de atendimento (filas, local e tempo de espera); o tratamento recebido pelo usuário; a priorização nas urgências e emergências; e as respostas obtidas para demandas individuais e coletivas.

Temos observado que as escolhas para os usuários terem acesso aos serviços de saúde, constitui-se na capacidade que determinado serviço tem de atender suas necessidades frente aos problemas de saúde apresentados por eles.

Luidwig e Bonilha (2003) reforçam esta idéia, ao mencionar que o indivíduo quando percebe sua situação de saúde merecedora de atenção, elege um serviço para satisfazer essa sua necessidade. Quando realiza esta procura, está utilizando seu próprio conhecimento como forma de diagnóstico, caracterizando um modelo assistencial em que a procura se dá apenas quando ele sente-se doente. Este modelo, portanto, tende a atender os indivíduos que na dependência do seu

grau de conhecimento e sofrimento procuram por iniciativa própria os serviços de saúde.

Nesse sentido vale ressaltar que o usuário acaba procurando o serviço dentro de sua lógica. Cecílio (1997) menciona que o usuário tem que montar o seu menu de serviços por conta própria, buscando, onde for possível, o atendimento de que necessita. Desta ponderação poderíamos dizer que é uma prepotência tecnocrática dizer que o povão é deseducado, que vai ao pronto socorro quando deveria estar indo ao centro de saúde. O autor reflete que pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil e possível.

Os participantes da pesquisa relataram sobre suas escolhas e a chegada ao serviço de saúde que se fez por vários fatores, os quais podem ser considerados facilitadores para o usuário procurar o serviço. Alguns estavam relacionados à proximidade geográfica do serviço com sua residência ou local de trabalho, representada pelas seguintes falas:

Eu procurei por motivo de que eu moro na região aqui, mas trabalho por aqui também. (UA 10)

Uma que eu trabalho aqui perto e mesmo quando eu estou em casa eu venho aqui nem que seja de moto táxi. (UA 19)

Segundo Fekete (1995) a acessibilidade ao serviço resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificadas de ordem geográfica, organizacional, sócio cultural e econômica.

A autora afirma que a dimensão geográfica reflete a distância média entre a população e os recursos e deve ser medida em função do tempo que pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde. No entanto, a alta acessibilidade geográfica não garante a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Outros elementos como a credibilidade do serviço, preferência por médicos e outros, fazem com que, muitas vezes, a população não utilize os serviços de saúde mais próximos do seu local de moradia.

Isto também pode ser observado pelos usuários participantes desta pesquisa, quando mencionaram a opção pelo pronto socorro do hospital porque ali as suas necessidades eram atendidas.

Quando eu venho aqui dá um jeito. (UV 2)

Porque eu precisei, me ajudou.[...] (UV 6)

Fekete (1995) refere que a dimensão organizacional da acessibilidade está representada pelos obstáculos em obter os recursos de assistência à saúde, tais como: demora em obter uma consulta; tipo de marcação de horário; turnos de funcionamento; tempo real de espera para conseguir atendimento, que deve ser calculado a partir do momento em que surge a decisão de procurar os serviços de saúde, assim como os obstáculos que aparecem na continuidade da assistência

Continuando, a autora diz que a dimensão sócio-cultural da acessibilidade refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde como as percepções sobre o corpo e a doença, crenças relativas a ela, tolerância à dor, à credibilidade dos serviços e a relação que se estabelece entre a equipe de saúde e a população;

Souza et al. (2008) comentam que o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, tem relação com a resolutividade, extrapola a dimensão geográfica, abrangendo a dimensão econômica, cultural e funcional de oferta de serviços. O acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Ou seja, é a forma como a pessoa sente-se acolhida no serviço de saúde.

Assim, nesta categoria temática o acolhimento revelou-se como o atendimento de suas necessidades representado pelos usuários como o não deixar o paciente esperando, ou seja, recebê-lo e atendê-lo prontamente em sua queixa, escutando a sua demanda.

Acolhimento? Acolhimento eu acho que é agente chegar e acolher, ser atendido prontamente, num ficar esperando. (UA 14)

Acolhimento? Acho que é atender quando as pessoas chegam né. (UA 17)

Olha acolhimento eu entendo assim, é você chegar e ser logo atendido. (UA 18)

Para os usuários, o acolhimento significa ser atendido em suas necessidades, tão logo eles cheguem ao serviço de saúde. É o profissional estar aberto e pronto para a escuta do paciente e atendê-lo no momento em que ele sente-se vulnerável. Não é necessariamente o atendimento de uma necessidade física ou biológica, pois com frequência o usuário traz também uma demanda de preocupação, de insegurança acerca do seu estado de saúde, aliado à incerteza do tempo e da garantia do atendimento médico, principalmente diante de uma grande demanda de pacientes.

[Silêncio...] acolhimento, eu acho assim.. é quando assim, na hora que você mais precisa né, assim quando você está mais necessitada aí a pessoa vem. (UA 19)

Chegar no hospital e ser atendido bem[...] por exemplo você esta com dor e ser atendido bem. (UV 9)

Para Sacconi (2010), acolhimento vem do verbo acolher e significa oferecer proteção física, receber alguém que chega; dar hospedagem; levar em consideração ou em conta. Acolhimento é o ato ou efeito de acolher, recepção que se faz a alguém.

Na saúde o acolhimento tem sido proposto como uma ferramenta capaz de instrumentalizar os trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, bem como analisar o como se trabalha, o que este modo de trabalho está produzindo e para que se está trabalhando, assim como, para refletir as práticas de cuidados ofertados nos serviços de saúde (MATUMOTO, 1998).

O acolhimento resgata também a solidariedade; a humanização; o respeito para com o outro; o estabelecimento de vínculo nas relações entre usuário e trabalhador; a acessibilidade ao serviço de saúde; a organização do serviço, enfatizando a necessidade de responsabilizar-se pelos problemas de uma dada população e ter coragem de buscar novos caminhos (MATUMOTO, 1998)

Outra abordagem do acolhimento está relacionada com a humanização. Segundo Matumoto (1998), acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, tem que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.

Para Prochnow et al (2009), o acolhimento expressa uma ação de aproximação de relação com o usuário que procura os serviço de saúde, a qual não

se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui uma seqüência de atos e modos de que compõe as metodologias dos processos de trabalho em saúde, em qualquer nível de atenção. Para isso, preconiza que a humanização permeie o encontro entre os trabalhadores e usuários, a partir de uma relação de escuta e responsabilização, na qual o paciente é portador e criador de direitos.

O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da recepção, atenção consideração, refúgio, abrigo, agasalho, do conceito de Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades dos sujeitos, passa pelo processo de reconhecimento, de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção de vínculos. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência (MATUMOTO, 1998, p. 3).

Outros autores também apontam que o acolhimento está intimamente ligado com a habilidade do profissional em responder satisfatoriamente a demanda do paciente. Segundo Camelo et al (2000), o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, sobre o seu problema. Há uma expectativa do usuário que o trabalhador de saúde responda com resolutividade as suas necessidades.

Esse resultado suscita pontos de reflexões para os profissionais de saúde, pois coloca nestes uma grande responsabilidade em ser capaz de responder a essas expectativas dos usuários. Sem desconsiderar a importância do acolhimento ao usuário é preciso também refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais da saúde.

Alguns usuários referiram o bom atendimento prestado pelo hospital, o que os fazem procurar sempre por esse serviço.

Nunca tive que reclamar daqui. Ah, porque eu sempre venho aqui e sempre fui bem atendido. (UA 16)

Olha, a primeira vez que eu vim aqui eu achei bom o atendimento. (UA 15)

Porque o atendimento aqui é muito bom. (UV 6)

Consideraram ser bem atendidos pelos profissionais e referiram que eles fazem o melhor para os pacientes, demonstrando a criação de vínculo positivo entre usuário e instituição, superando até mesmo a expectativa do bom atendimento, como ilustrado a seguir.

Da última vez que eu vim aqui fui bem atendida pelos médicos, pelas enfermeiras, aliás eu até falei com o médico, foi o Dr. [...] que me atendeu. - É, eu até falei: Dr eu estou surpresa, porque nem sempre agente é atendida assim nesses lugares[...] ele foi muito cuidadoso comigo. (UV 3)

Aquele médico foi bom pra mim né...[...] (UV 15)

Porque eles fazem o melhor pelos pacientes, eu creio. O menino do acolhimento me atendeu super bem. (UV 9)

Dizem ainda ter referências positivas do hospital, sendo este o motivo para procurarem assistência médica naquele local. Forneceram também informações positivas sobre o atendimento recebido.

Os autores citados anteriormente complementam afirmando:

O trabalho está organizado na consulta médica. Sua finalidade está em recuperar o corpo doente e tratar a doença, pinçada pela queixa principal. O médico pelo exercício da autonomia e da autoridade que lhe são atribuídas, estipula de forma marcante, os limites de autonomia dos demais trabalhadores (MARQUES; LIMA, 2008, p.46).

Em relação ao acesso ao serviço em busca do profissional médico, Marques e Lima (2008) mencionam que os processos de trabalho são influenciados por saberes; equipamento; normas e estruturas organizacionais; dando ênfase aos aspectos biológicos para interpretação dos fenômenos vitais; aos procedimentos; ao saber médico; tendo o médico como o centro da assistência. Refere ainda que muitas vezes a inserção do usuário no sistema é feita em busca do profissional médico.

Na minha experiência profissional como enfermeira, vivencio no cotidiano do meu trabalho em pronto socorro, esta constatação dos serviços de saúde ainda estarem organizados em torno do profissional médico, assim como a grande procura deste profissional pelo usuário. Embora estejamos em fase de mudanças, articulando serviços mais humanizados com a inclusão de outros

profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos, a assistência à saúde ainda é organizada visando à consulta médica e a sua decisão sobre o paciente. O atendimento é fragmentado, focando a dimensão biológica do indivíduo. Os procedimentos estão, na maioria das vezes, em torno da doença e não em torno do doente, não considerando o seu contexto social, sobretudo no espaço hospitalar. Esta realidade mostra o quanto o modelo biológico influencia a organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Observamos também que o trabalho em equipe multiprofissional é outro desafio a ser desenvolvido e concretizado. No entanto, ressaltamos a formação do enfermeiro que está mais voltada para assistir o indivíduo em suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Isto faz com que, muitas vezes, o profissional enfermeiro expresse uma maior sensibilidade para a visão integral do paciente. Além do domínio de técnicas no atendimento aos pacientes, o enfermeiro encontra-se em lugar privilegiado para ser sensível, detectar e atender as angústias e preocupações que não estão contidas nos sinais vitais e exames laboratoriais. Ou seja, tem a possibilidade de ser acolhedor com as demandas dos usuários.

Outro tema que configura a estrutura da primeira categoria, está relacionado com os sentimentos vivenciados pelos usuários ao terem acesso ao serviço de saúde. Podemos observar entre esses sentimentos manifestados na fala do usuário, a confiança que depositam no atendimento do hospital.

Se precisar ficar internada eu fico, eles me dão remédio certinho pra mim...[..] (UA 19)

Demonstraram também sentimentos de apreço, afeto e gratidão para com o hospital. Dizem gostar da instituição, sentem-se acolhidos e agradecidos pelo atendimento recebido.

Mas eu gosto daqui. É claro que agente não gosta de hospital, mas se for pra escolher entre [..hospitais e pronto atendimentos..]eu escolho aqui. To falando de coração mesmo. (UA 19)

Sim, excelente, a gente chega aqui sem saber o que tem, eles cuidam, a gente se sente melhor. (UV 5)

Me senti bem, bem acolhido. (UV 7)

Sempre saio daqui muito satisfeito, graças a Deus....[..]Sempre quando eu procurei o Hospital aqui, sempre fui muito bem atendido, graças a Deus..[..] Aqui no Hospital , eu graças a Deus, não tenho que reclamar não. (UA 10)

Essas falas vêm ao encontro com outros autores que consideram o acolhimento como uma boa estratégia de acesso. O usuário que possui um atendimento de saúde, próximo de sua residência, de forma insatisfatória, acaba procurando uma assistência de saúde qualificada que possua um bom acolhimento (PALLARES; FIQUEREDO, 2006).

Outros estudos confirmam esse mesmo achado, referindo a satisfação do usuário quando consegue ter acesso ao serviço. Algumas questões superam as dificuldades encontradas, como é o caso do acesso à atenção hospitalar e especializada. Muitas vezes o atendimento em outras unidades (UBS, Centros de Saúde) é tão limitado e difícil que as pessoas encontram-se satisfeitas simplesmente por terem acesso ao procedimento especializado da qual necessitavam (PROCHNOW et al., 2009).

Concluindo, podemos destacar a afetividade do usuário para com a instituição, e com a equipe de trabalho. Demonstraram gostar do atendimento e dos profissionais onde se sentiram acolhidos nas suas necessidades. Demonstram aceitação com as rotinas da instituição, e compreendendo a demora no atendimento devido ao excesso de serviços a serem executados pelos funcionários.

O próximo tema descrito nesta categoria é a avaliação dos serviços de saúde.

Dentre as várias definições apresentadas no dicionário Sacconi (2010), escolhemos a que melhor representa a avaliação de um serviço. Nesse sentido, avaliar neste estudo será compreendido como determinar o significado ou a qualidade de; determinar a competência. Avaliação é a verificação, apreciação dos conhecimentos, comportamentos; capacidade de rendimento de uma pessoa.

Os serviços de saúde cada vez mais vêm dando importância ao processo de avaliação, reconhecendo no usuário a finalidade principal de oferecer cuidados de qualidades e efetivos. A satisfação do usuário pode representar um instrumento de avaliação dos serviços, na medida em que representa um julgamento sobre a qualidade do cuidado prestado (LUIDWIG; BONILHA, 2003).

Cecílio (1997) aponta a necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no

sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. A análise crítica dos modelos assistenciais desse autor já foi exposta anteriormente.

Desta forma para que o serviço seja centrado nas necessidades do paciente, a avaliação pelos usuários é imprescindível. Nessa temática de avaliação, houve avaliações positivas e negativas.

Nas avaliações positivas desvelaram-se o bom atendimento dos profissionais administrativos, médicos e equipe de enfermagem, percebido pelos usuários.

Foi muito bom, eles são muito pacientes, gente é muito bem atendido. (UV 6)

Outro dia que eu vim aqui, os médicos me atenderam muito bem sabe, (UA 13)

Então, pela triagem me trataram muito bem. O rapaz que me atendeu lá me tratou super bem, muito educado. E ali quando eu fui fazer a ficha também. (UA 13)

Mas o rapaz que esta aí sempre atende bem[...]. o Dr. [...] né, ele foi assim atencioso, da outra vez que eu estive aqui. (UA 12)

A medida de satisfação do usuário é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde a eles dispensados (AZEVEDO; BARBOSA, 2007)

Na avaliação negativa, o usuário fez referência a uma situação de mau humor de um profissional, o qual não o atendeu prontamente. Portanto, não se sentiu acolhido em suas necessidades, em um dos atendimentos anteriores em que procurou o hospital, como retratado na seguinte fala:

[...] Só houve um entrevero da pessoa do [turno de trabalho], eu não sei o nome dela, mas ela estava bastante mal humorada e ela não, você fica sentada lá, mas aí eu só queria medir minha pressão, mas ela não quis. (UA 19)

Interessante observar que este mesmo usuário que faz esta avaliação negativa, também defende e elogia o hospital perante a comunidade fazendo uma avaliação positiva do atendimento. Esta postura mostra a consciência e o exercício de cidadania, pois avalia tanto os aspectos positivos e negativos do atendimento, o que demonstra uma percepção real do serviço.

[...] Quando alguém fala pra mim assim do [nome do hospital] que não bate o que eu penso, eu falo, eu discuto. Eu não, pra mim isso não acontece. Eu trago minha filha, meu neto... (UA 19)

Ah, porque eu sempre fui bem atendida aqui. (UA 19)

Os usuários, muitas vezes, sentem receio em tecer críticas em relação ao serviço que, apesar de todas as dificuldades, o acolhe. Em geral o serviço de emergência é permeado por críticas, mas, ao mesmo tempo, os usuários demonstram um reconhecimento em relação ao esforço que os profissionais fazem para atender a todos (LUIDWIG; BONILHA, 2003).

Outro usuário menciona que é a primeira vez que procura o serviço público, sendo difícil para ele elaborar uma avaliação quanto ao atendimento daquele local.

Ah é difícil porque nunca vim na rede pública, é difícil eu vim, é a primeira vez que eu vim no serviço público,[...] , é que eu não venho direto né. (UV 1)

Podemos inferir que a procura pelo serviço está baseada na questão prática e na questão de satisfação com o atendimento ofertado. A questão prática diz respeito à facilidade do acesso geográfico ao serviço, como o fato de ser localizado perto de sua residência ou ao seu local de trabalho, assim como o acesso ao serviço através de encaminhamentos de outras unidades de saúde.

Em relação à questão da procura pela satisfação com o serviço, esta parece estar influenciada pela resolutividade, no sentido da garantia da consulta médica e construção de vínculos satisfatórios entre profissionais e usuários.

Sendo assim, podemos refletir que os resultados revelados nesta pesquisa aproximam-se dos argumentos teóricos traçados pelos autores sobre os fatores determinantes para a escolha do serviço de saúde e as dimensões no acesso.

É importante compreender que o usuário procura no serviço de saúde a resolução de suas necessidades; não conseguindo desloca-se de um local para outro até obtê-la.

A manifestação de uma necessidade pelo usuário pode expressar a solução pensada, por ele, do que representa um problema. A definição do problema leva em conta o conceito de saúde doença

aprendido por ele nas relações sociais e do cotidiano. Cabe a nós, trabalhadores/gestores, a compreensão e caracterização desses problemas afim de tornar o atendimento mais acolhedor, utilizando uma abordagem que leve a solução competente e que satisfaça o usuário (MARQUES; LIMA, 2007, p. 5)

A pesquisa revelou que os usuários do hospital em estudo têm um vínculo positivo com a instituição, motivo pelo qual estão sempre usando os seus serviços.

Pode se observar que o vínculo positivo está mais relacionado com a forma com que os usuários se sentem acolhidos pelos profissionais, do que a própria estrutura física. Embora a maior parte das entrevistas tenham sido realizadas na estrutura nova do hospital, recém ampliado, os usuários referiram o bom atendimento relacionado às vezes anteriores que o procuraram, ainda na estrutura antiga.

[..] Eu queria mesmo falar foi que quando era lá do outro lado (se refere a parte antiga do hospital), eu trouxe meu tio, ele faleceu e eles fizeram assim oh sabe, eu fiquei dois dias com eles, e eles deram a atenção ..[..] Mas assim, eu não tenho que reclamar do não. Ta bom, não tenho mesmo...[..].
(UA 19)

Assim, a primeira categoria trata do significado de acolhimento para o usuário com a possibilidade de ter acesso ao serviço de saúde. O acolhimento inicia-se nesta etapa, pois para ele o acesso está relacionado com a forma como entra no serviço de saúde, como é acolhido e como encontra resolutividade para sua queixa.

Outros estudos também constatam que a satisfação do usuário do serviço de emergência está intimamente vinculada à disponibilidade do mesmo em resolver as necessidades de saúde daqueles que os procuram (LUDWIG; BONILHA, 2003).

A credibilidade do serviço também é apontada como forma de acesso ao usuário às unidades hospitalares, pois são consideradas resolutivas dos problemas de saúde, do ponto de vista dos usuários.

Considerando que os serviços de emergência funcionam durante 24 horas, com uma equipe de profissionais qualificada, acredita-se que as pessoas recorram aos serviços por várias razões: fácil acessibilidade oferecida pelos serviços

de emergência; a presença de profissional qualificado; a impossibilidade de recorrer aos serviços ambulatoriais e por se sentirem angustiadas assim como apreensivas (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR; CAVALANTI, 2004).

Foi observado também, o sentimento de compreensão do usuário em relação à demora do atendimento causada pelo excesso de serviço para os profissionais, assim como as rotinas do hospital, demonstrando assim certa aceitação com a norma institucional.

Eu só queria medir minha pressão, mas ela não quis [...]nem levei em conta porque ela estava bastante ocupada.[..]. Eu não reclamei nem nada. Então até parece que ela foi chamada atenção não por mim, mas por outra pessoa. Depois eu entrei lá dentro ela se desculpou comigo, disse que já estava bastante ocupada [...]. Tentou explicar. Acho que ela viu que me ofendeu né. (UA 19)

É, agente sabe que não pode entrar acompanhante, mas agente sabe que ela esta ali, e bem pertinho né, qualquer coisa eu sei que tem alguém ali (UV 3)

Os participantes da pesquisa possuem um sentimento de reconhecimento favorável ao atendimento do hospital, mesmo frente às dificuldades vivenciadas. Sublimam estas dificuldades, talvez porque se sentem vulneráveis diante de seus agravos à saúde aliado com os obstáculos encontrados para se ter acesso integral ao sistema. Poderíamos inferir que talvez por isso a gratidão pelo serviço, pois este representa o meio que eles encontram para resolver seus problemas de saúde.

Porque eu tenho a informação de que sempre são muito bem atendidos. (UV 11)

Olha, pra falar a verdade, no último dia que eu estive aqui, eu até falei que no outro dia, na segunda feira quando eu estivesse boa, eu até ia falar no Camargo, ou em outro lugar, eu ia até elogiar porque sinceramente eu fui muito bem atendida aqui. (UV 3)

Estas falas estão de acordo com que Ludwig e Bonilha (2003) relatam sobre estudos realizados com os usuários de um serviço de emergência. A procura pelo serviço se dá a partir de referências positivas, que podem ser pessoais, de pessoas conhecidas ou por encaminhamento médico. Assim, as experiências

anteriores positivas fazem com que o usuário procure por atendimento no mesmo local.

Outros estudos também revelam que os usuários procuram os serviços, não apenas pela localização geográfica, mas pela qualidade do serviço, a garantia e agilidade do acesso, por experiências positivas, bem como pelo acolhimento prestado (MARQUES; LIMA, 2007).

Voltando ao tema do acesso ao serviço de saúde, observamos que alguns usuários chegaram ao pronto socorro porque foram encaminhados pela Unidade Básica de Saúde, outros referiram procurar este serviço porque nem sempre tem o profissional médico nas UBS para atendê-los.

Porque me mandaram de lá, do posto. (UV 15)

Toda vez que eu preciso de médico, eu sou atendido aqui, no posto lá não tem. (UA 10)

Segundo Marques e Lima (2007) as demandas de pacientes provenientes de Centros de Saúde e Unidades Básicas, que não alcançaram a resolução de seus problemas de forma integral, procuram o pronto atendimento. Essas demandas foram constatadas tanto para atendimento médico quanto para procedimentos de enfermagem, tais como sondagens, glicemias capilares, nebulizações. Também foi observado que os casos em que não era possível a consulta médica em curto prazo, o usuário preferia procurar o pronto atendimento a ter que esperar na fila para agendamento. Nas UBS, os serviços estão organizados de forma que o atendimento é realizado através de agenda ou por número de consultas diárias. Isso faz com que os usuários sejam encaminhados aos serviços de pronto atendimento ou de emergências e urgências, quando a demanda excede ao programado, ou não corresponde ao que é ofertado pelo serviço.

5.2.2 SEGUNDA CATEGORIA: ACOLHIMENTO SIGNIFICA SUBMETER-SE AO PROCESSO DE AACR

A segunda categoria corresponde ao significado de Acolhimento como submeter-se ao AACR.

O AACR é uma ferramenta que, além de organizar a fila e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem outros objetivos, como: garantir o atendimento imediato ao usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como os seus familiares, sobre o tempo provável de espera; e aumentar a satisfação dos usuários. (BRASIL, 2009).

Esta categoria abrangeu os seguintes temas: procedimentos do AACR; tempo de espera, compreensão do processo de AACR; sentimentos vivenciados na sala de espera após AACR e avaliação AACR, conforme ilustrado na Quadro 4.

2ª CATEGORIA: ACOLHIMENTO SIGNIFICA SUBMETER-SE AO PROCESSO DO AACR

TEMAS	SIGNIFICADOS
<p>2.1 PROCEDIMENTOS DO AACR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Procedimentos administrativos: recepção, preenchimento da ficha, encaminhamento para AACR. ▶ Procedimentos de enfermagem: AACR, verificação de SSVV.
<p>2.2 TEMPO DE ESPERA</p> <p>A . TEMPO DE ESPERA PARA O AACR (DE ZERO A 40 MINUTOS)</p> <p>B. TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO. (ATÉ DUAS HORAS)</p>	<p><u>TEMPO DE ESPERA PARA AACR.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Não esperou muito. ▶ Ágil no atendimento. ▶ Foi demorado. ▶ Normal. <p><u>TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO MÉDICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Incômodo de esperar. ▶ Necessidades pessoais: trabalho. ▶ Normal. ▶ Demora para atender após a CR. ▶ Demora para o atendimento médico. ▶ Comunidade fica impaciente com a demora e os profissionais com a grande demanda para atender. ▶ Estresse dos profissionais. ▶ Demora na resolução do problema apresentado, no que diz respeito a resultados de exames, encaminhamentos, etc. ▶ Está razoável pelo número de pessoas. ▶ Ter paciência e ficar esperando. ▶ É prejudicial (o paciente pode piorar). ▶ Aguardam o atendimento desde que atendam com educação.
<p>2.3 COMPREENSÃO DO PROCESSO DE AACR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visão do atendimento mais rápido para os usuários mais graves. ▶ É válido. ▶ Organização do atendimento. ▶ Não soube dizer o que é a AACR, mas compreendeu o processo de atender os mais graves na frente. ▶ Ausência de orientação. ▶ Orientações durante a entrevista.

<p>2.4 SENTIMENTOS VIVENCIADOS NA SALA DE ESPERA APÓS O AACR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Segurança. ▶ Solidariedade. ▶ Insegurança. ▶ Insatisfação. ▶ Impaciência. ▶ Abandono. ▶ Ansiedade. ▶ Compreensão. ▶ Estresse. ▶ Paciência. ▶ Resignação. ▶ Satisfação. ▶ Confiança. ▶ Bem estar por saber o que tem. ▶ Aceitação do processo. ▶ Sentir se cuidado. ▶ Tolerância. ▶ Preocupação. ▶ Impaciência. ▶ Desejo de ser atendido mais rápido.
<p>2.5 AVALIAÇÃO DO AACR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Avaliação positiva: <ol style="list-style-type: none"> 1. Agilidade no atendimento. 2. O melhor objetivo que eles já fizeram até agora. 3. É importante porque evita o tumulto. 4. É importante porque você já sabe o que tem. 5. É importante porque medem a sua pressão. 6. Você é muito bem atendido. 7. Muito válido uma análise antes do atendimento. 8. Boa prática. 9. Interessante. 10. Organiza o serviço. 11. Muito bom. ▶ Avaliação negativa – muito demorado para o atendimento médico. ▶ Ser mais rápido o atendimento médico.

Quadro 4 – Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a terceira categoria: Acolhimento é submeter-se ao processo de AACR.

O tema procedimentos de AACR está relacionado à maneira como o usuário percebeu a dinâmica do AACR, no que diz respeito aos procedimentos administrativos: preenchimento da ficha; encaminhamento à sala de acolhimento; verificação dos sinais vitais e retorno à recepção do hospital para aguardar o atendimento médico, que foram descritos em suas falas como:

Bem, cheguei ali ela fez a ficha. (UV 1)

Igual agora que eu estava trabalhando, cheguei, ela mandou o rapaz me chamar por causa de minha dor de cabeça. (UA 19)

Eles só mediram a pressão e a temperatura só. (UV 2)

Já falei, fui muito bem atendido. Quando eu cheguei ali na portaria, eles já me perguntaram o que eu precisava, logo fizeram a minha ficha e logo fizeram a triagem né. (UA 10)

Pediram pra retornar lá. (UV 2)

Para os pacientes, a mensuração dos sinais vitais representou um cuidado importante para verificar seu estado de saúde. Esta prática lhes dá segurança na entrada do pronto socorro.

É bom né, porque eles mediram a minha pressão. (UV 4)

As percepções dos usuários convergem com os objetivos do AACR propostos pelo MS, que se fundamenta no atendimento do usuário logo na chegada ao serviço pelo profissional de saúde, que deve avaliar o seu risco, utilizando protocolos e informar a sua condição de saúde, se corre risco ou não.

Os usuários compreenderam o processo de atendimento no hospital, desde a chegada na recepção para abertura da ficha de atendimento, o seu encaminhamento para a classificação de risco e a espera para o atendimento médico.

O segundo tema está relacionado com o tempo de espera, tanto para a realização do AACR quanto para o atendimento médico após a AACR.

O tempo real de espera para o AACR, realizado pela equipe de enfermagem, variou de zero a quarenta minutos. De acordo com os discursos dos

usuários, podemos observar que a percepção foi diversificada, passando do muito ágil e rápido, pelo normal, até o muito demorado.

É importante mencionar nesta temática, que a percepção do tempo é uma vivência muito singular para cada indivíduo. É subjetivo e sofre influência de forma diferente para cada usuário, pois está ligado às preocupações, ao sofrimento que o acomete naquele momento e ao seu contexto de vida. Portanto, o que pode ser rápido para um, para outro pode ser considerado uma eternidade.

Verificamos que um número considerável de entrevistados julgou ser ágil o processo do AACR, que vai desde o atendimento do usuário pelos funcionários da recepção, até a sala de enfermagem para a classificação de risco.

[..] Você passa rápido pela classificação, é bem atendido. (UA 18)

Parece que agora aqui ficou mais rápido, mais ágil. Eu gostei. Eu acho que ficou melhor. (UA 18)

Conforme o discurso de outros pacientes, o tempo de espera foi percebido com estando dentro da normalidade.

Ah normal. (UV 4)

Eu achei um serviço normal, dentro de um padrão normal, dentro de um tempo normal, não foi demorado, foi normal assim. (UV 11)

No entanto, outros consideraram demorado o atendimento para realização das fichas e o chamado para a classificação de risco pela enfermagem.

É, foi um pouco demorado né, porque já faz duas horas que eu já estou aqui. Demorou pra chamar pra enfermagem e esta demorando pra chamar pro médico. (UV 4)

Podemos inferir que, mesmo diante destas percepções singulares sobre a experiência de espera, o tempo objetivo de 40 minutos para o AACR é um fato a ser considerado como indicador para avaliação da instituição estudada, pois de acordo com o protocolo do MS, quando há um tempo relevante, há necessidade de avaliar novamente o paciente.

O tempo de espera para o atendimento médico foi percebido como muito demorado, por diversos usuários. Esteve expresso na maioria dos discursos, o

descontentamento com esta situação. O tempo de espera nesta fase, após o AACR, foi em torno de duas horas.

Eu não sei se é porque é horário de almoço, troca de plantão, mas eu estou achando demorado....[...] Um pouquinho demorado. Foi rápido fazer a ficha, passar na triagem, mas agora esta demorando. (UV 7)

A demora é muita. É muita demora...[...] Tá muito demorado...[...] só que é muito demorado né[...] eu queria melhorasse mais um pouco, seja mais rápido. (UA 13)

Foi rápido fazer a ficha, passar na triagem, mas agora esta demorando. (UV 7)

Nesta fala, o usuário demonstra a sua inquietude e dificuldade de aceitar porque espera por tanto tempo.

Houve uma fala descrevendo outro atendimento recebido no hospital, no qual existia a queixa na demora da resolução dos problemas, após a assistência médica, tais como aguardar exames, transferências e encaminhamentos.

Eu não sei se mudou se está diferente, mas o tempo que eu tenho passado por aqui é assim....[...] depois vai pelo médico e aí se ele pede exame é muito demorado... (UA 18)

Outro tema da terceira categoria diz respeito à Compreensão do processo de AACR. De acordo com os discursos, houve diferentes compreensões dos entrevistados sobre a metodologia do AACR. Alguns atribuíram a importância do atendimento rápido ao paciente mais grave, passando-o na frente daqueles com menor gravidade.

Eu acho importante, porque dependendo do risco da pessoa, ela pode já ser encaminhada pra dentro né, se tiver mais grave ela é passada na frente, eu acho válido. (UA 17)

Eu acredito que ela tem que ser avaliada sim, se ela não tiver bem passar na frente. Como eu aprovo, quem sabe, também um dia, eu não sei, chego mal, quem sabe alguém não tem caridade, geralmente os que estão aqui, eles não aceitam (pacientes). (UA 19)

Porque ai a gente já tem, como diz, um prognóstico né, do que a pessoa necessita ter uma coisa urgente, ou se ela pode aguardar mais um pouco. (UV 11)

Nestes discursos está presente a solidariedade para com o paciente mais grave, uma vez que é demonstrada, pelas falas, a aceitação por parte daqueles que aguardavam consulta médica. Referiram que os pacientes graves precisam ser atendidos prontamente, até mesmo se colocando no lugar deles, indo ao encontro do conceito de AACR como “um procedimento dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de riscos, agravos à saúde e grau de sofrimento” (BRASIL, 2004 p.20).

Os usuários consideraram válido o processo de AACR aprovando a sua metodologia.

Eu acho válido. Uma análise antes do atendimento. Muito válido. (UV 11)

Passar na frente? Eu acho que tem que ser passado na frente com certeza. Eu acho que agente tem que ser atendida e saber se corre ou não algum risco.

Porque vamos supor, eu to classificado como uma pessoa não de risco, então uma pessoa com risco, é bom da um atendimento mais rápido aquela pessoa que esta com um problema maior que o meu, então é importante dar atendimento aquela pessoa com mais risco.
(UV 4)

Os participantes dessa pesquisa compreenderam também o processo de AACR como uma melhor forma de organizar o atendimento, melhorando o serviço e evitando o tumulto diante da quantidade de pacientes que ficam aguardando.

Essa percepção também está de acordo com os objetivos do AACR propostos pelo MS, que preconiza a avaliação do paciente logo na sua chegada, visando descongestionar o pronto socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade. (BRASIL, 2004).

Sim, pra manter a organização do hospital também, não ficar aquele tumulto pra pessoas não estressarem, pois o povo estressa. (UV 5)

No entanto, parte dos entrevistados, quando indagados, não soube responder o que significa o AACR; embora estivesse claro para eles o processo de atender primeiro o paciente mais grave. Talvez esta percepção possa estar

relacionada com sua vivência na sala de espera, onde observam usuários sendo passados na frente por apresentarem sintomas mais urgentes.

Assim, permanecem algumas dúvidas: faltou orientação ao usuário quanto à metodologia por parte da instituição? O profissional não foi claro na sua explicação? O usuário teve dificuldade de entender o processo? As respostas para estas interrogações podem transformar-se em novas pesquisas. Podem também se somar em estudos no campo da Educação em Saúde.

Quando o usuário não relaciona nenhum conceito à prática do AACR, podemos refletir que não houve concordância entre a atitude do profissional avaliador, com a orientação do protocolo de AACR/MS, cujo objetivo também é o de informar o paciente e seus familiares que não corre risco imediato e sobre o tempo provável de espera. De acordo com algumas falas dos usuários participantes da pesquisa, houve apenas a avaliação de risco, sem explicação do processo de atendimento.

Não, eles não me esclareceram nada. -Não, eles não me falaram nada, não me falaram nada. [...] Não...não me explicaram mais nada. [...], mas ninguém fala nada. (UV 1)

Não saberia te responder. [...] Não sei de responder Acho que o hospital tem, mas não tenho muito o que falar não. (UV 9)

Ah, ...[silêncio prolongado...] eu não sei direito. (UA 16)

Isso ai eu não estou sabendo não (CR)...[...]não sei do que se trata..[.] (UV 2)

Alguns participantes da pesquisa só tomaram conhecimento do AACR durante a entrevista e puderam refletir sobre isto, tendo a oportunidade de articularem idéias a partir do momento da coleta de dados.

Agora eu to sabendo porque você falou. Agora que você está falando é que eu estou sabendo né. (UV 2)

Ah do jeito que você está falando eu acho que é conforme o risco da pessoa né. Pelo que eu estou vendo aqui, quem chega mais que tá precisando mais de atendimento é atendido primeiro né. (UV 1)

A compreensão de AACR para os usuários participantes desta pesquisa revelou diferentes visões, com diferentes graus de conhecimento e

aprofundamento. Esse resultado também pode ser considerado como indicador de avaliação para a instituição estudada e possibilidade de reflexão e revisão de etapas no desenvolvimento do processo de AACR.

Neste contexto é importante refletir sobre a subjetividade das relações humanas, tão presente nos profissionais de saúde e pacientes. Embora exista a objetividade do protocolo de AACR, o critério de classificação é influenciado pela subjetividade do profissional que a executa. Na prática verificamos classificações diferentes para os mesmos sintomas. Observamos no hospital em questão que o profissional masculino ao classificar o paciente, levava mais em consideração o risco clínico e o critério de alterações de sinais vitais. Os classificadores femininos se sensibilizavam mais com a dor e o sofrimento apresentado. A classificação também era influenciada pelo médico de plantão, quanto a rapidez no atendimento à dor apresentada pelo paciente; considerações quanto aos sintomas de urgência e emergência. Não é nossa intenção delinear sobre esta questão, apenas apontar a necessidade de refletir sobre o quanto a subjetividade do profissional pode alterar os resultados dos cuidados prestados.

Trabalho recente sobre acurácia de enfermeiros na classificação de risco em uma unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte reforçam esta observação frente à classificação de risco por parte dos profissionais de saúde. Toledo (2009), diz que a acurácia entre enfermeiros classificadores e o protocolo da instituição em estudo não foi satisfatória. Há uma tendência dos enfermeiros classificarem os usuários com graus de riscos menos graves do que o recomendado pelo protocolo, podendo acarretar prejuízos para os usuários, como foram também observados alguns casos de superestimação do risco, o que pode sobrecarregar o pronto socorro com situações com pouca ou nenhuma urgência.

Por ser a Classificação de Risco uma metodologia recentemente implantada, é necessário que os profissionais envolvidos sejam constantemente treinados, através de programas de educação continuada, que visem a padronização de condutas no setor de AACR, garantindo um melhor acolhimento entre a equipe de saúde e usuários.

O terceiro tema desta categoria foi denominado de sentimentos na sala de espera, que expressa uma gama de sentimentos, conforme ilustra a Figura 4.

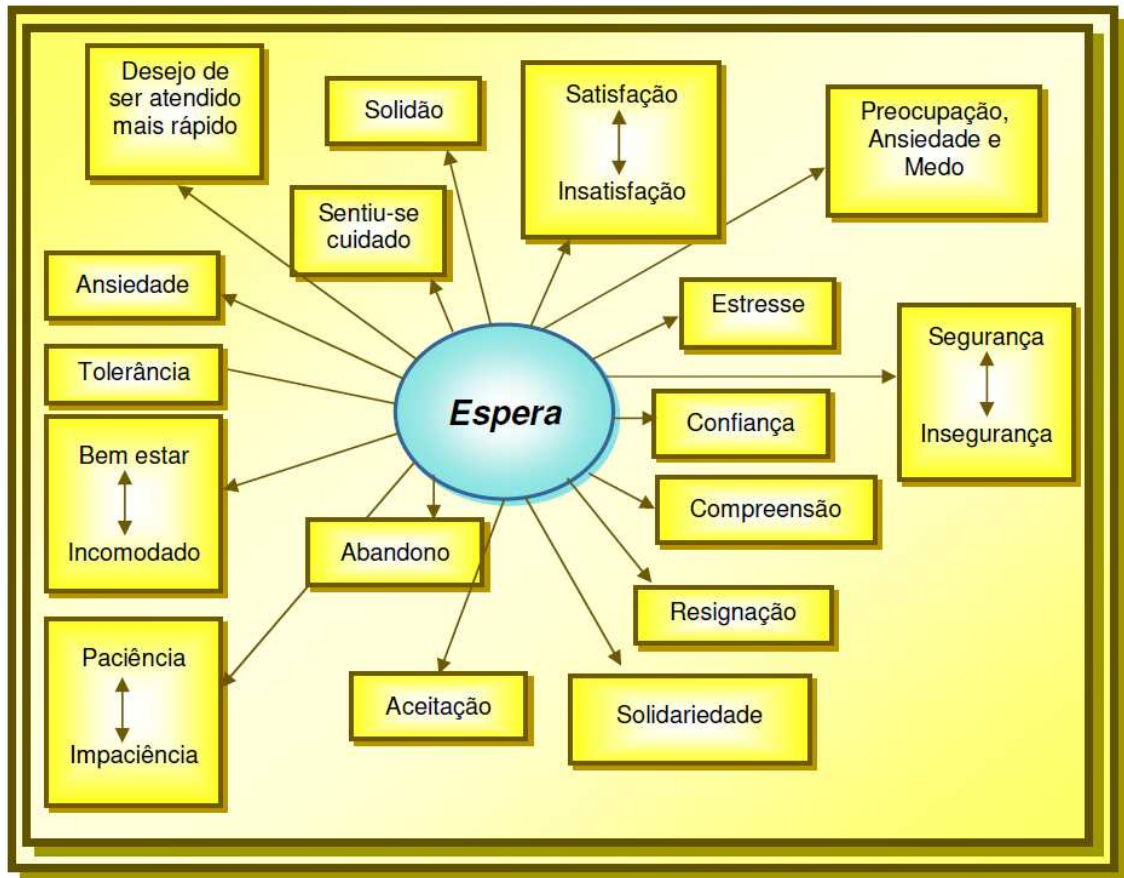


Figura 4 – Figura ilustrativa dos sentimentos vivenciados pelos usuários participantes da pesquisa na sala de espera do serviço de saúde em estudo.

A manifestação de vários sentimentos expressa novamente a singularidade presente nas relações entre profissionais de saúde e os usuários no cotidiano dos serviços de saúde. Referenda ainda, as diferentes formas de viver e perceber o mundo. Desta forma, passamos a exemplificar esta parcela do grande universo de percepções e sentimentos que compõem a existência das pessoas no mundo da saúde.

O sentimento de solidariedade com o processo de atendimento, no que diz respeito ao paciente percebido como mais vulnerável, tornando o atendimento preferencial, foi manifestado pelos usuários do serviço de saúde em estudo, conforme ilustrado pelos discursos:

Porque né, se a pessoa esta tão mal, por exemplo eu, eu agora graças a Deus estou só com dor de cabeça, vamos supor que chega uma pessoa muito mal, se esta dor de cabeça minha está até as 10 horas da manha eu posso

esperar, a outra pessoa que está muito mal ela pode até morrer se ficar aqui sentada para esperar.[...]. Por que aí no caso, de a pessoa vai ali e não esta bem já pode passar na frente. (UA 19)

[..].porque vamos supor, eu to classificado como uma pessoa não de risco, então uma pessoa com risco, é bom da um atendimento mais rápido aquela pessoa que está com um problema maior que o meu, então é importante dar atendimento aquela pessoa com mais risco. (UV 4)

É mais rápido, de repente a pessoa não tá bem, ela precisa ser medicada logo, tomar um medicamento, uma outra coisa, ter um responsável por perto, eu acho importante sim. (UA 18)

Este sentimento de solidariedade com o outro, mescla-se com sentimentos de insegurança e receio em piorar os seus próprios sintomas na sala de espera.

Há é meio preocupante. (UA 9)

Cheguei aqui era meio dia e tô até agora e não fui atendida ainda e não estou me sentindo bem. (UV 5)

Outros usuários demonstraram insatisfação em ter que esperar o atendimento médico, quando a classificação de risco é considerada de menor gravidade, pois têm outras preocupações e tarefas relacionadas à sua vida particular. Em alguns casos, apontou a necessidade de ser logo atendido para retornar à sua casa e descansar; uma vez que, aquele tempo que estava aguardando coincidia com o seu horário de folga do trabalho.

Mas às vezes a gente está aqui, no horário de trabalho, precisa ser atendido mais rápido,[...] outro pessoal é atendido na frente, isso incomoda, porque a gente quer ir pra casa pra descansar. (UV 5)

Podemos observar que ocorre diversidade de sentimentos na sala de espera. Alguns usuários têm a sensação de ter sido esquecido e passado para traz, o que provoca ansiedade para ser atendido pelo médico.

Já passou gente na minha frente e eles não me chamaram ainda....[.] Não deixar a pessoa pra traz. Eu sinto mal, eu acho que é muito tempo...[.] num ficar esperando. Eu acho que eles deviam ver o que a pessoa está sentindo e atender logo.As pessoas ficam pouco esquecidas [..] Os idosos ficam esperando muito, os idosos, as crianças, tem que ser mais..... (UA 14)

Alguns sujeitos mencionaram a compreensão com a demora, devido ao excesso de paciente aguardando atendimento e perceberam o estresse a que os profissionais estão submetidos, como ilustrado nas seguintes falas:

Às vezes demora um pouquinho pra atender porque tem bastante gente, (UA 19)

Às vezes a comunidade, a população, as enfermeiras, nós que estamos sempre aqui né, nós que usamos o hospital muitas vezes, é um pouco cabeça dura né, acha que chega aqui e tem logo que ser atendido tudo de uma vez[...] às vezes a gente vê tanta coisa lá dentro, o pessoal bravo, médico, enfermeiro. (UA 10)

Mas, evidenciou-se que está sempre presente nos discursos dos participantes o desejo de serem logo atendidos pelo médico.

A acompanhante respondeu: a eu acho que é bom atender logo viu, chegar e já ser atendido logo. (UV 15)

Ah, eu quero que atenda logo eu né. [...] Num to passando bem, então . (UA 16)

[..] Queria que melhorasse mais um pouco, seja mais rápido. (UA 13)

Outros usuários demonstraram paciência e resignação com a espera, pois compreenderam que o tempo estava razoável, frente ao excesso de pessoas para serem atendidas.

De tanta gente que tem aqui, pra mim tá razoável, porque não dá pra fazer mais nada. (UA 10)

A aceitação da demora do atendimento pode ser explicada pela falta de resolutividade de outros pontos do sistema, por onde os usuários já passaram e não alcançaram a assistência desejada. Isso faz com que procurem os serviços dos prontos socorros, mesmo com acúmulo de pessoas, pois acreditam que ali terão suas necessidades atendidas, o que os leva à resignação diante do longo período de espera.

Também, em relação à espera, outros trabalhos têm demonstrado que a preocupação com ela inicia-se muito antes de o usuário acessar os serviços

de saúde. Começa deste o momento que surge a necessidade de atendimento, onde imagina a possibilidade de poder ser atendido (MARQUES; LIMA, 2007)

Devido à disponibilidade de arsenal tecnológico e profissional disponível nas 24 horas, os serviços de urgência são considerados mais resolutivos do ponto de vista da população, uma vez que satisfaz sua necessidade imediata de atendimento médico. Assim, observamos que a população tem encontrado nestes espaços facilidade no acesso aos serviços de saúde, o que os leva a estar constantemente acima de sua capacidade. Mas, se por um lado o usuário alcança um nível de satisfação pelo acesso, por outro sofre as conseqüências da superlotação.

Por concentrar tecnologia de ponta, estas unidades se organizam para atender de imediato uma queixa aguda, risco de morte, salvando vidas e aliviando dores. No entanto, este modelo não fornece a continuidade e a integralidade da assistência, uma vez que funciona de forma fragmentada. Não está interligado com a rede de cuidados do SUS; não considera as condições de adoecimento da população. Enfatizo que este fato não é menos importante; pelo contrário, é essencial no atendimento aos pacientes com situação de urgência, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, mas o que chamo a atenção é que não há prosseguimento no caso.

Portanto, a idéia de resolutividade é restrita e traz uma falsa satisfação de necessidade, o que muitas vezes pode estar encobrendo um desejo do usuário em ser atendido rapidamente e usar a tecnologia disponível, a qual não está acessível nos outros espaços de cuidados. Reforça a concepção tecnicista e o modelo biomédico, pois a atendimento está centrado nos procedimentos e na doença, sem uma reflexão se de fato este modelo está contribuindo com a melhoria das condições de vida da população conforme enfatizado por Capra (2006).

Em um seminário sobre humanização, realizado em Curitiba, no ano de 2002, um diretor do hospital de Campinas, que estava apresentando a palestra, comentou que os usuários gostam de ir aos hospitais porque nestes ambientes de cuidados existe a tecnologia disponível, tecnologia esta que ele não tem acesso fora do ambiente hospitalar. Então o usuário ao utilizar esta tecnologia oferecida, sente-se cidadão.

Voltando às análises dos discursos, podemos observar também que surgem sentimentos de satisfação, segurança, confiança e bem estar por já saber o

grau de gravidade do que tem. Sentem-se cuidados, demonstrando uma aceitação do processo de AACR.

Eu acho que agente tem que ser atendida e saber se corre ou não algum risco. (UA 12)

Você tem uma estimativa do que você tem né ...[...] porque ai da pra ter uma visão assim do que a pessoa tem, se é mais urgente ou não. (UV 2)

Ah, parece que é assim, uma questão de maior segurança. (UV 3)

Em alguns discursos podemos perceber que o tempo de espera é mais tolerado quando o atendimento é feito com educação, por meio do acolhimento e esclarecimento de como está a situação do serviço, de sua condição de saúde para aguardar o tempo para o atendimento médico.

Este resultado demonstra a importância da recepção e atenção ao usuário, visto que quando se sente acolhido em suas necessidades, facilita a compreensão do processo da assistência no serviço.

Acho que está bom né, ficar esperando lá fora, desde que atende a gente com educação, a gente compreende que tem que ser assim, tá bom. (UV 3)

Sendo assim, o profissional deve ter a habilidade para abordar o usuário de maneira mais adequada possível, de modo que ele sinta-se valorizado.

Assim, esta fase é caracterizada por uma ambivalência de sentimentos, conforme ilustra a Figura 5:



Figura 5 – Quadro demonstrativo da ambivalência de sentimentos vivenciados pelos usuários participantes do estudo na sala de espera de um serviço de saúde.

O conflito revela-se nas percepções que buscam entender a necessidade do paciente mais grave ser passado na frente, seja para organizar o serviço diante da grande demanda, seja por uma questão de solidariedade com aquele mais vulnerável, e ao mesmo tempo conviver com a demora no seu próprio atendimento médico.

É nesta fase do atendimento que surgiram várias sugestões para melhoria do serviço, do ponto de vista do usuário, uma vez que a espera incomoda, mesmo que acompanhada de compreensão do motivo da delonga.

No tema avaliação do processo de AACR, os usuários avaliaram como positiva a sua prática, qualificando a agilidade no atendimento.

Parece que agora aqui ficou mais rápido, mais ágil. Eu gostei. Eu acho que ficou melhor. (UA 18)

foi muito bom, eles são muito pacientes, a gente é muito bem atendido. (UV 6)

Consideraram o AACR importante para evitar o tumulto e organizar o serviço.

Sim, pra manter a organização do hospital também, não ficar aquele tumulto pra pessoas não estressarem, pois o povo estressa. (UV 5)

Os usuários também consideraram o AACR uma metodologia válida, sendo uma das razões elencadas o fato de que, ao passar pelo AACR, o paciente fica mais tranquilo, porque já sabe o que tem. Referenciaram também que foram bem atendidos e acolhidos.

Eu acho válido. Uma análise antes do atendimento. Muito válido [...] porque ai agente já tem , como diz, um prognóstico né, do que a pessoa necessita ter uma coisa urgente (UV 11)

Acho o melhor objetivo que eles já fizeram agora. (UA 17)

É bom né, porque eles mediram a minha pressão. (UV 4)

Eu acho interessante, (UV 11)

Eu acho importante, porque dependendo do risco da pessoa, ela pode já ser encaminhada pra dentro né, se tiver mais grave ela é passada na frente, eu acho válido. (UA 17)

Eu acredito que ela tem que ser avaliada sim, se ela não tiver bem passar na frente. (UA 19)

O fator desencadeador da avaliação negativa sobre o AACR foi a questão do tempo: grande demora para o atendimento médico. Esta percepção do usuário não é desconhecida pelos profissionais da área da saúde. No entanto, esses resultados demonstram os sentimentos vivenciados diante deste fato rotineiro nos serviços de saúde, revelando as diferentes intensidades de experiências vivenciadas por cada pessoa. Permanece aqui retratada a questão que precisa continuar fazendo parte do debate e da busca de solução no cenário da saúde.

5.2.3 Terceira Categoria: o Acolhimento Significa Ser Cuidado com Competência

A terceira categoria revela que o acolhimento significa ser cuidado com competência. Esta categoria está estruturada com dois temas: competências técnicas e atitudes, conforme ilustra a Quadro 5.

3ª CATEGORIA: O ACOLHIMENTO SIGNIFICA SER CUIDADO COM COMPETÊNCIA

TEMAS	Significados
<p>4.1 COMPETÊNCIAS TÉCNICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ser bem atendido por toda a equipe de profissionais ▶ Acolhimento é realizar todo o processo de atendimento ▶ Acolher é classificar o risco ▶ É fazer o melhor para o paciente ▶ É o cuidado para com o paciente ▶ É o medicar
<p>4.2 ATITUDES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ter atenção especial ▶ Receber bem ▶ Atender bem ▶ Atender rapidamente ▶ Dar o melhor de si ▶ Doar-se ▶ Estar disponível ▶ Ter interesse ▶ Olhar para as pessoas ▶ Ser delicado ▶ Receber e retribuir ▶ Dar carinho ▶ Cuidar com sinceridade ▶ Não ser grosseiro e ter mau humor ▶ Trabalhar com o coração ▶ Ser humilde ▶ Ser bondoso

Quadro 5 – Quadro demonstrativo das temáticas e significados que configuram a quarta categoria: acolher é ser cuidado com competência.

Nesta categoria temática, o significado de acolhimento está relacionado com a maneira que o usuário é tratado pelo profissional de saúde. Diz respeito à sua competência e o seu preparo técnico para atender a necessidade de saúde a ele apresentada.

Competência, segundo Sacconi (2010), é o conhecimento, experiência que uma pessoa demonstra possuir na apreciação de certos casos, na execução de certas tarefas ou na solução de certas questões; qualificação correta ou adequada; capacidade compatível com a necessidade.

Podemos referir que o profissional de saúde competente é aquele que procura resolver a contento os problemas que os pacientes lhe apresenta, com ética, responsabilidade e comprometimento, fatores estes que são reforçados no manual de AACR, quando diz:

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2009, p.21).

Segundo Alevato (2010), competência é a capacidade demonstrada para aplicar conhecimentos e habilidades. Não nascemos dotados de competência para alguma coisa, mas aprendemos, desenvolvemos e aplicamos competências variadas de acordo com as situações, incluindo as condições de trabalho. Quando pensamos em competência com aplicação de conhecimentos e habilidades, significa situar sua aplicação em determinado contexto de possibilidades. Não é um elemento isolado, de exclusividade pessoal sem qualquer referência às condições onde se aplicam. As competências precisam ser focadas no que se busca como objetivo geral e não distribuídas isoladamente. Se cada um tiver sua própria competência e esta não apontar para um resultado comum, não há como ter um desempenho esperado, prejudicando a todos e a cada um, além do fracasso e dos clientes insatisfeitos.

Se o profissional for apenas técnico e não se preocupar com a dimensão subjetiva, ética, na relação com o outro, a sua competência fica comprometida.

Segundo Matumoto (1998), a efetivação do acolhimento relaciona-se com a utilização dos recursos disponíveis utilizados pelos trabalhadores e instituição, para a resolução dos problemas expostos pelos usuários.

Ter bom atendimento. Por exemplo, você está com muita dor, ser bem atendida pelo médico, pela enfermagem. (UA 9)

É fazer todo o processo né, é isso ai. (UA 17)

Neste sentido Matumoto (1998, p.25), em seu estudo sobre Acolhimento, menciona:

Acolhimento também é um processo, não restringindo a um espaço físico do setor de recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade apenas daquele que trabalha na recepção; diz respeito a toda a situação de atendimento, a partir da entrada do usuário no sistema, podendo ser praticado por todos os trabalhadores de saúde, seja no desenvolvimento de práticas individuais ou coletivas.

Para os participantes da pesquisa, acolhimento é também percebido como ser atendido prontamente pela equipe de enfermagem, obtendo a classificação de risco, onde o usuário é atendido de acordo com a gravidade apresentada, para que não corra riscos, diminuindo o seu sofrimento. É saber se seu caso é grave ou não.

A gente ter a classificação. (UA 10)

É procurar colocar na frente o mais grave, eu não sei, é fazer o melhor, eu acredito que acolhimento pra mim é isso. (UA 19)

Acolhimento também é o tratar bem o paciente por meio da execução de procedimentos técnicos, como administrar medicamentos, com cuidado. Assim, nesta temática o medicar, o cuidar do paciente faz parte do acolhimento.

Penso que é o cuidado que você tem, o tratar bem, o medicar. (UV 5)

Na visão de Matumoto (1998), o acolhimento é um processo que ocorre em todas as etapas de trabalho, cuja responsabilidade cabe aos

trabalhadores, pois sua efetivação implica em estabelecer relações humanas e uso de tecnologias disponíveis para solução de problemas.

No tema atitudes, o usuário entende acolhimento como a postura do profissional frente à necessidade daquele que procura o serviço. É a dimensão subjetiva da relação usuário e instituição. É o cuidado que é demonstrado àquele que chega à unidade, na maioria das vezes, fragilizado. É como o paciente se sente frente à reação do profissional ao manifestar sua queixa. Este cuidado engloba a atenção especial, o receber bem, o ser bem atendido.

Dar uma atenção especial, pro paciente, né ...[...]. (UV 1)

Ter uma boa atenção [...]Chegar no hospital e ser atendida bem. (UV 9)

Eu entendo assim como você acolhe uma pessoa, como você recebe. Acolhimento é recebimento. (UV 11)

Então, acolhimento não é o mesmo que ser bem recebido. (UV 3)

O acolhimento é considerado também como a atitude do profissional em fazer o melhor para o paciente. É dar, doar o melhor de si àquele que procura assistência a saúde. É estar disponível para ajudar as demandas trazidas pelos usuários.

Eu acredito assim, que não custa nada ela fazer um pouquinho assim melhor. (UA 19)

É vir aqui e vocês estão sempre prontos para ajudar agente [...] é dar o melhor de vocês né. (UV 6)

Do mesmo modo, acolhimento é quando o profissional demonstra interesse em saber qual a queixa do usuário, o que lhe aflige e então mobiliza suas habilidades para atendê-lo. É quando não demonstra indiferença pela necessidade do outro. É um encontro de sujeitos, no qual o profissional, detentor de certo conhecimento tecnológico, coloca-se à disposição daquele que chega com problemas de saúde e expectativas de que serão resolvidos.

Um tratamento para ser feito adequadamente não depende apenas de uma consulta médica e uso de medicamentos; é necessário respeito, atenção, compreensão e entrega na relação profissional-paciente. É preciso que o profissional seja capaz de acolher o usuário (CAMELO et al., 2000).

As palavras atenção e consideração nos fazem crer que o acolhimento deve estar sempre presente quando se deseja um atendimento mais humanizado, lembrando que no trabalho de saúde temos gente que cuida de gente (MATUMOTO, 1998).

Outros trabalhos também referem que se há interesse e disponibilidade por parte daquele que presta ajuda, significa que está ocorrendo acolhimento. Acolher o cliente é transmitir receptividade de modo que ele se sinta valorizado (CAMELO et al., 2000).

Alguns autores denominam o acolhimento como postura, um comprometimento em receber, escutar, e tratar de forma humanizada os usuários em suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre estes e os trabalhadores, estruturada como relação de ajuda (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Quem está atendendo a gente tem realmente ter interesse de saber o porque da gente estar aqui, qual é o problema da gente. (UV 2)

No significado de acolher, também esteve presente a comunicação corporal, pois o acolhimento foi percebido quando o profissional olhava para o usuário. Ou seja, a maneira como olha pode fazer o paciente se sentir acolhido ou não.

[...] quando olham as pessoas pra atender. (UA 17)

[...] Tem lugar que você chega e eles nem te olham né. (UA 18)

Em trabalho realizado por Pallares e Figueredo (2006), há também depoimento do usuário constatando que o acolhimento é uma forma de as pessoas serem ouvidas, escutadas e olhadas.

Outro significado de acolhimento atribuído pelos usuários foi a maneira como o profissional lida com o paciente. Há um sentimento de troca presente nas relações. Neste contexto, o acolhimento é um reconhecimento de uma necessidade, que se expressa pela sensibilidade do profissional frente à demanda do outro, que por sua vez retribui, reconhece este cuidado.

A delicadeza dos funcionários para com os pacientes e vice-versa. (UV 2)

O acolhimento foi percebido também pelo carinho e sinceridade que o profissional demonstrava no atendimento ao usuário, sem ser piegas. É o tratar o outro com dignidade.

[...] te dar um pouco de carinho [...] Também não estou falando pra passar a mão na cabeça de ninguém. (UA 19)

O acolhimento é uma relação de ajuda, a qual ocorre no encontro de duas pessoas: o trabalhador (ajudador) e o usuário (ajudado). Será neste encontro que o ajudador acolherá o ajudado. Neste sentido, Camelo et al (2000, p.31), citando o modelo de ajuda, busca obter dados sobre o relacionamento que se estabelece entre profissional de saúde e o cliente, estudando as habilidades das pessoas que prestam o atendimento. São elas:

- 1 Atender, que é comunicar de maneiras não verbais disponibilidade e interesse pelo ajudado.
- 2 Responder, que é comunicar a compreensão pelo ajudado.
- 3 Personalizar, que é mostrar ao ajudado sua parcela de responsabilidade no seu problema.
- 4 Orientar, que é avaliar com o ajudado as alternativas de ação possíveis e facilitar a escolha de uma delas.

Também são consideradas as fases do usuário no processo de ajuda: envolver-se, explorar, compreender e agir.

Acolhimento também pode ser compreendido pela sua antonímia que é o tratamento dispensado pelo profissional mal humorado e grosseiro.

Mas você tá ali numa necessidade extrema, assim eu tô sozinha, eu não tenho ninguém, você chega e não tá agüentando e o povo está mal humorado, te trata você com aquela grosseria, isso não é acolhimento. (UA 19)

Acolhimento foi relacionado com o jeito próprio de o profissional lidar com a demanda do paciente. Vai muito além dos procedimentos técnicos dominados pelos profissionais de saúde. Então, acolher significa atender com bondade. Não basta ser apenas um bom técnico, tem que ter “coração”. É ser humilde diante da dor e sofrimento alheio. Isso significa respeitar o sujeito com suas necessidades e

não se colocar como dono da verdade por possuir uma competência técnica e uma rotina a ser cumprida. É preciso ter empatia e sensibilidade para compreender a necessidade do usuário que procura o serviço e atendê-lo de forma integral.

Neste entendimento, a competência do profissional de saúde está ligada à conjugação de diversos saberes mobilizados pelo indivíduo na realização de uma atividade. Não está restrita apenas aos conhecimentos formais, mas também à soma de aprendizagem interiorizada nas experiências vividas que constituem sua própria subjetividade. A competência tem sido definida como um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimento, recursos, habilidades que agreguem além de valores econômicos à organização, o valor social (CUNHA; GUIMARÃES NETO, 2006).

Eu acredito que ele está lá [no outro hospital que foi atendida] não assim por ...eu sei que todo mundo precisa trabalhar pra ganhar dinheiro, mas eu acho também que ele devia assim ter um pouquinho mais de coração, ser mais humilde para atender a gente. (UA 19)

Alguns usuários, quando questionados sobre o significado do acolhimento, não responderam. Disseram que nunca lhes foi perguntado sobre o que é acolhimento, então não souberam discorrer sobre o assunto.

Eu não entendo bem. (UA 16)

Acolhimento...ah eu não sei explicar. (UA 12)

Ah eu não sei direito o que pode ser isso. Nunca me perguntaram, eu não sei. (UA 10)

Ah, eu não sei dizer (acolhimento.) (UV 4)

Quanto à falta de explicação, por parte de alguns sujeitos da pesquisa, quanto ao significado do acolhimento, podemos suscitar algumas interpretações: a palavra acolhimento pode representar para o usuário um conceito novo, no momento em que foi questionado sobre o seu significado. Ele se prendeu apenas à definição da palavra e não a sua vivência em ser atendido no serviço de saúde. Também pode significar que nunca se sentiu acolhido quando atendido no pronto socorro, daí a dificuldade em responder. No entanto, voltando ao momento da pesquisa, lembrando as expressões dos sujeitos, arrisco a primeira interpretação,

de que os usuários se prenderam ao significado da palavra em si e não à sua vivência sobre o acolhimento. Se analisarmos as entrevistas como um todo, referem-se ter tido um bom atendimento, como registrado em algumas de suas falas:

Ah, porque eu sempre venho aqui e sempre fui bem atendido. Não tenho o que reclamar. (UA 16)

Porque aqui é bom, e o bom atendimento é fundamental. [...] Eu fui bem atendida. (UA 12)

Eu procurei por motivo de que eu moro na região aqui, mais trabalho por aqui, to trabalhando aqui, e toda vez em que eu vim aqui, graças a Deus fui muito bem atendido. Não tenho que reclamar não. (UA 10)

Eu senti bem quando passei pela equipe da enfermagem. (UV 4)

O usuário que busca atenção à saúde deve ser sujeito na situação e não simplesmente objeto destinado a receber tratamento médico. Procedimentos rotineiros devem ser constantemente reavaliados. O acolhimento deve ser incorporado nos espaços de cuidados e transcender o caráter de rotina da instituição. O usuário espera que a relação que possa estabelecer entre ele e o trabalhador de saúde seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema (CAMELO et al., 2000).

Neste sentido, o sentir acolhido necessita do profissional de saúde atitudes e comportamentos que vão além de seu conhecimento técnico-científico e execução das normas e rotinas institucionais. Diz respeito à sua capacidade para atender a necessidade do usuário, não restrita apenas ao seu aspecto biológico. Segundo Santos e Araújo (2008), o profissional deve adquirir competência para compreensão e cuidado do homem na dimensão biopsicossocial, pois a responsabilidade se encerra com a resolução do problema de saúde, em nível individual e coletivo. O profissional de saúde competente é aquele possuidor de conhecimento científico, técnico e ético para aplicá-lo com humanidade e respeito.

Concluindo esta temática, o acolhimento está representado também pela competência do profissional em solucionar o problema de saúde apresentado pelo usuário. Do mesmo modo, em o usuário se sentir compreendido em suas necessidades, que vai desde o acolhimento na hora em que mais precisa, à orientação do seu estado de saúde e o tempo de espera para o atendimento médico. É o momento em que o paciente chega angustiado na instituição com o seu

problema e encontra orientação adequada por meio da empatia do profissional. É a utilização da tecnologia leve, proposta por Emerson Merhy, aquela que diz respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e referem-se a um jeito ou atitude própria do profissional, que é criado por uma intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, a sua subjetividade. São tecnologias porque dizem respeito a um saber, competências para os trabalhadores lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos presentes na relação de usuário e trabalhador de saúde (BRASIL, 2004).

O significado de acolhimento para os usuários revelou-se como o ter acesso ao serviço de saúde para o atendimento médico sendo atendido em suas necessidades, passando pelo processo de AACR e sendo cuidado por profissionais com competência técnica. Isto inclui ter suas necessidades reconhecidas e sentir-se cuidado como pessoa e não apenas como um corpo doente.

Em seguida, apresentamos as sugestões dos usuários participantes da pesquisa.

5.3 SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

No final da entrevista, os usuários foram questionados sobre as sugestões que poderiam dar ao serviço para melhorar o atendimento, do ponto de vista de suas necessidades. Alguns usuários não apresentaram sugestões para acrescentar ao serviço, estando satisfeito com o atendimento.

Eu acho.-Agora no momento eu não tenho muito o que falar né, porque, eu não esperei muito, fui bem atendida ali, por vocês também, então acho que , num sei heim. (UV 3)

Não, pra mim sempre foi bom ,pra mim sempre foi bom.(UV 9)

No momento não, tudo normal, estou vendo as reformas, parece que vai ficar tudo melhor ainda. Não, não tenho nada pra falar não. Ta tudo certo. (UA 19)

Não, pra mim está ótimo! (UA 17)

Alguns, entretanto, solicitaram maior agilidade no atendimento médico. Sugeriram ter mais médicos para atender com rapidez e melhorar a estrutura de apoio e diagnóstico, agilizando o atendimento como um todo.

Ser um pouquinho mais rápido. (UA 12)

A meu ver é a espera né, deveria diminuir um pouco, que demora muito (ser mais rápido. (UV 2)

Ter mais médicos para o atendimento, ser mais rápido. (UA 10) Só a questão do tempo. (UV 7)

É eu tenho, eu quero que melhore mais o atendimento, seja mais rápido. (UA 13)

Outros sugeriram que o hospital fornecesse informações detalhadas sobre o tempo de espera para o atendimento médico.

Depois que você faz a ficha deveriam informar, por exemplo, tem tantos na sua frente ... vai demorar mais ou menos. Às vezes você está esperando um parente, sai lá fora, e aí eles te chamam e não te acham. (UV 11)

Foi sugerido também que o hospital disponibilizasse copos descartáveis para o consumo de água aos usuários.

Uma coisinha assim, do dia que eu vim aqui, como beber água, não consigo beber água assim na boca. Então aí eu não tinha copo ,então a única coisa que eu fique assim, é carregar um copo dentro da bolsa porque em todo lugar que você vai não tem copo. A única coisa que eu tenho que falar é isso, que eu fui lá e não tinha copo. Só isso, tinha acabado, só isso. (UA 19)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornando à questão colocada na introdução deste estudo, que é saber qual a percepção do usuário adulto atendido em um pronto socorro sobre a prática de AACR, passamos a fazer algumas considerações.

De acordo com as categorias temáticas apresentadas podemos concluir que:

O presente estudo revelou que os usuários sentem-se acolhidos quando conseguem ter acesso ao serviço de saúde do hospital, principalmente para conseguir uma consulta médica, devido à dificuldade de obter atendimento nas UBS. Em razão da garantia de ter o seu problema de saúde resolvido pelo profissional médico, valorizam a instituição.

O sistema de saúde ainda funciona com uma lógica médica centrada, reproduzindo o modelo biomédico proposto por Flexner, onde o maior contingente de profissionais é composto por médicos, que comandam os procedimentos técnicos no atendimento ao paciente, e equipe de enfermagem, o que faz com que o ser humano seja tratado de forma fragmentada, valorizando a dimensão biológica em detrimento das demais dimensões humanas, como: afetiva, social, mental e espiritual.

A procura pelo serviço do hospital é influenciada pela resolutividade e acolhimento oferecido, local geográfico e o vínculo com a instituição. Neste sentido, ficou evidenciado que a ligação existente é positiva, fazendo com que, sempre que necessário, retornem à unidade. Podemos inferir que a procura também se dá pela falta de opção para obter uma consulta médica em outros locais, como constatado por outros estudos referenciados na parte teórica deste trabalho. Mas este fato não invalida a relação positiva do paciente com o hospital em estudo.

O significado de acolhimento para os usuários vai desde o acesso ao serviço para obter uma consulta médica e ter suas necessidades de saúde atendidas, até o fato de ser tratado com competência pelos profissionais da instituição, a qual vai além da resolução do problema físico, da objetividade científica e de execução de procedimentos. Eles referem a satisfação de uma necessidade psicológica como o não ficar aguardando para ser atendido, receber uma orientação do seu estado de saúde, ser informado sobre o tempo de espera para a assistência

médica; ou seja, a consideração de alguém para com a sua demanda. É a escuta qualificada da necessidade do paciente. É a humanização do atendimento através do diálogo e da solidariedade com o sofrimento daquele que procura os serviços de saúde.

A implantação do AACR foi vista como positiva pelos usuários, uma vez que agilizou o primeiro atendimento logo na chegada, atendendo a necessidade de obter rapidamente uma orientação de seu estado de saúde e receber orientação quanto ao tempo de espera para o atendimento médico, por um profissional qualificado para este fim. Este processo foi considerado acolhimento pelos usuários, oferecido pela instituição. Embora alguns não souberam responder quando questionados sobre a prática de AACR, durante a entrevista, compreenderam e aceitaram esta prática de trabalho do pronto socorro: passar os casos mais urgentes na frente, se mostrando solidários com os pacientes graves. A solidariedade é condição essencial para humanizar as relações humanas, seja em qualquer setor.

O processo de AACR, que é atender o paciente não por ordem de chegada, mas por critério de gravidade, conforme proposta do PNH, foi compreendido e aceito pelos usuários, mas ficou evidente o sofrimento, pela demora no atendimento médico. Observamos uma inquietação do usuário em relação à priorização de atendimento para o paciente mais grave e a angústia de ficar aguardando a assistência médica; seja porque a demanda é grande e não se consegue atendimento em outro local, ou por uma questão de solidariedade com o outro, demonstrando esta ambiguidade de sentimentos nas falas.

Diante da grande demanda de pacientes aguardando assistência no local de estudo, a AACR foi compreendida pelos sujeitos da pesquisa como uma forma de melhor organizar o serviço, para melhor atender a clientela.

Podemos concluir com esta pesquisa, que a implantação da metodologia de AACR foi positiva no hospital, uma vez que houve a aprovação dos usuários, por se sentirem acolhidos em suas necessidades, pelo boa relação estabelecida entre eles e os profissionais e por terem a garantia do atendimento médico. Compreenderam o processo de classificação de risco: atender prioritariamente o paciente mais grave.

No entanto, existe ainda um desafio que é humanizar o atendimento por meio de medidas que reduzam esta lacuna do tempo e da insegurança do usuário em ter a resolução de seus problemas de saúde. Estas medidas não são

eficazes, pois são tomadas de forma isoladas. Precisam ser construídas em rede, com processos de trabalho centrado nas necessidades dos usuários, passando do modelo medicocêntrico para atenção multidisciplinar, a fim de dar conta de atender o ser humano de forma integral, em todas as suas dimensões, humanizando de fato o SUS.

O acolhimento envolve atender as demandas de saúde daquele que procura o serviço através de uma equipe multidisciplinar.

O que observamos nos serviços de saúde é sua organização focada na dimensão anátomo-patológica do indivíduo, onde as ações são centradas no profissional médico e a prática de AACR ainda está situada na classificação de risco, cujo objetivo principal é tratar do biológico para atender a questão do risco de morte e risco de piora dos sintomas. Embora os pacientes tenham sido recepcionados adequadamente pela equipe de trabalho do hospital em estudo, o foco permanece na doença, e o processo de trabalho com pouca articulação entre os diferentes profissionais da saúde.

A prática do AACR está configurada naquilo que o serviço pode oferecer, da melhor forma possível, para que nem os profissionais de saúde e nem os usuários corram riscos. Mais no sentido de uma organização de serviço para dar conta do atendimento técnico assistencial.

Sugerimos que para implantar o AACR, outros profissionais sejam incluídos nas rotinas dos serviços de saúde. Profissionais cuidadores de outras dimensões humanas, como as sociais, psíquicas e afetivas.

É necessário que as unidades de saúde sejam mais integradas, pois os serviços funcionam ainda isoladamente, não existe na rede a continuidade da assistência. Alguns casos necessitam de encaminhamentos para especialidades, mas muitas vezes não são percebidos como importantes.

O presente trabalho pretende contribuir com estratégias de ação, para melhor organizar as rotinas do hospital voltadas às necessidades dos usuários, beneficiários da atenção à saúde, construindo o SUS humanizado.

Sugerimos que mais estudos sejam realizados para dar continuidade ao aprofundamento desta temática.

REFERÊNCIAS

ALEVATO, Hilda. **Competências:** velho conceito, novo sentido. Active Multidata. Disponível em: <http://www.multidata.com.br/qualidade/Artigo%20sobre%20Compet%C3%Aancia%20_1_.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2010.

AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. Triagem dos serviços de saúde: percepções dos usuários. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-9, 2007.

BICUDO, Maria Aparecida. A pesquisa qualitativa fenomenológica á procura de procedimentos rigorosos. In: _____. **Fenomenologia:** confrontos e avanços. São Paulo: Cortez, 2000. p. 71-167.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 34-42, 1998.

_____. Constituição Federal de 1988, de 5 de outubro de 1988. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 16 jun.2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizassus>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizassus>>. Acesso em: 26 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção de cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação popular 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, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.humaniza.org.br>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização: humaniza SUS**. Brasília: Ministério da saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/humanizasisus>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMELO, Sílvia H. Henriques et al. Acolhimento à clientela: um estudo em unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, 2000.

CAPRA, Fritjot. **O ponto de mutação**. 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado com eixo da gestão hospitalar**. 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

CHAN, Margareth. **La atención primaria de salud, mas necesaria do que nunca**. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

CUNHA, Izabel Cristina Kowal Olm; GUIMARÃES NETO, Francisco Rosemeire. Competências gerenciais de enfermeiro: um novo velho desafio. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 13, p. 479-482, 2006.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320040001000>. Acesso em: 2 jul. 2010.

FEKETE, Maria Cristina. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS, 1995.

Disponível em:

<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2010.

FERNANDES, Silvio. Desafio de constituição de redes de atenção á saúde. In: PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. 17ª Regional de Saúde. **Projeto de qualificação da gestão para o SUS**: construindo o pacto pela saúde. Londrina: SES, 2006. p. 1-38. Apostila.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345–353, abr./jun. 1999.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 20. ed. São Paulo: Paz e terra, 2004. p. 99-111.

FURTADO, Betise Mery. Alencar S. M.; ARAÚJO JUNIOR, José Luiz; CAVALCANTI, Paulleti. O perfil da emergência do hospital de restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa efenomenologia. In: MESA REDONDA PARADIGMAS DE INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE, 1997. Botucatu: UNESP, 1997.

GOES, Margarida. **Sexualidade humana**. Londrina: CLAM, 1988.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam a sua trajetória. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC. **O SUS pode ser o melhor plano de saúde**. São Paulo: IDEC, 2003.

LUDKE, Menga; ANDRE, Marli E. D. **A pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUDWIG, Maria Lucia Machado; BONILHA, Ana Lucia de Lorenzi. O Contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12-17, 2003.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan./fev. 2007.

_____. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008.

MARTIN, Leonardo M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, Leo.; BERTACHINI, Luciana. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2009. p. 32-50.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Morais, 2005.

MARTINS, Joel; BOEMER, Magali Roseira; FERRAZ, Clarice Aparecida. A fenomenologia como alternativa metodológica par pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 139-147, abr. 1990.

MATUMOTO, Silvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MIRANDA, Juranda Maia. O cuidado de enfermagem na era da tecnologia. In: GIRALDI, Nilson (Org.). **Bioética estudos e reflexões**. 4. ed. Londrina: Cefil, 2003. p. 253-262.

_____. Tecnociencia, autonomia e dignidade humana na área da saúde. In: SIQUEIRA, Eduardo (Org.). **Bioética, estudos e reflexões**. Londrina: EDUEL, 2000. p. 101-106.

MONFROI, Eliana Maria. **Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco; SETA, Marismar Horsth. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência no programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-189, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUDE -OMS. **Lá atención primaria de salud, más necesaria que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

PALLARES, Emília Christina; FIQUEREDO, Maria Renita Burg. O acolhimento na unidade de saúde. **Logos**, Canoas, v. 17, n. 1, p. 113-120, 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.4, p.492-499, 2008.

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. 17ª Regional de Saúde. **Projeto de qualificação da gestão para o SUS: construindo o pacto pela saúde**. Londrina: SES, 2006. Apostila.

PROCHNOW, Adelina Giacomelli, et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 11-18, mar. 2009.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

SACCONI, Luiz Antonio. **Grande dicionário Sacconi da língua portuguesa: comentado, crítico e enciclopédico**. São Paulo: Nova Geração, 2010.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 201-213, maio/ago. 2009.

SANTOS, Sonia Aparecida; ARAÚJO, Elizabeth Adorno. A competência e os aspectos éticos políticos no curso de enfermagem a partir do olhar de docentes e enfermeiros. **Revista ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.7, n.1. p.93-100, 2008.

SIQUEIRA, José Eduardo. A arte perdida de cuidar. **Revista de Bioética e Ética Médica**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 86-106, 2002.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Boa Vista, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuário e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007

TOLEDO, Alexandre Duarte. **Acurácia de enfermeiros na Classificação de Risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2009. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TÍTULO DA PESQUISA:**

“**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: o significado para o usuário**”

Eu, _____, estou sendo convidado (a) e concordo em participar da pesquisa sobre “**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: o significado para o usuário**”, realizada em Londrina no pronto socorro do Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade, conhecido como Hospital Zona Sul, com o objetivo de conhecer a percepção dos usuários sobre a prática de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no pronto socorro do hospital. Fui esclarecido (a) que espera-se que os resultados dessa pesquisa venham contribuir para melhorar ainda mais o atendimento prestado aos usuários do pronto socorro do Hospital Zona Sul.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de questões profissionais, da forma de atendimento e algumas características pessoais relacionadas direta ou indiretamente a dinâmica do atendimento oferecido.

Estou ciente que as informações por mim fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados serão de forma geral e os nomes dos entrevistados não serão citados. Sei também que não receberei e nem precisarei efetuar qualquer pagamento.

Em caso de dúvida posso esclarecer com os autores da pesquisa através da pesquisadora Juranda Maia de Miranda cujo endereço se localiza na rua das Orquídeas 75 Londrina/ PR, telefones 3341 8206 ou ainda através de consulta no CEP/UEL no fone 3371 24 90

Entendo que tenho a liberdade em aceitar ou não responder as questões que serão feitas e me recusar em participar no momento em que quiser, sem prejuízo para mim e minha família.

ENTREVISTADO:

Assinatura: _____

PESQUISADOR:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- ▶ Por que você procurou este serviço?

- ▶ Como você se sentiu recepcionado pela equipe de saúde quando chegou no pronto socorro e recebeu a classificação de risco?

- ▶ Como você se sente enquanto espera para ser atendido depois da classificação de risco?



- ▶ O que você acha da classificação de risco para o atendimento no pronto socorro?

- ▶ O que é acolhimento para você?

- ▶ Quais as sugestões que você tem para melhorar o acolhimento dos usuários no pronto socorro deste serviço?


APÊNDICE C – Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Norte do Paraná

**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NORTE DO PARANÁ**

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</p>	
<p align="center">COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268</p>	
<p>Parecer PF Nº 136/09 CAAE Nº Nº 2036.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 265223</p>	<p>Londrina, 04 de novembro de 2009</p>
<p>PESQUISADORA: JURANDA MAIA DE MIRANDA CCS/DEPTO-ENFERMAGEM <i>NESCO</i></p>	
<p>Prezada Senhora:</p> <p align="center">○ "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">"ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: SIGNIFICADO PARA O USUÁRIO"</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UJEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center">  Prof. Dra. Ester M. D. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UJEL </p>	
<p align="center"> <small> Campus Universitário: Rua Santa Catarina 330 (PR. 40), 540-080 - Fone (043) 371-4880 FAX: - Fax 328-4444 - Caixa Postal 6.861 - CEP 84091-974 - Internet: http://www.uel.br Hospital Universitário/ Centro de Ciências da Saúde: Av. Robert Koch, 49 - Vila Operária - Fone (043) 351-2888 FAX: - Fax 327-4811 e 327-7-885 - Caixa Postal 791 - CEP 84035-400 LONDRINA - PARANÁ - BRASIL </small> </p> <p align="center">Form. CEE/MS 11.764 - Formulário Nº 010/2007 (rev.)</p>	

ANEXOS

ANEXO A – Resultado da Pesquisa do Ministério da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS

Hospital: FUND. DE S. C. M. DA ROCHA HOSP. ZONA SUL DE LONDRINA

CGC: 76683986005334 **Município:** LONDRINA / PR

O Ministério da Saúde realizou no ano 2000 uma Pesquisa de Satisfação dos Usuários dos hospitais vinculados ao SUS. A pesquisa teve como objetivo mensurar o grau de satisfação de pacientes internados nestes hospitais.

A metodologia utilizada na pesquisa foi o envio aos pacientes, em suas próprias casas, de uma carta do Ministério da Saúde acompanhada de um formulário para que eles avaliassem os seguintes aspectos relativos ao hospital em que foram internados: instalações físicas, equipe médica, equipe de enfermagem, a maneira como foram tratados e se pagaram algum valor pelo atendimento/tratamento que receberam.

Recebidas e tabuladas as respostas, a pesquisa permitiu que fossem obtidos dados indicativos do nível de satisfação dos usuários em cada hospital (por porte, por natureza), em cada estado, em cada região do estado e em cada município brasileiro.

Também foi possível, sempre na visão dos usuários dos serviços de internação hospitalar, identificar os hospitais com os maiores graus de satisfação destes usuários. Os hospitais melhor avaliados foram agraciados com o "Prêmio Qualidade Hospitalar".

Por se tratar de pesquisa de opinião, nosso objetivo foi verificar o índice de satisfação dos usuários em relação ao atendimento/tratamento recebido numa determinada internação, ou seja, a opinião do usuário, independente de questões técnicas de qualificação dos hospitais e/ou profissionais de saúde. Não foi, portanto, uma avaliação técnica do Ministério da Saúde, que tenha levado em conta a importância da unidade, sua capacidade de atendimento ou inserção no SUS. O Ministério, desta forma, não interferiu na avaliação feita, limitando-se a divulgar a opinião colhida dos usuários.

O Ministério tem claro que a pesquisa reflete a situação do atendimento no primeiro trimestre de 2000 e que a situação atual poderá, pelo dinamismo do processo assistencial, ser totalmente diferente. Esta alteração poderá ser verificada por meio da pesquisa a ser feita no ano de 2001.

Isso posto, envio-lhe o resultado da pesquisa que envolveu a opinião dos usuários de seu hospital, conforme a metodologia já exposta. O Ministério da Saúde espera estar contribuindo com a direção do Hospital para que essa possa com a análise dos resultados obtidos adotar eventuais medidas corretivas necessárias e de aperfeiçoamento de suas estratégias de gerenciamento assistencial.


Principais resultados da pesquisa referentes a seu hospital.

Cartas enviadas	214
Cartas respondidas	34
% cartas respondidas	15,9%
<hr/>	
Escore para a equipe médica	9,06
Escore para maneira como foi tratado	9,24
Escore para equipe de enfermagem	8,91
Escore para instalações físicas	8,2
<hr/>	
% cobrança indevida (*)	0,00%
<hr/>	
% de escores excelentes	55,62 %
% de escores - bom	33,82 %
% de escores - regular	3,68 %
% de escores - ruim	0,74 %
% de escores - péssimo	0 %
% de itens não respondidos	5,15 %

Escore final >>>> 9,09

Classificação	Hospitais avaliados
Nacional 44º	Nacional 1.421
Regional 7º	Regional 282
Estadual 2º	Estadual 122

(*) Pacientes que informaram ter pago pelo atendimento



João Gabbardo dos Reis
 Diretor do Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas

ANEXO B – Folder de Divulgação do “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”

 <p>GOVERNO DO PARANÁ</p> <p>CLASSIFICAÇÃO</p> <p>DE RISCO</p> 	<p>HOSPITAL EULALINO IGNÁCIO DE ANDRADE (ZONA SUL DE LONDRINA)</p> <p>RUA: DAS ORQUIDEAS, 75 PARQ. OURO BRANCO LONDRINA-PR CEP 86042180</p> <p>E-MAIL: zonasul@pr.gov.br</p> <p>www.saude.pr.gov.br/HZS/index.htm</p> <p>17ª Regional de Saúde</p> 	 <p>ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</p>  
--	---	--

**O Hospital Eulalino
Ignácio de Andrade
(Zona Sul de Londrina)
está mudando a forma de
atendimento.**

Os pacientes serão chamados
para consulta médica de acordo
com a gravidade dos sintomas.

Todos serão atendidos.

Ao chegar no hospital, apresente
seus documentos, faça sua ficha
no registro e aguarde.

Brevemente você será chamado
pela equipe de enfermagem, que
fará a classificação de risco de
acordo com as queixas e
sintomas apresentados.

**Os pacientes
encaminhados pelo
SIATE SAMU
terão prioridade.**

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SERÁ DA SEGUINTE FORMA:



**Nosso objetivo é
oferecer a você o
melhor
acolhimento,
garantindo
maior
segurança e
qualidade no
atendimento.**