

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MARIA CLÉIA DE OLIVEIRA VIANA

O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NA VISÃO DE USUÁRIOS

NATAL-RN
2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

MARIA CLÉIA DE OLIVEIRA VIANA

**O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NA VISÃO DE USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós Graduação em Enfermagem,
Curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Norte, como requisito à obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Raimunda Medeiros Germano

NATAL – RN

2008

BANCA EXAMINADORA

O Acolhimento no ambulatório de um hospital universitário na visão de usuários

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Dissertação aprovada em: ____, ____, ____.

Profª Drª Raimunda Medeiros Germano – Orientadora
Departamento de Enfermagem/UFRN

Profª Drª Wilma Dias de Fontes
Departamento de Enfermagem/ UFPB

Profª Drª Bertha Cruz Enders
Departamento de Enfermagem/UFRN

Profª Drª Rejane Millions Viana Meneses
Departamento de Enfermagem/UFRN

Dedicatória

Ao meu pai Severino Gomes de Oliveira (in memorian), um homem além do seu tempo, exemplo de coragem e sabedoria,

A minha mãe, Maria José Simões, rica em pequenos tesouros, meu porto seguro, estímulo maior pelo meu gosto pela leitura, sinto não achar mais palavras pra expressar minha gratidão,

Ao meu marido Guaracy Viana, companheiro, amigo, apoio incondicional nos momentos em que mais precisei,

As minhas filhas Déborah, Dalyanna e Dahíres presentes valiosos que Deus me deu,

A Ana Beatriz (Bia) minha neta muito amada, pelos momentos que lhe foram roubados na elaboração deste estudo.

Agradecimento Especial

À Profª Dra. Raimunda Medeiros Germano por me aceitar como orientanda, pelo apoio e dedicação, por renunciar aos seus finais de semana para ficar comigo disponibilizando seu tempo e seu saber, na orientação deste trabalho, pelas sugestões valiosas, seu conhecimento, segurança, jeito especial de tratar as pessoas sempre me chamaram a atenção, sua orientação foi fundamental para entender e delinear todos os passos nessa caminhada. Suas palavras foram como a boa terra da parábola, onde a semente brotou e produziu fartamente. Sou privilegiada por ter construído contigo este trabalho. Obrigada por me acolher.

Agradecimentos

A Deus pela força que me deu até agora, por estar ao meu lado, segurando a minha mão nos momentos de fraqueza, que eu possa evoluir a cada dia, que eu possa acolher as pessoas sempre que possível em minha vida.

Aos Professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN por oportunizarem o conhecimento importante no meu caminhar acadêmico.

Ao Prof. Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, não é possível colocar em palavras tudo que tenho a agradecer, por despertar em mim o gosto pela pesquisa, por promover o primeiro curso de pesquisa para enfermeiros do HUOL, do qual fui aluna, sua competência, sua inteligência, sua vontade de ajudar, tudo enfim foi essencial para o meu caminhar em pesquisa, Apóstolo de Deus em minha vida. Meu muito obrigada.

A "Bem", companheiro de luta e ideais, pelo amor, carinho, compreensão, apoio, incentivo, enfim, por estar comigo nos momentos em que mais precisei.

As Professoras Doutoras: Bertha Cruz Enders, Gláucia Maciel Farias e Soraya Medeiros pelas valiosas sugestões no projeto de qualificação.

Ao Hospital Universitário Onofre Lopes na pessoa do Dr. José Ricardo Lagreca por ter permitido a realização dessa pesquisa em suas dependências.

A Diretora de Enfermagem Neuma Oliveira Medeiros, por compreender a essência desse estudo para mim.

Aos usuários participantes da pesquisa, sem vocês esse trabalho não seria possível.

Aos colegas da turma de mestrado 2006, pela convivência e troca de experiências.

A Altamira Medeiros, pela revisão de português, conhecimento e gosto pelo que faz.

Aos meus irmãos Mário, João Maria, Petrus, Saulo de Tasso, Mardocheu, por estarem sempre querendo nos proteger.

As minhas irmãs Maria Zélia, Maria Célia, Maria Selma, Sarah Maria pela cumplicidade e alegria de acreditarmos na educação, no ser Professor, em especial a Sandra Maria, “Dinha” irmã, colega de turma, pela compreensão, apoio e, sobretudo ombro amigo nas horas em que mais precisei, sempre pude contar com você. Minha gratidão.

As minhas queridas amigas de longos e prazerosos anos, Kátia Linhares e Fátima Castro, que mesmo com o passar dos tempos não permitiram que se apagassem as boas lembranças de nossa amizade, vocês fazem parte da minha história.

A Rodrigo e Raíssa, sobrinhos de coração, pela contribuição na elaboração deste trabalho.

A minha estimada sogra, Deborah Viana (in memorian), que sempre me ajudou em tudo que foi possível, sei que de onde estiver, está feliz comigo por mais essa conquista.

A Enfermeira Francisca Lúcia, nossa “Ana Nery” (in memorian), pelo exemplo profissional.

A Assistente Social, Elza Alves, pela colaboração de acesso aos prontuários.

A todos os amigos que não foram citados, mas nem por isso deixaram de ter grande importância para mim, que de um modo ou de outro, contribuíram na realização deste trabalho, minha gratidão.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

HUs – Hospitais Universitários

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

PROAHSA – Programa de Assistência Hospitalar e Serviços Avançados

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Distribuição da faixa etária dos pesquisados, segundo sexo	43
Gráfico 2	Distribuição dos pesquisados, segundo religião	43
Gráfico 3	Distribuição do número de filhos dos pesquisados e o estado civil	44
Gráfico 4	Distribuição dos pesquisados, segundo escolaridade	45
Gráfico 5	Distribuição de como os pesquisados chegam ao ambulatório	50
Gráfico 6	Distribuição do atendimento ambulatorial, segundo forma de encaminhamento e a respectiva clínica	51
Gráfico 7	Classificação do usuário a respeito do seu atendimento	53
Gráfico 8	Tempo de espera para consulta	56
Gráfico 9	Quantas vezes compareceu ao hospital antes de ser atendido	58
Quadro 1	Distribuição da profissão dos usuários pesquisados	46
Quadro 2	Distribuição da procedência dos usuários do HUOL	46
Quadro 3	Distribuição do atendimento dos usuários segundo patologia clínica e cirúrgica	48
Quadro 4	Distribuição das observações e queixas dos pesquisados	60
Quadro 5	Dificuldades encontradas pelos pesquisados para ser atendidos no ambulatório do HUOL	62

RESUMO

VIANA, Maria Cléia de Oliveira. **O acolhimento no ambulatório de um hospital universitário, na visão de usuários**. Natal, 2008. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

O presente estudo de abordagem quantitativa / qualitativa tem como objetivo analisar a assistência ambulatorial no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), tendo, como fio condutor, o acolhimento do usuário. Com este propósito foram convidados e entrevistados 20 usuários. Além das entrevistas, realizadas em um espaço de 45 dias, neste mesmo lapso de tempo foi utilizado um diário de campo para anotações das observações mais significativas. Na análise, traçamos o perfil sociodemográfico do grupo e identificamos suas principais queixas, dificuldades e sugestões. Para isto, construímos gráficos, quadros e figuras, além de destacarmos seus depoimentos, como recurso para melhor compreensão dos aspectos subjetivos. O referencial teórico constou de documentos do Ministério da Saúde acerca do acolhimento e da humanização, bem como dos estudos de Merhy, Franco, Pinheiro, Matumoto Mariotti, Teixeira, entre outros. Os resultados apontam o ambulatório do HUOL como um espaço privilegiado e de credibilidade, onde os usuários encontram, comumente, respostas para seus problemas. No entanto, estes mesmos usuários foram unânimes em afirmar as dificuldades que enfrentam para a obtenção de consultas, desde a unidade básica, até chegar ao hospital. Referindo-se ao atendimento, embora sintam-se satisfeitos quanto à assistência recebida, elencam uma série de problemas, de ordem estrutural e de relacionamento: falta de sinalização visual, de informação, de cadeira de rodas, de higiene, de salas de espera que ofereçam algum conforto, além da desatenção de alguns profissionais. Em síntese, o estudo, ora empreendido, não nos permite afirmar que exista, na realidade estudada, o acolhimento, em seu sentido pleno; no entanto, o HUOL, como hospital-escola, dispõe de todo um potencial para realizá-lo.

Palavras-chave: Humanização, Acolhimento, Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

VIANA, Maria Cléia de Oliveira. **The reception at the clinic of a university hospital, in the view of users.** Natal, 2008. 79f. Dissertation (Master in Nursing). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

This present study of quantitative/qualitative approach, aims to analyze the outpatient care at the Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), and, having as guide, the reception of the user. In this regard were invited and interviewed 20 users. Besides the interviews, conducted in a period of 45 days, in this same period of time was used a field diary for more significant notes of observations more significant. In the analysis, we drafted the socio-demographic profile of the group and identified their main complaints, problems and suggestions. For this, we have built graphics, tables and pictures, in addition to standing out their testimony, as a resource for better understanding of the subjective aspects. The theoretical reference consisted of documents from the Ministry of Health about the reception and humanization, and the studies of Merhy, Franco, Pinheiro, Matumoto, Mariotti, Teixeira, among others. The results show the ambulatory of HUOL as a privileged space and of credibility, where users commonly, find answers to their problems. However, these same users were unanimous in saying the difficulties they face in obtaining consultations, from the basic unit, until the hospital. Regarding the service, although they feel satisfied as for the assistance received, they list a series of problems, of structural relationship order: lack of visual signalling, information, wheelchairs, hygiene, in the waiting rooms that offer some comfort, besides the inattention of some professionals. In summary, in the study, undertaken now, we cannot say that there is in the reality studied, the reception, in its full meaning, but the HUOL as hospital-school, has all the potential to accomplish it.

Keywords: Humanization, Reception, Ambulatory care.

RESUMEN

VIANA, Maria Cléia de Oliveira. **La recepción en la clínica de un hospital universitario, en opinión de los usuarios**. 2008.79f. Disertación (Maestría en Enfermería). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2008.

Este estudio, el enfoque cuantitativo y cualitativo tiene como objetivo analizar la atención ambulatoria en el Hospital Universitario Onofre Lopes (HUOL), y, como guía, la acogida de los usuarios. En este sentido se ha invitado y entrevistado a 20 usuarios. Además de las entrevistas, realizadas en un espacio de 45 días, en este mismo período de tiempo se utilizó para un diario de notas de campo de las observaciones más importantes. En el análisis, el perfil sociodemográfico traçamos del grupo e identificado sus principales quejas, problemas y sugerencias. Para ello, la construcción de gráficos, cuadros y fotos, además de su testimonio destacamos, como un recurso para la mejor comprensión de los aspectos subjetivos. El teórico de referencia consistió en los documentos del Ministerio de Salud acerca de la acogida y de la humanización, y los estudios de Merhy, Franco, Pinheiro, Matumoto, Mariotti, Teixeira, entre otros. Los resultados muestran el ambulatorio de HUOL como un espacio privilegiado y de credibilidad, donde los usuarios son comúnmente, las respuestas a sus problemas. Sin embargo, estos mismos usuarios fueron unánimes al decir de las dificultades que se enfrentan para la obtención de consultas, de la unidad básica, hasta el hospital. Refiriéndose a la asistencia, a pesar de sentir que está satisfecho en cuanto a la asistencia recibida, enumera una serie de problemas, a fin relación estructural: la falta de señalización visual, la información, sillas de ruedas, la higiene, en las salas de espera que ofrecen cierta comodidad, y la falta de atención De algunos profesionales. En resumen, el estudio, llevado a cabo ahora, podemos decir que es realmente estudiado, el anfitrión, en su pleno significado, pero el HUOL como hospital-escuela, tiene todo el potencial para lograrlo.

Palabras clave: Humanización, Acolhimento, ambulatorio.

***A mente que se abre a uma nova idéia,
jamais volta ao seu tamanho original***

Albert Einstein

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	23
2.1	GERAL	23
2.2	ESPECÍFICOS	23
3	APORTE REFERENCIAL	25
3.1	O AMBULATÓRIO NA PERSPECTIVA DO SUS	25
3.2	ACERCA DO ACOLHIMENTO NA SAÚDE	29
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	38
5	CONHECIMENTO E ESCUTA DE USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DO HUOL	42
5.1	PERFIL DOS USUÁRIOS	42
5.2	O PROCESSO DE ATENDIMENTO NA VISÃO DE USUÁRIOS	52
5.2.1	O QUE FALAM A RESPEITO DA CONSULTA	53
5.2.2	IDENTIFICAÇÃO DE QUEIXAS, DIFICULDADES E SUGESTÕES	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	77



Fachada do ambulatório do HUOL - 2008

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

É indiscutível que os serviços na área da saúde têm alcançado um enorme avanço científico e tecnológico, assim como um grau de desenvolvimento e conhecimento compatível com outras áreas que também cuidam do ser humano. Exemplos deste avanço são os sofisticados aparelhos de diagnóstico, as técnicas cirúrgicas cada vez mais avançadas, o arsenal terapêutico e o desenvolvimento de ações na área preventiva.

A eficiência técnica/científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando desacompanhadas de princípios e valores como solidariedade, respeito e ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a garantia da qualidade no atendimento da saúde com vistas à humanização.

O ato de humanizar, segundo Prudente (2005), significa tornar humano, dar condições humanas ao homem, não de forma técnica, mecanizada, mas como um processo vivencial.

O projeto de humanização no processo de trabalho em saúde visa melhorar o atendimento aos usuários, com criatividade, frente à resolução de dificuldades e otimização de oportunidades, além do fortalecimento do compromisso de toda a equipe de profissionais com a mudança de cultura de atendimento da saúde nos hospitais e demais serviços.

Neste sentido, a humanização é fruto de uma nova percepção sobre as instituições de saúde. E, assim sendo, o hospital é um lugar propício para que as pessoas reavaliem seus valores, pelo fato de ser praticamente impossível lidar com a fragilidade humana sem questionar a própria vida (PRUDENTE, 2005).

Temos visto que, apesar de avanços e conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere à humanização, principalmente, no tocante ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido na instituição hospitalar (NEVES, 2006).

A presente investigação tem a pretensão de estudar a assistência ambulatorial no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), tendo como fio condutor o acolhimento do usuário no referido ambulatório.

Houaiss (2004) define a palavra acolhimento como sendo: ato ou efeito de acolher, acolhida, acolho, maneira de receber ou ser recebido, recepção, consideração, abrigo gratuito, hospitalidade.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido de ação de “estar com” ou “estar perto de” que o Ministério da Saúde aponta o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2003, 2006).

Nessa perspectiva, demonstra a postura dos trabalhadores da unidade para o atendimento das necessidades de saúde do usuário, entendendo que acesso e acolhimento são elementos essenciais para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura e retorno do usuário. A satisfação deste, com o atendimento, pode determinar a escolha do serviço e estabelecer, freqüentemente, um bom vínculo, entre usuário e profissionais (BRASIL, 2006).

Acrescentamos, ainda, que o acolhimento só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para as etapas subseqüentes nos processos de produção de saúde. Neste sentido, o "acolhimento" significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema (BRASIL, 2006).

Uma escuta acolhedora e eficaz é outro resultado de abertura. Em vez de adotarmos uma postura defensiva e ficarmos pensando no que responder enquanto alguém nos fala, escutamos e nos tornamos receptivos a outra pessoa. Absorvemos conscientemente o que é dito, o que significa notar o tom da voz, a linguagem corporal e as palavras, ou seja, o significado real do que estamos ouvindo (KUNDTZ, 2005).

Como consequência, a responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito; diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. Nessa direção, Campos (1994) considera que, para se assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de “vínculo de acolhida” e de responsabilidade da equipe pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual.

Deste modo, o acolhimento, além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde.

Matumoto (1998) assinala a importância de compreendermos o acolhimento como um processo que se inicia mesmo antes do usuário chegar ao serviço de saúde, uma vez que este se estrutura para o atendimento, definindo espaços específicos, formas de atender necessidades de saúde, ou seja, define um certo modo de responder às carências que são expressas pela clientela.

Enfatiza, ainda, que o acolhimento apresenta alguns componentes, tais como: a mútua representação entre trabalhador e usuário; a objetivação do que é saúde/ doença e do que é problema /necessidade de saúde; a comunicação e escrita além de responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro.

Segundo Merhy (1994), 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, o seu problema. Há uma grande expectativa por parte do usuário, de que o trabalhador – individual ou coletivamente responda aos seus anseios.

O usuário espera que o conjunto das ações de saúde, ao qual se dispõe a se submeter, lhe traga benefícios, isto é, consiga alterar sua situação. Enfim, a sua grande expectativa é que as ações de saúde sejam efetivas e o satisfaçam.

Camelo et al. (2000) defendem que a construção de uma relação de ajuda entre o profissional e o cliente depende de ambos. O profissional deve saber administrar a situação, apresentando comportamentos acolhedores, verbais e não verbais. O usuário deve demonstrar disponibilidade interna e

envolvimento durante o relacionamento, participando da busca de ações possíveis para a resolução de seus problemas ou satisfação de seus desejos e necessidades.

Assim sendo, o compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e interdependentes deste mesmo processo de melhora da qualidade do atendimento, do qual o acolhimento é parte significativa (CAMELO et al., 2000).

Concordamos com Camelo et al.(2000), ao afirmarem que o usuário que busca atenção à saúde deve ser sujeito na situação e não simplesmente objeto destinado a receber tratamento médico. Ressaltamos que procedimentos rotineiros devem ser constantemente reavaliados e desenvolvidos a partir da observação da pertinência em cada situação específica.

Assim, o acolhimento deve ser incorporado aos procedimentos das unidades de saúde, ao mesmo tempo em que necessita transcender o caráter de rotina do cotidiano. Quer dizer, a relação de ajuda permeia todas as situações de atendimento em que profissional e clientela se encontram, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva (CAMELO et al., 2000).

Várias pesquisas de satisfação: como relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas (TAKEMOTO; SILVA, 2007; BRASIL, 2003, 2006; MACIEL-LIMA, 2004; SCHIMITH; LIMA, 2004; FRANCO; CAMPOS, 1998). Destarte, consideramos fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento que lhes é dispensado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento.

Como enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal/RN, vivenciando inúmeros problemas relacionados ao acesso e acolhimento no ambulatório deste hospital, em contato com os usuários que o procuram, observamos que as informações não são suficientes ou não atendem ao nível de entendimento desses usuários, quanto à documentação necessária para a concretização da sua consulta. Comumente faltam alguns documentos, tais como: ficha de referência e contra-referência, documento que comprove a sua

residência, carteira de identidade, existindo casos em que familiares usam os seus próprios documentos para a retirada de fichas em favor dos filhos, irmãos e outros parentes.

A informação não é feita de forma sistematizada, levando o usuário, muitas vezes, a perder a consulta por estar em ambiente distante do seu atendimento, e, quando consegue chegar ao mesmo, por vezes, tem passado o horário da consulta e o médico já está em outra atividade.

Outro aspecto, igualmente significativo diz respeito ao acesso dos usuários ao ambulatório do hospital, acesso esse feito de forma referenciada. A marcação das consultas e serviços é realizada de duas maneiras distintas: uma, por meio de sistema informatizado – central de regulação de consultas–, com prévio agendamento do dia, horário e especialidade clínica que o usuário necessita ser atendido; e, a outra, se dá com a ficha de referência do SUS diretamente nos guichês do ambulatório do HUOL, destinados ao usuário.

Nessas duas formas de acesso, temos presenciado problemas e insatisfação dos usuários quanto à marcação de consultas, repercutindo em filas diárias nos guichês, não agendamento do atendimento para a demanda existente, falta de documentação necessária para abertura de prontuário, dificuldade da consulta em algumas especialidades clínicas e cirúrgicas, podendo chegar a até dois meses entre a marcação da consulta e o atendimento.

Como enfermeira da instituição, tal realidade nos preocupa e nos leva a buscar mais informações acerca do usuário que procura o serviço, identificando sua origem e procedência mas, sobretudo, suas queixas, na tentativa de minimizar os problemas que o atinge e oferecer-lhe uma acolhimento com qualidade.

Por este motivo, insistimos na importância de ouvir estes usuários pontuar e analisar seus problemas, com o propósito de contribuir, de alguma maneira, com uma assistência de qualidade neste espaço de atenção à saúde.

Diante do exposto, e considerando o acolhimento um aspecto de suma importância na reorganização dos serviços e na qualificação da assistência prestada, temos os seguintes questionamentos: Qual o perfil do usuário que procura o serviço ambulatorial ? Como ocorre o acolhimento deste usuário no ambulatório? Quais as dificuldades vivenciadas pelos usuários neste

atendimento ambulatorial? Qual a visão dos usuários acerca da assistência prestada no ambulatório?

Entendemos que a resposta a tais indagações poderá contribuir com a melhoria da qualidade da assistência ambulatorial, considerando o compromisso social e político do hospital como instituição de ensino e uma instância de referência do SUS.

Além deste aspecto, de reconhecida significação, até o presente momento não foi realizado nenhum estudo que abordasse este tema específico, o que vem reforçar a justificativa de sua concretização.

Neste contexto surge a necessidade de mudar a visão dos profissionais de saúde; para muitos, quando se fala em profissionais de saúde pensa-se apenas em médicos e enfermeiros, isoladamente. A interdisciplinaridade não ganha a abrangência que precisa para transformar-se num novo padrão de trabalho, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, maqueiros, vigilantes, dirigentes, todos, enfim, que prestam serviço no estabelecimento hospitalar. É preciso esforço conjunto para melhorarmos a atenção dispensada ao usuário que procura o hospital.

Mas, no que pesem todas as dificuldades do sistema, a tendência é caminhar em consonância com o que vem sendo preconizado pelo SUS, o que nos motiva a estudar a assistência, neste espaço particular, a partir do próprio usuário.

Para a elaboração deste trabalho, temos a seguinte ordem de apresentação: uma introdução, contendo a definição do objeto, questões norteadoras e o fio condutor da investigação, no caso, o acolhimento. Seguem-se os objetivos, um capítulo sobre o aporte referencial abordando os temas: Ambulatório na perspectiva do SUS e Acolhimento. O capítulo subsequente trata dos caminhos metodológicos. A seguir, introduzimos o capítulo da análise contendo o que denominamos de essência da investigação – a visão de usuários acerca do atendimento ambulatorial – que se desdobra em dois itens: a consulta propriamente dita e as queixas e dificuldades no atendimento. Por último, as considerações finais.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a assistência ambulatorial, na visão de usuários, tendo o acolhimento como fio condutor.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico de usuários atendidos no serviço ambulatorial;
- Descrever como ocorre o processo de atendimento dos usuários no ambulatório.
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos usuários no atendimento ambulatorial;
- Descrever a visão dos usuários acerca da assistência no ambulatório.

Aporte Referencial

3. Aporte referencial

3.1 O ambulatório na perspectiva do SUS

Após a constituição de 1988, o SUS reordenou os serviços e ações de saúde dos órgãos e instituições federais, estaduais e municipais. Atualmente, o sistema integra 6.000 mil hospitais, dos quais 154 são reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pelo Ministério da Saúde (MS) como entidades de ensino (KANASHIRO, 2004).

Os hospitais-escola ou universitários têm como função a formação de todos os estudantes da área de saúde de nível superior e albergam a maior parte dos cursos de pós-graduação do país, a realização de pesquisas, além do atendimento à população.

Por suas funções, instalações e recursos humanos e materiais, esses hospitais também oferecem estrutura e concentram o atendimento e tratamento de casos de alta complexidade, em nível ambulatorial, inserindo-se no sistema de saúde denominado nível terciário. Os serviços oferecidos e as atividades exercidas por esses hospitais lhes conferem as três principais funções da universidade: ensino, pesquisa e extensão (KANASHIRO, 2004).

Os hospitais universitários (HUs), para Franco e Campos (1998), são locais que integram a assistência e a docência aliadas a uma esperada retaguarda tecnológica para um serviço de referência terciária. Neles, os problemas de saúde dos usuários, que ali chegam, devem ser solucionados, pois representam o limite de capacidade da rede de saúde em ser resolutiva.

De acordo com a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), entidade fundada em 1989, que congrega atualmente 113 HUs, esses hospitais foram responsáveis em 2001 por 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS (KANASHIRO, 2004).

No mesmo período, realizaram 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 48,12% do total nacional de internações de alta complexidade. A visível importância desses hospitais choca-se, nos

últimos anos, com a crise financeira que vêm enfrentando (KANASHIRO, 2004).

Dentre os 154 HUs, encontra-se o HUOL, vinculado ao Complexo de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Hoje, o HUOL é um órgão suplementar da UFRN, juridicamente de natureza pública, de acordo com o regimento interno de 1979 (UFRN, 2006). Como hospital-escola, desenvolve um trabalho de assistência médico-hospitalar de natureza geral, ocupando um papel no SUS, de referência terciária, devido ao alto nível de complexidade da natureza do atendimento prestado (UFRN, 2006).

A sua missão, conforme reza seu estatuto é servir de campo de ensino, treinamento e aperfeiçoamento na área das ciências da saúde, realizar e proporcionar meios de pesquisas científicas, com ética, e prestar assistência médico-hospitalar à comunidade. Inserido na estrutura hospitalar do HUOL, encontra-se o ambulatório com atendimento referenciado diário de segunda a sexta feira, atingindo uma média de 498 a 530 consultas/dia nas especialidades de cardiologia, dermatologia, cirurgia bariátrica, oncologia, angiologia, clínica geral, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, hematologia, mastologia, nefrologia, neurologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psicologia, psiquiatria, reumatologia, sexologia e urologia.

Segundo o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa), criado em 1987, ambulatório é uma unidade destinada ao atendimento de pacientes para diagnóstico e tratamento, através da execução das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidas ao indivíduo, à família e ao meio, quando constatada a não necessidade de internação. É o setor de saúde determinado para prestar atendimento a pacientes em regime externo, constituindo-se, também, em porta de entrada do sistema de saúde. Neste serviço, o paciente recebe diagnóstico, tratamento e outros cuidados sem necessidade de ocupar um leito hospitalar.

No ambulatório podem ser desenvolvidas ações por meio do trabalho de equipes multiprofissionais, visando proporcionar assistência global e especializada a indivíduos que necessitam de assistência médica, de enfermagem e de outros profissionais de saúde, em forma descontínua, isto é, a indivíduos que se encontram parcialmente incapacitados.

Dessa forma, vejamos as vantagens auferidas através dessas equipes:

Proporcionar maior rentabilidade dos leitos do hospital;
oferecer condições de aprimoramento de habilidades dos profissionais e estudantes da área de saúde, ciências do comportamento e outros;
Promover atividades de assistência sanitária a serviço da comunidade, por meio de ações de orientação e controle;
Articular-se com outras unidades do hospital para integrar o sistema de assistência médica, e com outras instituições e serviços de saúde para assegurar o sistema de referência;
Manter programas de avaliação das atividades executadas;
manter recursos humanos e materiais; participar de programas de pesquisa e de ensino das ciências da saúde (PROAHSA, 1987, p. 293-294)

O HUOL, como instituição inserida no SUS, deve contribuir para a implementação do princípio da hierarquização dos serviços em escala de complexidade crescente. Duas idéias principais envolvem a operacionalização do princípio: a primeira, de que a porta de entrada do sistema deve situar-se nas unidades mais simples (por exemplo, posto de saúde), onde cerca de 80% dos casos podem ser resolvidos. E em consequência, a melhor relação custo/benefício pode ser obtida quando houver uma correspondência entre a complexidade das ações a serem executadas e a complexidade dos recursos e processos utilizados para realizá-las, ou seja, a demanda das ações simples de saúde não deve ser atendida com o emprego de recursos complexos. (UFRN, 2006)

As críticas mais imediatas a esse modo de execução também decorrem, de que os equipamentos sofisticados normalmente geram produtos mais baratos e eficientes (por exemplo, seringas descartáveis, adesivos de última geração para suturas). Além disso, a decisão sobre as tecnologias e/ou recursos adequados a cada caso deve ser tomada, com competência, por pessoal qualificado, do qual as unidades mais simples são carentes; a deliberação errada pode prolongar ou agravar o caminho do paciente pelo sistema, gerando prejuízo à saúde do mesmo. (UFRN, 2006)

Acerca do princípio da regionalização dos serviços e da descentralização das decisões, aplica-se, aqui, uma idéia simples, mas radical: todas as ações que são de âmbito ou de abrangência municipal passam a ser de dependência política-administrativa do governo municipal; as que dizem

respeito a vários municípios, a uma região de um estado ou, ao estado como um todo, é de dependência política-administrativa do governo estadual; finalmente, as que se referem ao âmbito nacional são de responsabilidade do governo federal.

Quanto ao princípio da integração setorial, este condena a dispersão de recursos públicos, pulverizados pela aplicação por múltiplas instituições (quer públicas, quer privadas), cujos objetivos não aparecem sempre como complementares, apresentando-se, até, contraditórios, e que atuam de forma competitiva.

A lógica, por trás desse sistema é praticamente linear: baseia-se na implantação de uma competição entre os produtores pelos recursos do pagador, indiscriminadamente, e na luta pela produção de procedimentos de custos controláveis e rentáveis (BRASIL,2006).

Segundo Merhry (1991), isto pode acarretar uma distorção, pois o sistema favorece os produtores que melhor maximizarem seus lucros por meio de uma alta produtividade e de um barateamento dos atos globais, e convida o setor público a entrar com esse tipo de parâmetro para sua organização técnica-assistencial, o que, evidentemente, ainda é possível.

Sobre o princípio da participação social, no que diz respeito à cidadania universal, a primeira idéia é de que o controle do sistema social, em geral, se faz também por intermédio da comunidade, que torna possível a definição das verdadeiras necessidades, melhora a procura de soluções e avalia os resultados.

Neste caso, deveriam ser desenvolvidos mecanismos que viabilizassem essa participação, como conselhos de saúde, com uma representação paritária ou tripartite, quer dizer, com a participação de prestadores de serviços, de usuários do governo, e que tenham poder deliberativo, ou seja, um poder que possa, de fato, influenciar na formulação da política e controlar a execução dessa política.

Por fim, o princípio do financiamento setorial preconiza a necessidade de aumentar os recursos financeiros destinados à saúde, paralelamente a uma utilização mais coerente e correta desses recursos.

3.2 Acerca do acolhimento na saúde

O acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, portanto, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução e/ou encaminhamento de seu problema. Em outras palavras, é conferir qualidade na atenção à saúde.

O acolhimento nos serviços de saúde deve ser entendido como diretriz ética/estética/política, construtiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualidade da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

Podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime construído a cada dia através da comunicação solidária, portanto, como uma espécie de construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde. Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada como uma relação administrativa e ambiente confortável ou como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas têm sua importância; entretanto, quando tomadas fora dos processos de trabalho na saúde se limitam a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. O acolhimento, como prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também a possibilidade de avanços na articulação entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde, em defesa do SUS, como uma política pública necessária à população brasileira.

Temos visto que, apesar das conquistas e avanços do SUS, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços que se referem ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública. Sabemos do grande desafio a ser enfrentado pelos

trabalhadores de saúde, gestores e usuários na construção e efetivação do SUS como política pública.

O acolhimento é um modo de o profissional operar os processos da saúde, de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Portanto, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (NEVES, 2006).

CAMPOS (1994) considera que, para se assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, é preciso que se tenha em mente as noções de “vínculo de acolhida” e de responsabilidade da equipe pelo cuidado integral com a saúde coletiva e individual.

Acolher significa, entre outras coisas, “dar créditos a; dar ouvidos a; tomar em consideração”. Pode significar também a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também a oferta e garantia de assistência adequada. Portanto, deve estar presente em todas as fases de atenção à saúde, da promoção à reabilitação.

Com as ações de acolhimento e humanização almeja-se tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, com ênfase na integração das equipes de profissionais e entre estes e a população assistida. Tais ações se expressam na melhoria do cuidado e da resolutividade da assistência, constituindo uma atitude de todos os profissionais de saúde que recebem o usuário, escutam, analisam e identificam a necessidade deste.

Acolher é a arte de interagir, construir algo em comum, ser solidário, entender o outro na sua fragilidade, compartilhar de seus anseios e preocupações.

Mariotti (2002) considera que o acolhimento é uma das principais ações da haja humanização da atenção à saúde, ressaltando especialmente a boa recepção, a resolubilidade, no sentido de realmente buscar ouvir o usuário do serviço, a fim de conhecer melhor suas necessidades.

Segundo Teixeira (2005), muitas vezes o usuário sente-se satisfeito com o serviço, mesmo que não tenha tido sua demanda atendida, por ter sido

respeitado, ouvido e considerado. Também mostra o contrário; o serviço resolve sua questão de ordem orgânica, mas o cidadão continua se sentindo insatisfeito por outras necessidades, não explicitadas, que não foram percebidas pelo serviço, que podem estar relacionadas à atenção recebida, ao pouco interesse demonstrado pelo profissional.

Merhy (1994) compreende que “o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários”. E acrescenta que, esse acolhimento no serviço de saúde, depende da forma de produção do trabalho, do modo de organização do atendimento, da concepção de ser humano em que se baseia o trabalho, mas, sobretudo, das relações estabelecidas entre profissionais e pacientes.

O aparato tecnológico, a ambiência sofisticada, o domínio das técnicas e o tratamento especializado nem sempre trazem satisfação a quem procura solução para o seu problema, mas o acolher com afetividade é necessário que esteja “presente”, compreendendo e vivenciando as relações entre coisas e fenômenos. O fortalecimento só acontece quando todos os atores sociais estão convictos de que deram o melhor de si, informando, ouvindo, assistindo, e de que buscaram todos os caminhos para satisfação do cliente.

O profissional de saúde pode ajudar ao paciente, ouvindo, estando atento às suas emoções e aos seus sentimentos. Com frequência, isso é mais importante que qualquer terapêutica. E necessária uma preparação acadêmica que reforce o respeito pela pessoa e por sua crença (ALVES, 2007).

Muitas vezes, a cura, a prevenção depende de muitos fatores, não estando, por vezes, em nossas mãos; porém, o acolhimento e o cuidado – estes sim, são sempre possíveis –, mesmo que não possam curar a patologia, poderão, antes de tudo, “curar” a desumanidade, uma doença que está matando a todos nós (MARIOTTI, 2002).

Como estratégia de mudança, do modelo assistencial tradicional para o SUS, o acolhimento tem se constituído em uma das alternativas previstas por alguns municípios, frente à crise deste setor (MALTA et al., 1998; FRANCO et al., 1998; MERHY, 1994).

Da perspectiva ora descrita, ele se conforma a partir de um fazer cotidiano em que se busca tomar a crise da saúde como um desafio, essencialmente como uma forma de resgate da missão do setor saúde, para a

produção de vida e de saúde, enfim, de satisfação das pessoas. Sua proposta se apóia no reconhecimento das relações entre as pessoas, no momento do atendimento, como uma das questões chave, e em especial a relação trabalhador/usuário (MATUMOTO, 1998).

Segundo Merhy (1994), esta relação veio se constituindo histórica e socialmente a partir do reconhecimento do poder/saber entre o técnico e o leigo, estabelecendo uma relação de subordinação do segundo pelo primeiro, não reconhecendo e retirando da população o seu saber, criando uma relação de dependência, especialmente do saber médico.

Compreender melhor a relação trabalhador/usuário poderia ajudar a elaborar melhor as estratégias para o resgate do humano, da cidadania e da vida na saúde.

Na posição de trabalhadores de saúde temos a responsabilidade social de lidar com necessidades, dores e sofrimentos do outro.

Entendemos que a compreensão da relação com o outro – alteridade – produzida no cotidiano do trabalho em saúde pode nos trazer elementos para *re-pensar* o acolhimento enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial. Essa relação com o outro é sempre efetivada através da linguagem e por sujeitos que falam, que têm desejos, projetos, sentimentos.

O propósito e a finalidade da estratégia do acolhimento podem ser os mais diversos, dependendo de cada sujeito ao elaborar e colocar em ação, sua visão de mundo, sua formação ideológica, técnica, ética e do contexto em que esteja inserido (MARIOTTI, 2002).

Nada vale a excelência técnica, se não somos percebidos como excelência em atendimento; passamos a ser um “mal necessário” colocado em segundo plano, assim que uma outra instituição, mesmo inferior em seus resultados, apareça no horizonte das lideranças (LEMME, 2005). Reforça ainda o mesmo autor que a tarefa de uma instituição hospitalar, *lato sensu* é uma tarefa assistencial e não apenas uma tarefa técnica. “Nossas enfermeiras são também enfermeiras, nossos médicos são também médicos, assim como todos os demais colegas de trabalho e, no limite, nossa instituição também é um hospital”. Se nos conscientizarmos dessas colocações, estaremos todos prestando uma assistência que não se basta nos resultados objetivos ou na nossa satisfação com nossas ações. Estas têm que ser percebidas de uma

maneira muito especial, que transcendam às tarefas específicas de cada profissional, de cada setor, de cada serviço (LEMME, 2005, p11).

Na saúde, o acolhimento se constitui na relação trabalhador/usuário a partir de um encontro em que se estabelece um diálogo e neste cada um vai assumir uma posição, trazer um tema/problema/necessidade e vai se colocar com uma certa disponibilidade. O trabalhador de saúde nem sempre compreende o que é falado pelo usuário, como também o usuário, e vice-versa (Merhy, 2003).

Saúde não é mercadoria que, dependendo da oferta, decidimos se compramos ou não. Além disso, nessa relação sempre vamos nos deparar com o outro, um diferente que vai nos causar um certo estranhamento e desencadear um olhar para dentro e para fora, muito dinâmico, da própria imagem de cada um dos envolvidos; uma expressão através de um discurso, de gestos e de ações práticas. É nessa relação que nos construímos e reconstruímos como sujeitos no mundo.

O trabalho em saúde, sob a égide da sociedade capitalista, vive a contradição entre o técnico e o humano, com predomínio do primeiro. A saúde é um bem simbólico, cujo valor é dado pela possibilidade de possuí-la para gozar a vida, sendo que sua produção se faz no mesmo ato em que ela é consumida, na relação, no encontro entre trabalhador e usuário em um dado contexto (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Portanto, o acolhimento em saúde se dá a partir desse encontro em que paciente e profissional se apresentam como seres de necessidades, conformadas dentro de um contexto histórico-social e cultural e de uma concepção ideológica (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Em outras palavras, tanto o trabalhador quanto o usuário, quando se encontram, possuem uma espessura de passado e de futuro, de histórias, experiências, desejos e projetos, que freqüentemente são ignorados e o atendimento se processa a partir do que é apresentado como queixa. Tomando o sentido literal, evidente das palavras proferidas, esse atendimento caracteriza o que denominamos de uma prática pautada na queixa/conduita (FRANCO; CAMPOS, 1998).

Para Merhy (1997), o acolhimento é produzido nesse processo relacional, neste encontro que denomina espaço intercessor, onde, cada uma

das partes, usuário e trabalhador se colocam com toda sua inteireza, isto é, suas necessidades, projetos, ansiedades, dores, medos, desejos, sonhos, potencialidades, em dado contexto. Nesse espaço intercessor está a potência do trabalho vivo em ato. O conceito de trabalho vivo em saúde vem de Merhy, quando estuda a micropolítica do trabalho em saúde, identificando dois componentes operadores: o trabalho morto e o trabalho vivo. O primeiro, engloba os produtos-meio, como ferramentas ou matéria-prima, e são os resultados de um trabalho humano realizado num momento anterior. O trabalho vivo é aquele que está em ação, vai se dando, vai se fazendo no próprio ato pelo trabalhador, dando-lhe uma certa autonomia à sua ação, seu poder de decidir coisas em seu microespaço, segundo um certo recorte interessado desse trabalhador. Esta autonomia é denominada de autogoverno.

Integrar os conceitos da análise de discurso nas reflexões sobre a produção do trabalho em saúde pode abrir um pouco mais as brechas para o trabalho vivo em ato.

O trabalho em saúde não configura uma prática técnica, mas sim uma prática de relações entre homens, que também se constituem em suas relações com outros homens e com o mundo, produzindo-se e reproduzindo-se a si e ao meio. Logo, nos recursos humanos está uma possível solução das maiores questões da saúde para efetivação do acolhimento.

A saúde necessita de profissionais responsáveis e éticos, comprometidos com o serviço e com o usuário, não centrando suas ações apenas no procedimento técnico, mas procurando ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam ou precisam de ajuda.

O relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro, de modo a render o máximo para ambos. É como se o ajudador formasse a imagem do ajudado nos momentos iniciais, checando o quanto de abertura e disponibilidade pode esperar dele. (MIRANDA & MIRANDA, 1990)

Refletindo acerca de nossa práxis profissional, entendemos a insatisfação do usuário; mesmo tendo sido atendido na especialidade que buscava, o fato de os profissionais não ouvirem suas demandas e nem sempre tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem concorrido para acarretar inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população.

Os usuários de um modo geral, não reclamam de falta de conhecimento técnico no seu atendimento, mas de falta de interesse e de responsabilização dos serviços. Sentem-se, assim inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (MERHY, 1998).

Para Campos (1992), a redução do paciente à condição de objeto de investigação clínica é um aspecto da atenção individual que tem grandes repercussões sobre a eficácia dos serviços de saúde. A relação profissional/cliente é um fator importante para o processo terapêutico: sua desigualdade e a pressuposta passividade do paciente devem ser questionadas.

Com efeito, para Waldow (2001, p.179), o cuidado apresenta as seguintes características: é um processo, é desenvolvimento; favorece o crescimento, promove a transformação e provoca mudança; é relacional, situacional, contextual; favorece a autoconsciência, é compartilhado e envolve responsabilidade social.

Em síntese, podemos afirmar que o acolhimento não se reduz a atender bem, a um eficiente serviço de recepção – nem mesmo se resume em um bom-dia dado com um sorriso no rosto, ainda que tudo isso faça parte dele. A ética do acolhimento leva à questão mais profunda a respeito do mundo, de nossas relações e de nós mesmos.

Acolher é, pois, encontrar uma outra forma de lidar com as diferenças.

Para Boff (1999, p. 34), “sem o cuidado [o ser humano] deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desestrutura, definha, perde sentido e morre”. Refere ainda que o cuidar é mais que um ato, é uma atitude.

Segundo Botsaris (2001, p.223),

discutir as causas da perda da humanidade é enfrentar uma questão complexa, em função de sua subjetividade. Poderíamos perguntar o que leva um homem a agir de forma fria e cruel para com o seu semelhante. Eis aí um ponto que pode envolver aspectos psicológicos, culturais, sociológicos e antropológicos. Mas não deixa de ser alarmante quando um segmento da sociedade, que deveria agir com alto nível de ética, calor humano, compreensão e solidariedade, começa a se portar de forma inversa.

Portanto, o atendimento ao usuário, no sentido pleno do acolhimento, se reveste de uma atitude de responsabilização, de envolvimento afetivo, de escuta, possibilitando a criação de vínculos, condição essencial no processo de cuidar.



Caminhos Metodológicos

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa/qualitativa tendo como foco de investigação a assistência ambulatorial do HUOL, e, como fio condutor, o acolhimento.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva tem o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. A abordagem quantitativa, segundo Richardson et. al. (1999), se caracteriza por observar, registrar, analisar, e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, realizando descrições precisas da situação e descobrindo as relações existentes entre os elementos componentes da pesquisa.

De acordo com este autor, as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares, uma vez que descrevem a complexidade de um determinado problema, compreendem e classificam processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuem no processo de mudança de determinado grupo e também possibilitam o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Segundo Goode e Hatt (1973, p.398)

a pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos, “qualitativos e quantitativos”, ou entre ponto de vista “estatísticos e não estatístico”. Além disso, não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua a ser a qualidade.

De acordo com Richardson et al. (1999), as pesquisas qualitativas e quantitativas se diferenciam não só pela sistemática pertinente a cada uma delas, mas sobretudo pela forma de abordagem do problema. Há autores que não distinguem com clareza métodos qualitativos e quantitativos, por entenderem que a pesquisa quantitativa é também, de certo modo, qualitativa. O método quantitativo, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto das modalidades de coleta de informações,

quanto no trabalho delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficientes de correlação, análise de regressão, entre outras.

O método qualitativo difere, em princípio, do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema. Não pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas.

As pesquisas qualitativas e quantitativas embora tenham diferença podem-se identificar três instâncias de integração: no planejamento da pesquisa, na coleta de dados e na análise de informações (RICHARDSON, 1999).

A abordagem qualitativa fundamenta-se na existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 1995).

De acordo com Minayo (2002 p.21-22),

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

No presente estudo, utilizamos as duas abordagens: tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos, conforme já anunciamos. A pesquisa foi realizada no ambulatório do HUOL. O referido hospital está localizado no Distrito Sanitário Leste do município de Natal-RN, possui 179 leitos de internação, serviços ambulatoriais de alta complexidade, sendo integrado à rede do SUS através da Lei Orgânica nº 8.080/90, como referência terciária. Pertence ao Complexo de Saúde da UFRN e é caracterizado como instituição de ensino universitário.

O seu caráter de instituição federal lhe assegura a manutenção, através do Ministério da Educação, de suas funções de ensino, pesquisa e extensão. Tem uma abrangência de atuação, incluindo as áreas de cirurgia experimental, medicina familiar e comunitária, clínica médica, clínica cirúrgica,

psicofarmacologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social.

A população estudada constou de 20 usuários do ambulatório do HUOL. Eles foram convidados através de contato pessoal, sendo-lhes explicado os objetivos e a importância da pesquisa. Foram encaminhados ofícios à direção geral do HUOL e de Enfermagem para este fim, e solicitada a devida autorização para realização do estudo e utilização do nome da instituição. Em seguida, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, conforme Parecer nº 044.

Após a autorização da instituição pesquisada e a aprovação do Comitê de Ética, obtivemos o consentimento dos participantes da pesquisa manifestado por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE). A coleta de dados, propriamente, foi realizada nos meses de dezembro e janeiro; constou de uma entrevista estruturada em duas partes: a primeira, destinada a registrar os dados sociodemográficos dos usuários, e a segunda, as informações destes acerca da assistência recebida naquele ambulatório. No entanto, só foram entrevistados usuários de primeiro atendimento e que tivessem concluído todas as etapas estabelecidas até a realização da consulta médica e aceitassem participar da pesquisa. Ao mesmo tempo, utilizamos um diário de campo para o registro de anotações paralelas, que tivessem importância para o estudo em pauta, no sentido de esclarecer algumas situações.

Os dados quantitativos foram coletados, organizados, tabulados e apresentados em forma de quadros e gráficos com suas respectivas distribuições percentuais, recebendo um tratamento estatístico descritivo.

Quanto aos dados qualitativos, as informações decorrentes das entrevistas foram trabalhadas como material coadjuvante na compreensão e esclarecimento de algumas observações que expressavam a visão inerente à experiência de cada usuário, no percurso de seu atendimento, incluindo aspectos de sua subjetividade. Para a referida análise foram utilizados textos e manuais acerca do acolhimento, tomando, por referência, os documentos oficiais do Ministério da Saúde e os estudos de Merhy, Prudente, Matumoto, Teixeira, Mariotti, além de outros estudiosos acerca do tema.

CONHECIMENTO E ESCUTA DOS
USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO
AMBULATÓRIO DO HUOL

5 CONHECIMENTO E ESCUTA DOS USUÁRIOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DO HUOL

Este capítulo abre a discussão sobre a assistência ambulatorial no HUOL, tomando por base o material empírico da investigação. Após traçarmos o perfil dos participantes do estudo, analisamos o acolhimento, a partir de suas falas, identificando, igualmente, suas queixas e dificuldades.

Antes de conhecermos o perfil de usuários do HUOL, achamos pertinente relacionarmos as principais especialidades, ali existentes para melhor entendermos o perfil desses usuários. No ambulatório são atendidas as seguintes especialidades: cardiologia, oftalmologia, cirurgia geral, psiquiatria, dermatologia, endocrinologia, ortopedia; reumatologia, nefrologia, plástica, angiologia e clínica geral.

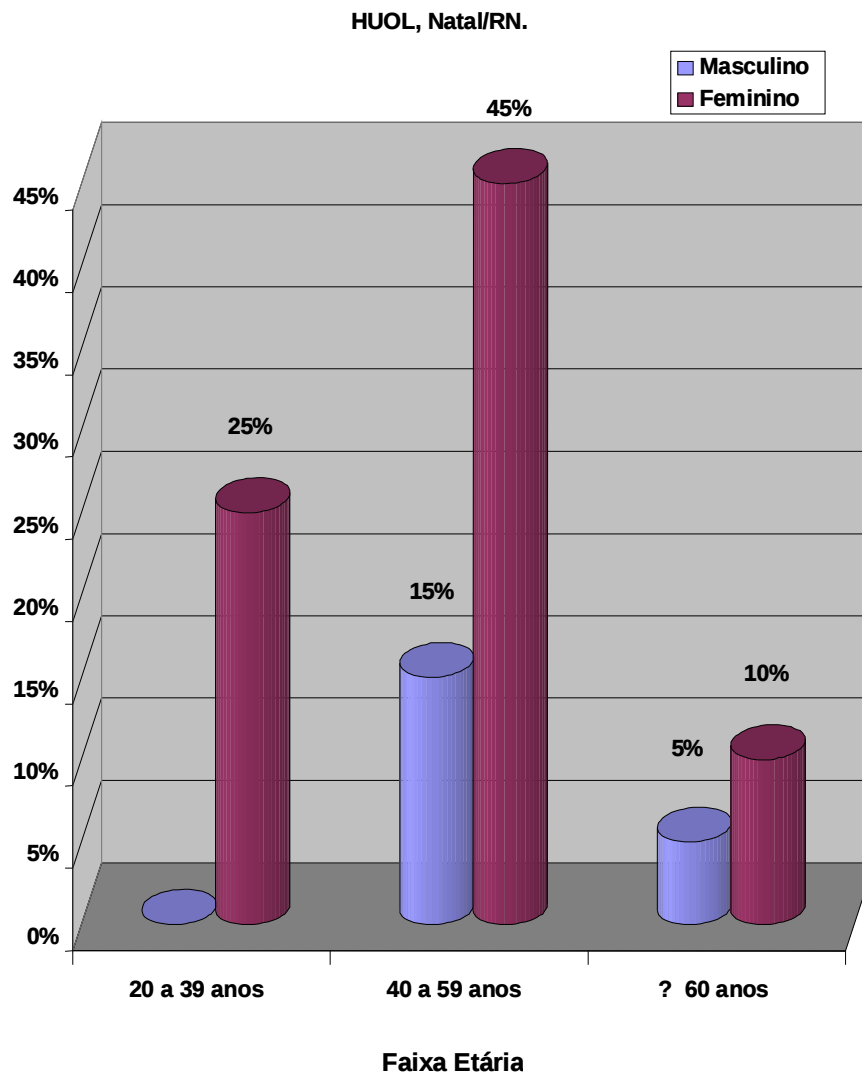
5.1 Perfil dos usuários

Foram entrevistados 20 usuários cujas informações a respeito do perfil sociodemográfico serão apresentadas, a seguir, em gráficos e quadros. Como podemos observar no gráfico 1, a faixa etária atendida de maior prevalência concentra-se entre usuários de 40 a 59 anos, com maior predominância do sexo feminino. As mulheres, por uma questão cultural, procuram mais assistência médica que os homens, além de permanecerem um maior espaço de tempo no lar, sendo também responsáveis pela manutenção, recuperação e preservação da saúde da família, atribuições histórica e socialmente determinadas. Vasconcelos (1995) apresenta dois elementos que estão associados a esse quadro de preponderância da mulher: sua maior disponibilidade de tempo durante o dia e a prática, culturalmente determinada, de procurar ajuda bem mais do que os homens.

Para melhor visualização do cenário da pesquisa apresentamos, com autorização da instituição e daqueles que se encontravam na ocasião, algumas

fotos, conforme mostram os apêndices G ao M. E, para entender o caminho percorrido pelos usuários na instituição, até o local da consulta, o apêndice E.

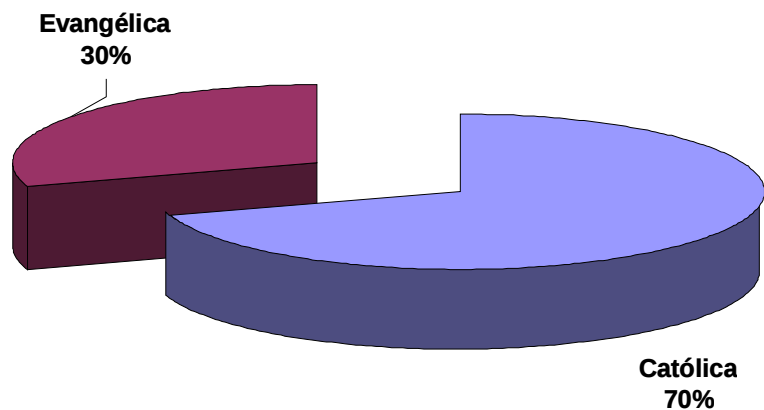
Gráfico 1. Distribuição dos usuários segundo a faixa etária e sexo.



Desse modo, por tratar-se um hospital de atenção terciária e de atendimento destinado a adultos, justifica-se essa faixa etária, ocasião em que comumente aparecem determinadas patologias, como a cardiologia, a reumatologia, entre outras.

Um aspecto referido nessa atenção diz respeito a um processo de trabalho, na maioria das vezes, compartimentalizado, fragmentado em atos, indo em direção oposta ao sentido de acolhimento aqui assinalado.

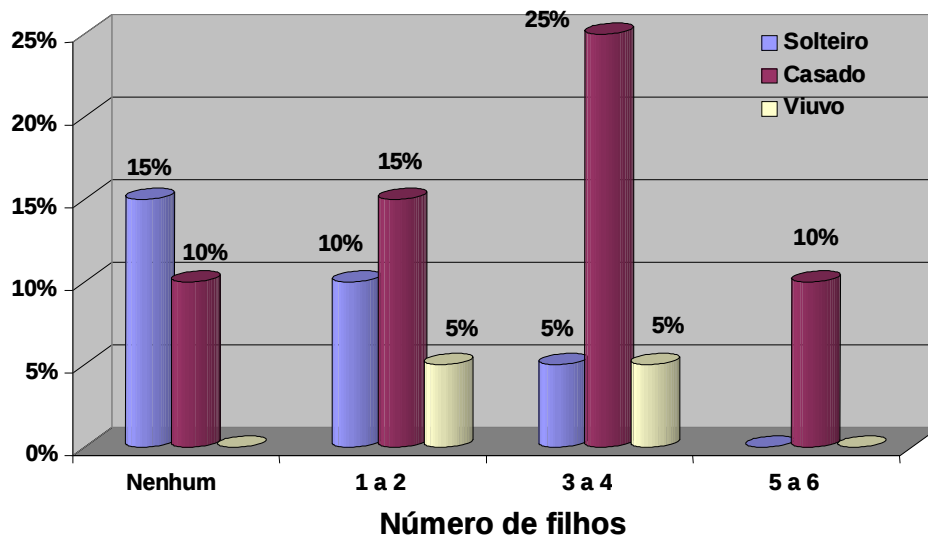
Gráfico 2. Distribuição dos usuários, segundo a religião. HUOL, Natal/RN



Embora tenha crescido o número de igrejas evangélicas, ainda prevalece, no Brasil, uma religiosidade de tradição católica. Segundo estatísticas da Santa Sé, obtidas através da Comissão Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB, 2005), estima-se em nosso país que mais de 155,5 milhões de brasileiros são católicos, perfazendo um total de aproximadamente 74 % da população.

Este dado tem relevância na medida em que as religiões, de um modo geral, conduzem seus fiéis a um certo conformismo. Na pesquisa, por ocasião das entrevistas, com raras exceções, os obstáculos registrados em todo o percurso até chegar à consulta desejada tinha a ver com a “vontade de Deus”, conforme afirmam alguns usuários.

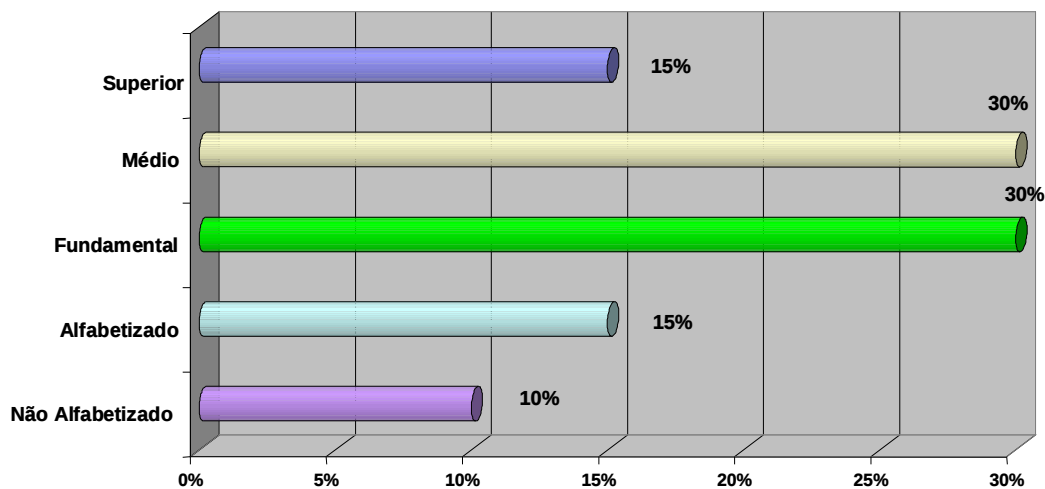
Gráfico 3. Distribuição dos usuários segundo o número de filhos e o Estado civil. HUOL, Natal/RN.



Com a prevalência da faixa etária do grupo estudado, entre 40 e 59 anos, é natural que o estado civil incida em pessoas casadas, como mostra o gráfico 3. Fazemos uma breve referência ao número de filhos para mostrar a conformação da família e como esta vem se modificando, nas últimas décadas, tornando-se cada vez menores, mesmo em se tratando de famílias nordestinas.

Por outro lado, torna-se oportuno registrar que alguns dos usuários entrevistados chegaram conduzidos por seus filhos, considerando tratar-se de um grupo de uma certa maturidade cronológica e mesmo dependente.

Gráfico 4. Distribuição dos usuários, segundo o nível de escolaridade. HUOL, Natal/RN.



Com a melhoria do nível de escolaridade da população brasileira, nas últimas décadas, vamos encontrar uma mudança no perfil dos usuários do HUOL, antes, constituído praticamente por pessoas não alfabetizadas. Observando o gráfico 4, percebemos que 75% dos usuários entrevistados têm um bom nível de escolarização, sendo no mínimo portadores do ensino fundamental completo. Mesmo usuários de nível superior, raramente existentes na população que antes procurava o HUOL, hoje aparece com um percentual de 15% neste grupo estudado. O próprio modelo de atenção à saúde, SUS, favorece o atendimento de todos, indiscriminadamente, considerando o princípio da universalidade.

A saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado encontra-se preconizado no art. 196 da Constituição Federal. Podemos, ainda, acrescentar que a procura das pessoas de nível superior pelo serviço ambulatorial do HUOL pode resultar, em primeiro lugar, no fato de que ser portador de diploma de formação superior não garante, necessariamente, a aquisição de um plano privado de saúde; em segundo lugar, determinados procedimentos médicos nem sempre são contemplados por alguns destes planos.

Quadro 1. Profissão dos usuários pesquisados. HUOL, Natal/RN. 2008

Profissão	Usuários (%)
Do lar	50
Agente de saúde	5
Agricultora	5
Aposentado	5
Educadora	5
Eletrotécnico	5
Estudante	5
Marítimo	5
Motorista	5
Operador de caixa	5
Recepcionista	5

De acordo com o que mostra o quadro 1, 50% dos usuários exercem alguma profissão, ficando a outra metade incluída na categoria “do lar”, compatível, portanto, com um grupo formado, em sua maioria, por mulheres. Apesar da inserção, na atualidade, da mulher no mercado de trabalho, ainda predomina nas classes menos favorecidas, o caso deste grupo, a mulher assumindo apenas atividades domésticas (VASCONCELOS,1995).

Quadro 2. Procedência dos usuários do HUOL, Natal/RN. 2008.

Procedência	Usuários (%)
Natal	
Distrito Norte	30
Distrito Oeste	15
Interior	
Lages Pintadas	10
Caicó	10
Ceará-Mirim	5
Currais Novos	5
Lagoa D'anta	5
Parnamirim	5
Rodolfo Fernandes	5
Santo Antônio	5
São Gonçalo do Amarante	5

Conforme podemos visualizar no quadro 2, a maior procura incide em uma demanda vinda do interior e das áreas mais carentes da capital. Sendo o HUOL uma instituição de atenção terciária, esses usuários são referenciados pelas unidades básicas da capital e pelos serviços das regionais de saúde do interior, dentro da política de regionalização do SUS. Eis o que afirmam três destes usuários:

Vim encaminhada do hospital de Santo Antônio, fiquei perdido, passei por vários setores e não era o meu, não tinha nada dizendo onde era o lugar de ser atendida (...) o prontuário se perde, ninguém sabe onde está e o médico sem ele, não quer atender.

Cheguei encaminhada do médico da minha cidade (Rodolfo Fernandes), lá não tem muito recurso pro meu tratamento, minha vista.

Sou de muito longe, vim de Caicó, os médicos aqui demoram muito a chegar, saí de casa muito cedo.

Não tive maior dificuldade porque sou daqui (Zona Norte) vim acompanhada de minha filha que sabe tudo aqui.

Cohn et al. (1993 apud DIMENSTEIN E SANTOS, 2005, p.79) referem que

a acessibilidade [...] não se reduz ao conceito de acesso pela proximidade, tal como destacam os documentos das políticas de saúde nesse país, nem se traduz na concepção empobrecida de disponibilidade pela presença física dos recursos nas áreas onde existe. A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde à relação funcional entre as “resistências” que são oferecidas pelos próprios serviços – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam – e o “poder de utilização” que se forma através de experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforme o seu perfil de demanda

A acessibilidade, portanto, não diz respeito apenas ao aspecto geográfico, envolve, igualmente, as condições de vida da população. Para muitos dos usuários dos serviços públicos de saúde, as dificuldades de acesso são inúmeras, não somente no que diz respeito à distância física, mas, sobretudo, ao aspecto econômico, que, por vezes, impossibilita outras alternativas. Esta situação foi possível constatar entre os entrevistados deste estudo conforme veremos, mais adiante, no item das dificuldades.

Além disso, outros aspectos devem ser igualmente considerados, como por exemplo, a forma como os profissionais acolhem os usuários.

De acordo com pesquisa realizada em Porto Alegre/RS, acerca do acesso e acolhimento em unidades de saúde, as pesquisadoras concluíram que:

Apesar de existirem serviços de saúde próximos da casa do usuário, sua escolha é influenciada pela forma como ele é recebido na unidade, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolatividade desses serviços(LIMA et. al, p. 15, 2007)

Quadro 3. Atendimento dos usuários segundo patologia clínica e cirúrgica. HUOL, Natal/RN. 2008.

Atendimento	Patologia	Usuários (%)
Clínica Médica		
Cardiologia	Doenças cardíacas e Hipertensão	15
Nefrologia	Insuficiência renal aguda	15
Reumatologia	Dor na coluna e osteoporose	15
Endocrinologia	Diabetes e perda de peso	10
Dermatologia	Lesão de pele	5
Psiquiatria	Depressão	5
Clínica Cirúrgica		
Angiologia	Úlcera varicosa	15
Oftalmologia	Catarata e Glaucoma	10
Cirurgia geral	Colecistectomia e Exerese de tatuagem	10

Como um hospital de atenção terciária, o quadro 3 mostra a procura pelas clínicas especializadas, de maior complexidade. Isto se reveste de grande significação quando nos reportamos ao acolhimento, considerando que esses usuários, por vezes, são dependentes, até mesmo de cadeiras de rodas, como mostra o gráfico 5, a seguir. Portanto, o tempo de espera, a atenção dispensada e o encaminhamento e resolatividade de seu problema são fundamentais para a credibilidade do usuário, em relação ao seu tratamento, em outras palavras, ao seu acolhimento.

Vale a pena salientar que o acolhimento, conforme vem sendo discutido neste estudo, se funda nos próprios princípios do SUS, dentre os quais, aqui destacamos, a integralidade.

Ela está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico [e também dos demais profissionais de saúde] que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005,p290).

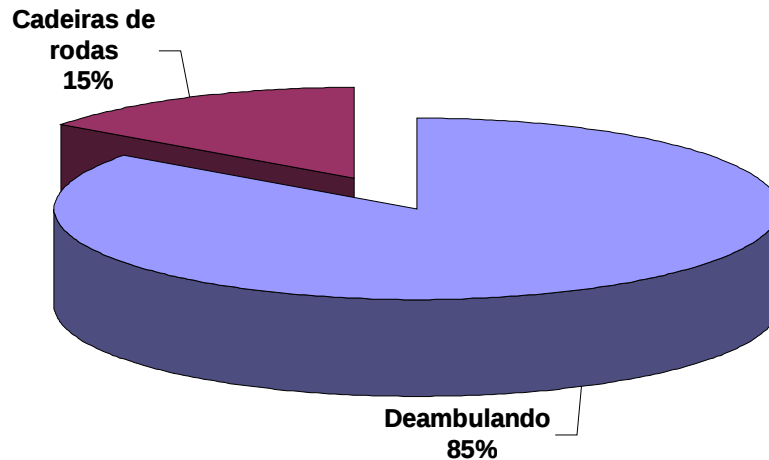
Além disso, devemos lembrar que o sentido de integralidade nos remete a uma preocupação com a promoção da saúde e prevenção de agravos nem sempre dispensadas aos usuários em serviços de atenção terciária, comumente voltada para a alta complexidade.

Comumente esta atenção centra-se na relação queixa/condução , ou seja, a queixa é o que determina o procedimento e não um olhar por inteiro no sujeito.

No entanto, de conformidade com o que afirmam Queiroz et. al (2007, p.481),

a elevação da resolubilidade, em todos os níveis de assistência, faz parte das diretrizes que confirmam o desenvolvimento do SUS, garantindo uma assistência integral, equânime, conjugada nas ações de promoção e proteção “a saúde”(QUEIROZ, p.481, 2007)

Gráfico 5 . Como os usuários chegam ao ambulatório



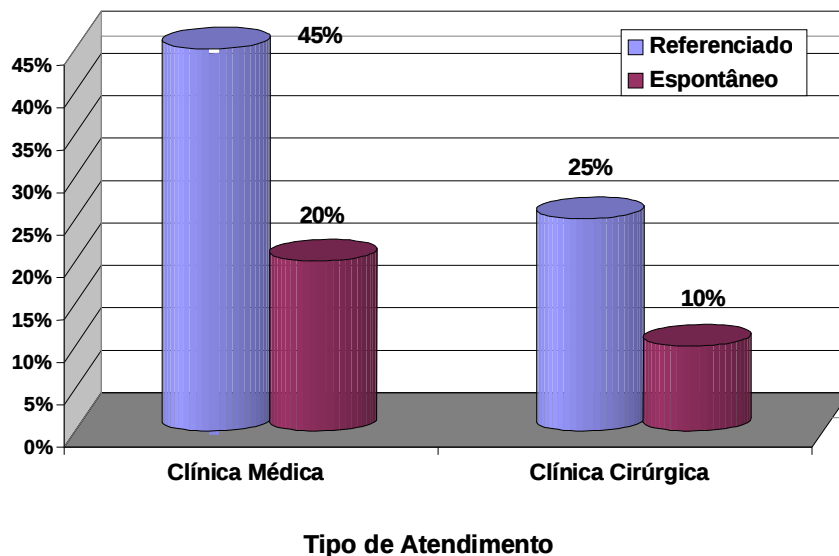
Mesmo considerando um pequeno percentual que utiliza cadeira de rodas em sua locomoção para consulta, nem sempre os usuários são portadores das referidas cadeiras e a disponibilidade por parte do hospital, também é escassa.

É importante registrar, como assinalam Schimith; Lima (2004, p.1490), que

a atividade de recepção de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais serão atendidas.

De certa maneira, se o acolhimento significa também humanização do atendimento, pressupõe a garantia de acesso a todos os usuários. Isto implica em um atendimento de forma qualificada, dando sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução ou encaminhamento do problema deles.

Gráfico 6. Atendimento ambulatorial, segundo forma de encaminhamento e a respectiva clínica. HUOL, Natal/ RN. 2008.



O serviço ambulatorial do HUOL, apesar de se constituir em uma unidade de referência, ainda atende a uma demanda espontânea, pelo fato de não existir uma garantia de vinculação de todas as unidades básicas de saúde ao sistema de marcação de consultas do SUS. Entendemos que o modelo de saúde implantado no Brasil, o SUS, apesar de 20 anos de existência, ainda tem muito a fazer no que se refere ao trabalho educativo junto à população, aos profissionais e aos próprios gestores.

O sistema Público de Saúde ainda é lento, complicado, cheio de burocracias e interrompido. É um sistema complexo porque, além de envolver diferentes atores (secretários de saúde, diretores de hospital, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços de saúde) e diferentes níveis de gestão (federal, estadual, municipal, e local), exige “conversas” e negociações entre esses atores e esses níveis. A forma de encaminhar tais “conversas” e negociações precisa ser reorganizada, pois, como ainda não estão acontecendo de forma integrada, isso se reflete no dia-a-dia do atendimento à população (HUMANIZASUS, 2004, p.135).

Mesmo nos grandes centros do país, estudos realizados em hospitais universitários revelam situação semelhante a do ambulatório do HUOL, como ocorre, por exemplo, com o ambulatório de pediatria do hospital da UNICAMP.

A grande maioria dos usuários do ambulatório de pediatria chega até ele através de encaminhamentos de outro serviço de saúde (91,4%). Embora no ambulatório geral ocorra uma maior proporção de casos que chegam sem um encaminhamento formal ao hospital (11%) em comparação com a especialidade (3%); esses pacientes que chegam através de amizade com funcionários do hospital ou outras maneiras não institucionais conseguem o acesso, independentemente da complexidade da patologia (FRANCO; CAMPOS, p.357, 1998)

Por outro lado, na visão de Teixeira (2002 apud SOLLA, 2005 p.495),

nenhuma das propostas e experiências em processo no país (referindo-se ao SUS) dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas.

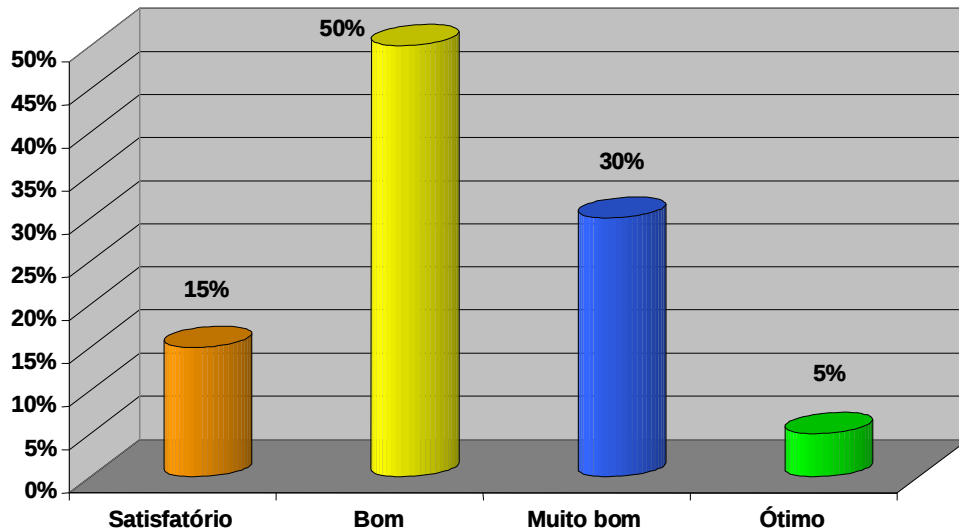
Entendemos ser preciso um esforço conjunto de todos os profissionais, gestores ou não, no sentido de mudar a imagem do serviço público, marcado por uma tradição de má qualidade, e pouca resolutividade dos problemas daqueles que o procuram. Torna-se importante, igualmente, divulgar as experiências bem-sucedidas, acatar as críticas e sugestões de usuários, reinventando novas formas de assisti-los, a partir dos recursos existentes.

5.2 O processo de atendimento na visão de usuários

Neste espaço, que constitui uma das partes mais significativas desta investigação, abordaremos alguns dados a respeito da assistência recebida no ambulatório, conforme a experiência vivenciada por cada um dos usuários participantes da pesquisa, além de algumas queixas, observações, dificuldades e sugestões apontadas por eles, por ocasião das entrevistas.

5.2.1 O que falam a respeito da consulta

Gráfico 7. Distribuição dos usuários a respeito da classificação do seu atendimento.
HUOL, Natal/RN. 2008.



Vale salientar que os 20 usuários participantes da pesquisa todos se mostraram satisfeitos com o atendimento ambulatorial, conforme expressa o gráfico 7.

Da mesma forma, uma pesquisa realizada dentro dessa ordem de preocupação, ou seja, com a qualidade do atendimento, em estreita relação com o acolhimento, demonstrou também existir satisfação por parte dos usuários que procuram o serviço de saúde, no caso, o hospital de pediatria da UNICAMP. Os pesquisadores, responsáveis pelo estudo, admitem existir tantos problemas enfrentados pelos usuários, diante das adversidades da vida, até chegar à consulta médica, que, na abordagem da entrevista, o sim tende a ser favorecido (FRANCO;CAMPOS, 1998).

Em uma outra pesquisa, sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Social da UERJ, os pesquisadores trabalharam com estudantes de medicina e usuários acerca da consulta ambulatorial, e os resultados foram bastante divergentes. Enquanto os usuários mostraram-se satisfeitos com o atendimento naquele espaço institucional, os estudantes de medicina, na condição de usuários, referiram inúmeras falhas na atenção recebida e,

portanto, descontentes com o serviço ambulatorial. Com isso, os pesquisadores observaram que as próprias condições de vida, a origem social do pesquisado interfere na sua visão em relação ao grau de satisfação (LEMME, 2005).

Apesar disto, mesmo considerando as intercorrências, observamos existir, entre os entrevistados deste estudo, algum descontentamento em relação às idas e vindas até o momento da consulta. Todavia, em suas falas revelam que após esperar tantos dias, até mesmo um mês, para conseguir marcar uma consulta para este serviço, algumas horas de espera, a mais, nada significam.

Vejamos o que afirmam:

Esperei seis horas para ser atendido, estou vindo pela primeira vez, tudo foi muito bom não tenho nada de dizer de mal, deu tudo certo.

Fui muito bem recebida, mas pra conseguir a ficha no posto e ser atendida aqui está com trinta dias. Aqui pelo meu médico, foi duas horas esperando a consulta. O médico foi muito atenciosos.

Minha maior dificuldade foi chegar no lugar da consulta, quase não encontrava o setor.

No que pese a satisfação dos usuários em relação ao atendimento, no decorrer das entrevistas conseguimos identificar expressões de insatisfação demonstradas em algumas de suas afirmações:

Cheguei no ambulatório andando, não tinha ninguém para me orientar, apenas um rapaz me ajudou a encontrar o caminho.

Não me perdi por ser cadeirante e vir acompanhado.

Perdi tempo porque não sabia que precisava passar no setor de fichas (referindo-se ao SAME). Pensei que do posto ia para a sala de atendimento.

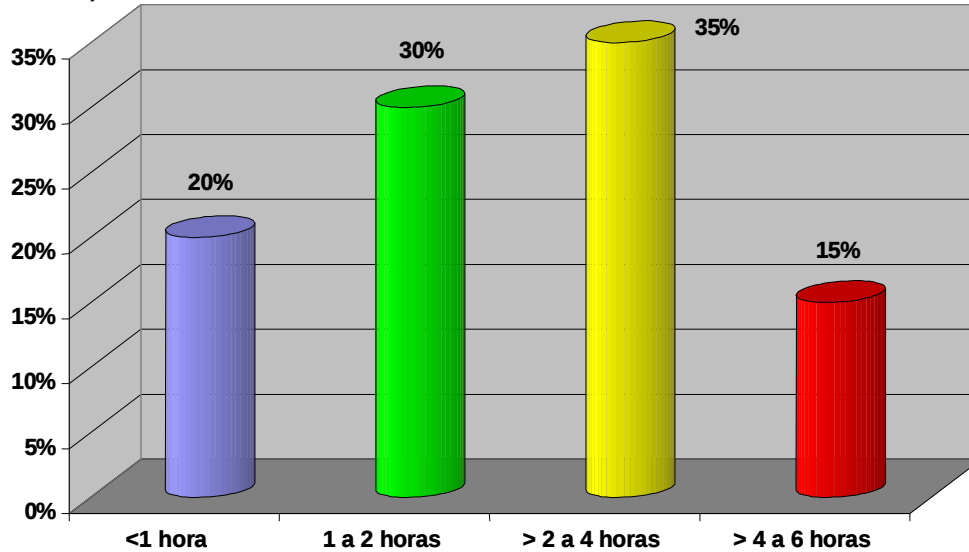
...fui das primeiras a chegar, não sei onde é nada, fui perguntando, perguntando e achei o lugar da consulta. O atendimento aqui é bom. Precisa dizer pros doentes que o bebedouro não é para lavar as mãos, vi pacientes lavando a bolsa de colostomia.

As reclamações centraram-se na falta de orientação aos usuários por parte do serviço, embora muitos outros aspectos mereçam ser devidamente registrados em função de uma melhoria da qualidade da assistência, no sentido de um verdadeiro acolhimento.

Esta orientação não diz respeito apenas à consulta, mas inclui medidas educativas, conforme solicitação dos próprios usuários.

Contudo, sabemos que muito precisa ser feito em relação à resolutividade dos problemas de saúde dos usuários que procuram o serviço. O acolhimento, como técnica, oferece instrumentos para criação de procedimentos e ações organizadas, permitindo maior potencial técnico da equipe, enriquecendo, dessa forma, a atuação da equipe multiprofissional da saúde na assistência. Assim, o acolhimento consiste na utilização dos saberes da saúde para atender e dar respostas às necessidades dos usuários (PINHEIRO; MATOS, 1999).

Gráfico 8. Distribuição dos usuários conforme Tempo de espera para consulta. HUOL, Natal/RN. 2008.



Embora o tempo de espera para consulta tenha excedido em mais de duas horas para 50% dos usuários entrevistados, em alguns casos atingindo até 6 horas, observamos uma certa resignação e conformismo com a situação. Em parte, isto decorre da condição de vida de cada um, na longa trajetória percorrida nas unidades básicas de saúde, até chegar ao hospital, como foi possível observar nos depoimentos anteriores. Mesmo assim, há usuários que reclamam da espera e também da atenção descortês de alguns profissionais do serviço, conforme podemos identificar em uma das falas, a seguir:

O atendimento foi bom, a assistência é muito boa. Esperei uma hora e meia para ser atendida.

Saí de casa muito cedo, ônibus lotado, motorista apressado, chego aqui, encontro pessoas aborrecidas, alguns médicos mal-humorados, passa nem dá bom-dia...Esperei 5 horas.

Pinheiro e Guizardi (2005) reportando-se ao cuidado e integralidade advertem que não se referem apenas a procedimentos técnicos e simplificados. O cuidado implica no tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu

sofrimento, em grande medida, fruto de sua fragilidade social. Da mesma forma a ação integral é traduzida em atitudes, como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Isto posto, nos leva a refletir acerca da importância de considerar a subjetividade do usuário, na atenção que a ele dispensamos, reforçando a escuta e a criação de vínculo, que constituem elementos fundamentais do acolhimento.

De conformidade com Miranda (1996 apud ISMAEL, 2005, p.101),

o envolvimento do profissional torna a relação com o paciente em encontro gratificante (...) sofrer com a dor do outro é saudável, esperado, material e adequado(...) o profissional neutro, frio e distante não terá, provavelmente, as posturas necessárias a uma relação de ajuda afetiva e efetiva.

Como se não bastasse o sofrimento desses usuários, constatado em diversas ocasiões nas entrevistas, no dizer de Franco e Magalhães Júnior (2006, p. 127-128),

prevalece [na saúde] um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo, além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Esta observação merece a devida atenção dos profissionais da saúde, em qualquer espaço onde desenvolvam suas atividades, sejam unidades básicas ou hospitais. Qualquer que seja a situação, devemos ainda lembrar que a grande maioria da população brasileira vive em condição de pobreza, o que pode resultar em mais um agravante no seu quadro de saúde, exigindo, por vezes, mais desvelo e dedicação por parte de quem cuida.

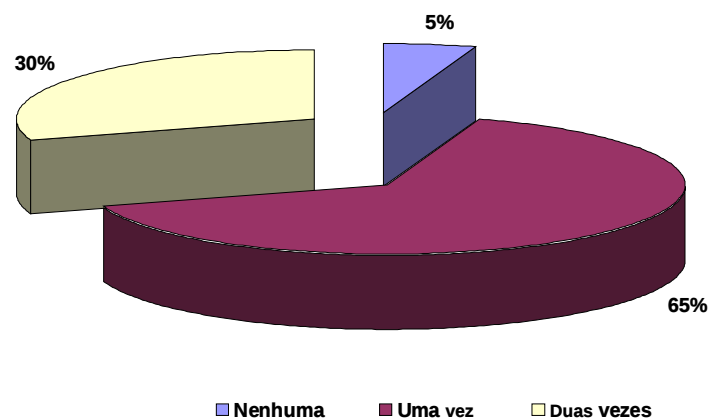
Franco et al. (1999 apud GOMES e PINHEIRO, 2005), analisando o acolhimento e vínculo nos serviços de saúde, em grandes centros urbanos,

defendem o acolhimento como dispositivo para interrogar processos intercessores que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização(p. 291).

Acrescenta Nunes (2006,p.317) referindo-se à humanização na saúde, ser preciso

criar ambientes mais acolhedores e mais propícios a uma assistência mais humanizada e também disseminar informação, criar condições e tornar acessíveis os recursos que possibilitem a autonomia e a participação dos usuários nas decisões.(NUNES, 2006, p.317)

Gráfico 9. Quantas vezes compareceu ao hospital antes de ser atendido. HUOL, Natal/RN. 2008.



O percentual de 65% em primeira vez, para o atendimento conforme demonstra o gráfico 9, reforça a importância do sistema de marcação de consulta. Uma vez utilizando esse sistema, através de sua central, os usuários sempre são atendidos na primeira vez, como ocorreu com a maioria dos entrevistados. Esse dado é também importante na medida em que pode ser um indicador positivo em relação à certeza de que o usuário terá seu atendimento assegurado. Essa é uma das prerrogativas preconizadas pela política do SUS,

facilitando o atendimento daqueles que precisam de um encaminhamento para um especialista.

No entanto, a população busca, muitas vezes, as antigas formas viciadas, pautadas no clientelismo, na amizade, desconsiderando todas as iniciativas de uma nova política que se baseia em outros princípios. Os próprios profissionais desconhecem, por vezes, a nova lógica do sistema e terminam por confundir a população, principalmente quando se trata da atenção terciária.

5.2.2 Identificação de queixas, dificuldades e sugestões

Os participantes da pesquisa, quando indagados acerca das suas observações e queixas em relação à assistência no ambulatório, a maioria revelou ter ficado bastante satisfeita com a atenção recebida por parte dos profissionais que atenderam, e não havia qualquer queixa ou observação, mas isto não foi uma unanimidade. Embora entendendo a dificuldade das camadas menos favorecidas em expressar algum descontentamento, uma vez atendidas em suas necessidades, no caso, a realização de uma esperada consulta a um especialista, insistimos com os entrevistados no sentido de descobrirmos alguma queixa, em função da melhoria do acolhimento naquela unidade ambulatorial.

Desse modo, colhemos alguns depoimentos significativos, que se encontram elencados no quadro 4, a seguir, cujo teor merece a devida consideração e cuidado dos profissionais responsáveis pela unidade ambulatorial.

Quadro 4. Observações e queixas dos usuário. HUOL, Natal/RN. 2008

OBSERVAÇÕES, QUEIXAS E SUGESTÕES
Bom relacionamento dos profissionais com o usuário; O banheiro falta papel e higienização; Faltam cadeiras confortáveis e uma TV para passar o tempo; Horário certo para o paciente ser atendido e que fosse cumprido; A consulta dos idosos deveria ser no setor térreo, principalmente os casos de oftalmologia, urologia, cardiologia; Falta sinalização e o paciente fica perdido; Ausência de uma sala de espera, o paciente passa muito tempo em pé e quando senta é num banco de madeira totalmente desconfortável; Os bancos para sentar são insuficientes.

Muitas queixas, aqui relacionadas, partiram da grande maioria dos entrevistados, principalmente a falta de sinalização para os usuários que procuram o atendimento no ambulatório e denota um descuido por parte de todos aqueles que fazem a instituição.

Conforme Boff (1999, p.91),

o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar do seu destino de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. Cuidado significa então desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato.

O autor ainda acrescenta que “a atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade” (BOFF, 1999, p. 91).

Entendemos, portanto, que esse acolhimento é uma expressão de cuidado e, como tal, envolve todos os profissionais, independente do lugar que estes ocupem na instituição. Devemos ainda considerar que, sendo o HUOL um hospital-escola, e de referência, assume certa credibilidade no imaginário da população. Conforme afirmam Guedes e Findlay (2003 p. 227, apud PANTLAGEAN, 1990),

podem existir diversas representações sobre uma mesma realidade. Diferentes grupos sociais, a partir de sua formação e amparados pelas informações de que dispõem através da mídia, da experiência pessoal ou profissional ou mesmo da conversa informal com conhecidos ou parentes, vão formando uma imagem diferente de um mesmo objeto ou símbolo.

Este é um aspecto que não pode deixar de ser considerado. Além de hospital de ensino e pertencer a uma universidade federal, o HUOL goza, como instituição centenária, de um certo prestígio junto à população que o procura. Mas, por outro lado, a própria população convive com uma ambivalência em relação à atenção prestada pelo HUOL e isto pôde ser apreendido por ocasião das entrevistas.

Ao mesmo tempo que a instituição tem um valor em si, pela simbologia que ela encerra, porém, pelo fato de ser parte integrante do SUS, muitos usuários a vêem como um serviço destinado a pobres, e, como tal, não necessita primar por sua qualidade.

Observações dessa natureza são feitas com frequência entre os usuários que se encontram na fila, aguardando consulta.

Quadro 5. Dificuldades encontradas pelos usuários para ser atendidos no ambulatório do HUOL, 2008.

DIFICULDADES
Marcar a ficha no posto (unidade básica); Demora dos médicos para o atendimento; Falta de Sinalização e o paciente fica perdido; Escassez de cadeiras de rodas; Falta de recursos financeiros para pagamento de transporte Falta alguém para nos orientar porque o ambulatório é muito grande.

Analisando o quadro 5, identificamos algumas dificuldades apontadas pelos usuários e reforçadas em suas falas, conforme podemos observar, a seguir:

Minha maior dificuldade não foi aqui no hospital, foi pra marcar ficha no posto pra ser consultada aqui. E para chegar ao lugar da consulta perguntei a duas pessoas que também não sabiam como chegar lá.

Minha dificuldade foi marcar a ficha no posto, ia todo dia e não tinha mais ficha pro HUOL e também a falta de dinheiro para pagar o transporte.

A dificuldade foi encontrar uma cadeira de rodas para chegar no setor. Passei duas semanas pra conseguir a ficha no posto.

Cheguei aqui com muita dificuldade, pois tive trombose, tenho dificuldade de andar, vim encaminhada do outro hospital, já vim três vezes e a medica não veio, se ela não tivesse vindo hoje, ela ia ver o que eu ia fazer, não é ela que passa todas as dificuldades pra chegar até aqui, pedindo ao motorista do ônibus paciência pra eu subir, muitas vezes não tem cadeira vazia e eu tenho que pedir lugar ao povo, não tenho força pra me segurar direito, é um sofrimento, só quem sabe sou eu.

As falas referidas sinalizam para a falta de interlocução entre as unidades básicas de saúde e os hospitais de referência, como o HUOL, por exemplo, redundando em mais sofrimento para o usuário. A dificuldade em marcar a consulta para o especialista, a partir da referência da atenção básica, representa um desrespeito ao direito do usuário, que muitas vezes gasta o dinheiro da passagem, fica horas na fila e não consegue ser atendido. Além disso, trata-se de uma verdadeira peregrinação pelos serviços de saúde, o que nos permite inferir não existir uma política de acolhimento, conforme preconiza o SUS.

Segundo Cecílio (2007, p. 302-303),

a missão do hospital precisa ser desenhada considerando o sistema de saúde como um todo, tendo em conta que é necessário construir, de forma flexível e criativa, múltiplos circuitos dentro dele e modelado sempre pelo critério das necessidades reais das pessoas.

Da mesma forma, a equipe que acolhe devia ter como objetivos ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes, conforme advertem Silva Junior e Mascarenhas(2005).

Um outro aspecto que foi possível observar, por ocasião das entrevistas e que diz respeito à falta de articulação entre a assistência dispensada na atenção básica e o hospital, é o sistema de contra-referência. Os usuários, na grande maioria, reclamam de falta de acompanhamento nas suas unidades de origem, comprometendo, assim, cada vez mais, a vida destes usuários e a própria atenção dispensada a estes, pelo hospital.

A análise, até então empreendida, nos leva a uma séria reflexão acerca da fragilidade do nosso sistema de saúde e do acolhimento, em particular. Esta constatação assume uma dimensão mais preocupante na medida em que outros estudos, realizados em centros urbanos de maior porte e em regiões mais desenvolvidas do país, mostram resultados semelhantes, como podemos observar, em pesquisa realizada no Hospital de pediatria da UNICAMP. Entre as dificuldades apontadas, Franco e Campos (1998), destacam as seguintes:

- Acesso (longa distância, custeio do transporte);
- Transporte (falta de adequação nos horários de ambulâncias e ônibus);
- Área física (falta de informação visual dentro do hospital, dificultando a locomoção; falta de higiene);
- Demora no atendimento;
- Remarcação de cirurgias várias vezes;
- Carência de alto-falante na recepção;
- Extravio de exames e prontuários;
- Relacionamento ruim entre funcionários e clientela;
- Falta de clareza nas explicações médicas;
- Morosidade na investigação do caso (...)

Como vemos, os problemas e dificuldades levantadas em uma outra realidade guardam uma estreita relação com o estudo que ora realizamos. Apesar da distância geográfica, esses dois grupos populacionais se assemelham em condições precárias de vida, o que nos leva a uma outra reflexão: a necessidade de aguçarmos nossa sensibilidade para o ethos da compaixão e do cuidado, como assinala Boff (2003), ao lidarmos com o outro, no exercício da profissão.

Considerações finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa, ora realizada, tratou da assistência ambulatorial, em um hospital universitário, na visão de usuários, tomando o acolhimento como sua principal referência.

Foram entrevistados 20 usuários, em primeiro atendimento, pelo fato de partirmos do pressuposto de que a formação de vínculos e a credibilidade em relação ao serviço dependem, em grande medida, dessa primeira experiência, conforme assinalam os autores referenciados neste trabalho, que estudam o acolhimento, como Merhy, Pinheiro, entre tantos outros.

Durante o processo da investigação enfrentamos algumas dificuldades das mais diferentes ordens: o temor do usuário para assinar o TCLE, com receio de perder sua aposentadoria; pouca disponibilidade de tempo para a entrevista, considerando que alguns usuários dependiam de ambulância para retornar aos seus municípios; medo de responder às perguntas temendo alguma penalidade em relação ao seu tratamento; falta de espaço físico para atendê-los, chegando a realizar algumas entrevistas nos corredores, após a consulta; longo tempo de espera, considerando que alguns dos entrevistados aguardavam entre três e seis horas, para ser atendidos, entre outras, intercorrências menores.

De todo modo, apesar desses contratempos, devemos reconhecer que fomos, plenamente acolhidos pela direção da instituição e por todos os funcionários que compõem o quadro do ambulatório, o que facilitou nosso contato com os usuários.

Na verdade, o fato de pertencermos à equipe de enfermagem da instituição, em pauta, e dirigir a divisão de enfermagem por nove anos, até o início de 2006, isto naturalmente, fez com que nos sentíssemos “em casa” para a realização das entrevistas. Porém, não nos isentou de enfrentarmos alguns percalços, inclusive, a dificuldade de aceitarmos algumas referências negativas dirigidas à instituição, pelos usuários, por nos sentirmos parte dela. De todo modo, terminamos por acatar essas críticas e achamos, por fim, significativo e gratificante observar que, apesar da estreita relação com o hospital, no exercício da função de dirigente da área de enfermagem, na condição de

pesquisadora, a percepção foi distinta daquela que tínhamos antes da investigação.

Mesmo percebendo que convivíamos com problemas, alguns há longo tempo identificados, o nosso olhar sobre a mesma realidade foi diferente e nos levou a refletir com maior profundidade sobre a prática cotidiana naquela instituição.

Isto posto, devemos dizer que, após escutar, através de entrevistas, cada um dos 20 usuários participantes do estudo e considerar as anotações registradas a partir de eventos ocorridos em relação a estes, podemos afirmar que existe um longo caminho a ser percorrido para que possamos falar de acolhimento.

Os usuários se dizem satisfeitos por serem atendidos, por se encontrarem em um hospital que para eles é uma referência, independente da classificação do SUS, um lugar onde se encontram os professores e isso lhe confere competência, credibilidade e segurança, além de outras qualidades. No entanto, apesar de demonstrarem satisfação de forma explícita, revelam, igualmente, em suas falas, alguns descontentamentos, tanto de ordem estrutural quanto de relacionamento.

Entre os vários aspectos, de conotação negativa, apontados por eles, em relação à assistência ambulatorial, podemos resumir nos seguintes: sentem-se perdidos no ambulatório, por falta de sinalização e informação; dificuldade na marcação da consulta; falta de respeito ao cumprimento do horário de consulta; escassez de cadeira de rodas; banheiros distantes dos consultórios; poucos bebedouros; falta de bancos ou cadeiras no hall de espera; consulta de idosos no primeiro andar, pois alguns têm medo de utilizar o elevador; alguns profissionais pouco receptivos, chegando a não cumprimentar os usuários; pouca disponibilidade para dar informações, entre outras insatisfações.

Além disso, podemos acrescentar a falta de interlocução entre as unidades básicas e o hospital, redundando não somente nas idas e vindas do usuário, já sacrificado pela sua própria condição de vida, mas, também, pela falta de continuidade do seu tratamento. Foi possível, além disso, identificar, entre os usuários atendidos que, apesar da referência para o serviço de atenção terciária, não há um retorno da contra-referência. Da mesma maneira,

percebemos não existir preocupação, por parte dos profissionais, com atividades de promoção e proteção da saúde dos usuários, descaracterizando o sentido de integralidade, como princípio do SUS.

Ainda registramos perda de prontuários durante o período da pesquisa, resultando no não atendimento da consulta; isto pode significar adiamento da resolubilidade do problema de saúde deste usuário, gerando ansiedade, desconforto e mais despesas em um orçamento, comumente, já restrito.

Portanto, entendendo a importância da assistência ambulatorial no HUOL, como uma unidade de referência do SUS e um espaço de ensino, pesquisa e extensão, sugerimos:

- Investir em treinamento dos gestores imediatos e funcionários através da educação permanente, com a finalidade de crescimento coletivo, podendo ser feita através de cursos, estágios em hospitais que trabalham a proposta do SUS, estimulando os que já estão no processo a melhorar e continuar colaborando na melhoria assistencial;
- Favorecer os grupos de estudos já existentes sobre humanização, estimulando as propostas de melhoria;
- Sinalizar os setores com setas e cores, facilitando o acesso e entendimento do usuário, mesmo aquele não alfabetizado;
- Melhorar o quadro de funcionários no SAME, devido à sua grande importância para a operacionalização do atendimento ambulatorial;
- Organizar um espaço onde os pacientes possam aguardar o seu atendimento com mais conforto e dignidade;
- Promover palestras educativas durante a espera do atendimento através de vídeos e dos acadêmicos que utilizam o ambulatório como campo de estágio, contribuindo, dessa forma, na educação e prevenção dos agravos à saúde;
- Resgatar, entre os funcionários, o prazer de fazer parte da instituição, com grupos de conversa sobre a missão institucional, desmitificando que tratar o usuário com respeito é algo especial ao atendimento;
- Oferecer treinamento sobre acolhimento com classificação de risco, para operacionalizar o atendimento com resolutividade;

- Personalizar o atendimento com uma comunicação acessível ao paciente, de acordo com o seu grau de instrução;
- Avaliar como estão sendo oferecidos os serviços ao usuário, fazendo oficinas de sensibilização, colocando-se no lugar do outro, fazendo seu percurso;
- Avaliar o ensino que está sendo oferecido aos estudantes da área da saúde, incentivando a prática do respeito mútuo, independente da escolaridade, raça, religião, sexo, faixa etária e procedência;
- Ter uma central para tirar dúvidas e dar informações;
- Ter um local para fazer suas críticas e sugestões;
- Aumentar o número de bebedouros para utilização dos usuários;
- Informatizar os setores para facilitar a busca dos prontuários;
- Emitir senha digital para organização do atendimento ao usuário, observando a ordem de chegada.

Devemos pois dizer que o maior desafio para a realização do acolhimento, apesar de alguns limites institucionais, é transformar as reclamações em oportunidades, reinventando a prática a cada novo dia, minimizando, assim, os problemas daqueles que buscam os serviços de saúde.

Entendemos que o novo hospital, dentro da política do SUS, deve ser um espaço de promoção e proteção à saúde, em defesa da vida e da cidadania. Por isso precisa contar com a participação conjunta de todos os profissionais, na reconstrução de novas relações, possibilitando uma atenção à saúde, de qualidade, na qual o acolhimento represente uma de suas expressões.

Referências

7 REFERÊNCIAS

ALVES, J.S; Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. **Revista Brasileira de bioética**, Brasília, v.3, n. 1, 2007.

BOFF, L. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

_____. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTSARIS, A. **Sem anestesia**: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro-RJ: Objetiva, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão e Controle Orçamentário no Hospital **Programa de Assistência Hospitalar**. Brasília-DF. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização**: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação. RESOLUÇÃO - RDC nº 93, de 26 de maio de 2006**. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília – DF: Diário Oficial da União, 29 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Hospital Universitário Onofre Lopes**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/huonofre.pdf#search=%22hospital%20universit%C3%A1rio%20ONOFRE%20LOPES%22>. Acesso em: 12 maio 2006.

CAMELO, S.H.H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, ago. 2000.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 2, p. 29 – 87.

CARLOS, D.J.D. **Passado e presente**: a enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal, 2005, 116 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) -

Departamento de Enfermagem. Universidade federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

CECÍLIO, L.C.O, O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E; ONOCHO, R.(Org.) **Aqui em saúde:** um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.111-118, set./dez. 2005.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 1998.

_____. **Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário**. Rev. Saúde Pública, v.32, n. 4, p. 352-60.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MHERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. O acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Revista Interface – Comunicação, saúde, educação**. Rio de Janeiro, v.9 n.17, p. 287-302, 2005.

GOODE, W.J; HATT, P.K. **Métodos em pesquisa social**, 4 ed. São Paulo-SP: CEN, 1973.

GUEDES, S.P.L.C.; FINDLAY, E.A.G, **Hospital publico é assim mesmo!** Representações sociais sobre um hospital público no final do século XX. Joinville, Univille, 2003.

HOUAISS, A.. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, Ed. Objetiva 2004.

KANASHIRO, M. Crise nos hospitais universitários. **Revista Eletrônica de Jornalismo Científico Com Ciência**, n. 58, set. 2004. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/universidades/uni06.shtml>. Acesso em: 03 jul. 2006.

KUNDTZ, D.J, **A essencial arte de parar**. Rio de Janeiro – RJ: Sextante, 2005.

LEMME, A. C., **Ouvindo e encantando o paciente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? a qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 2, p.502-511, mar./abr. 2004.

MALTA, D. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-159.

MARIOTTI, H. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. Secretaria Municipal de Saúde - São Paulo, 2002.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998. 219p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde**: os serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec; 1994. Cap. 3, p. 117-160.

_____. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido**: a micro-política do trabalho vivo em saúde. In : MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/SP: HUCITEC /Abrasco, 1999.

_____. **Pesquisa social** teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 21 edição. Petrópolis-RJ, 2002.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1990.

NEVES, C.A.B. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Cartilha – Textos básicos em saúde. Brasília-D.F. Editora MS, 2006.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação de oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A, org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:UERJ; 2001. p. 15-44.

POLIT, D.F.; BECK.C.T, HUNGLER, B.P.; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre-RS: Artmed. 2004

PRUDENTE, Gustavo. Paisagem em mutação. **Folha de São Paulo**, Sao Paulo, 06 jan. 2005. p. 01-01. Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=62179>>. Acesso em: 13 maio 2007.

QUEIROZ, M. V.O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto contexto - enferm.**, v.16, n.3, p.479-487, jul./ set. 2007.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo-SP: Atlas, 1999.

SANTOS, A.M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 1, p.75-85, jan. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento:** o pensar, o fazer, o viver. São Paulo; 2002.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família **Cad. Saúde Pública**, v.20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004.

SILVA JÚNIOR, A.G; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade:** aspectos, conceitos e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ, ABRESCO, 2005.

SOLLA, J.J.S.P, Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife-PE, 2005.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.2, p.331-340, fev. 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A (Org.) **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, ABRASCO, 2007.

UFRN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Hospitais. Disponível em:<<http://www.ufrn.br/ufrn/conteudo/servicos/hospitais/onofrelopes.htm>>. Acesso em: 12 maio 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidado humanizado**: o resgate necessário. Porto Alegre:
Sagra Luzzatto, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/N LAGOA NOVA, NATAL-RN
CEP-59072-970 FONE 3215 3196

Ilmo. Sr. Dr. José Ricardo Lagreca Sales

Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes

O Departamento de enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente no seu Programa de Pós-graduação, com o Curso de Mestrado em enfermagem. Deste modo, a mestrandia Maria Cléia de Oliveira Viana, está realizando uma pesquisa intitulada: “O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: VISÃO DE USUÁRIOS,” necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição de ensino.

Assim, solicitamos de VS^a. a valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestrandia para a realização da coleta de dados, quanto a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação, e bem como a apresentação dos resultados na instituição. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho da Direção Geral, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Prof. Dr. Raimunda Medeiros Germano (orientadora).

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/N LAGOA NOVA, NATAL-RN
CEP-59072-970 FONE 3215 3196

Ilmo. Sr^a. Enf^a Neuma Oliveira de Medeiros

Diretora de enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes

O Departamento de enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente no seu Programa de Pós-graduação, com o Curso de Mestrado em enfermagem. Deste modo, a mestranda Maria Cléia de Oliveira Viana, está realizando uma pesquisa intitulada: O ACOLHIMENTO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: VISÃO DE USUÁRIOS, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto a essa instituição de ensino.

Assim, solicitamos de VS^a. valiosa colaboração no sentido de autorizar tanto o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados, quanto a utilização do nome da instituição no relatório final da investigação, bem como apresentação dos resultados na instituição. Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho da Direção Geral, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO USUÁRIO DO SERVIÇO AMBULATORIAL DO HUOL

Nº _____ Data: ____/____/____

1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1.1 Sexo: 1. M 2. F Religião: Qual?

1.2 Idade: _____ anos Filhos: Sim () Não () Quantos?

1.3 Estado civil: 1. Solteiro 2. Casado/União estável 4. Viúvo

5. Divorciado/Desquitado

1.4 Escolaridade: 1. Não alfabetizado () 2. Alfabetizado ()

3. Ensino Fundamental I () C () 4. Ensino Médio I () C ()

5. Ensino Superior I () C ()

1.5 Profissão: N () S () Qual: _____ Trabalha S () N () Onde?

1.6 Procedência: 1. Natal (distrito): 2. Interior (Município): _____

Outros estados _____

1.7 Situação de saúde atual: Patologia

2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

2.1 Como o senhor (a) chegou ao ambulatório? Como foi recebido?

Por quem foi encaminhado?

2.2 Quais as maiores dificuldades encontradas pelo senhor (a) para ser atendido (a) no ambulatório do HUOL?

2.3 Qual o tempo de espera para ser atendido?

2.4 Quais as dificuldades de locomoção para chegar ao local de ser atendido?

2.5 Quantas vezes o senhor (a) veio ao hospital antes de ser atendido?

2.6 Teve dificuldades em encontrar o setor a ser atendido?

2.7 Como o senhor (a) descreve seu atendimento no ambulatório do HUOL?

Fale sobre a assistência recebida

2.8 Que outras observações o senhor (a) faria acerca de seu atendimento?

2.9 O senhor (a) tem alguma(s) queixa(s)? Qual (is)?

2.10 O senhor (a) tem alguma sugestão para melhorar o atendimento?

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Caro (a) usuário,

O objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado **“O acolhimento no ambulatório de um hospital universitário na visão de usuários”**. O propósito do estudo é analisar a assistência ambulatorial do hospital universitário Onofre Lopes.

Atribuímos a importância da presente pesquisa ao fato de poder contribuir com a melhoria da assistência acerca do acolhimento do usuário.

Para a coleta de dados serão utilizados dois instrumentos. O primeiro, um formulário destinado à de informações acerca de todos os usuários atendidos por um período de trinta dias. O segundo, um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas. Esta será realizada com vinte usuários de primeiro atendimento.

Os procedimentos de coleta de dados, durante a sua participação no projeto, poderão oferecer pequenos desconfortos e riscos mínimos à sua saúde. Caso ocorram, serão de inteira responsabilidade da pesquisadora, que responderá por qualquer indenização, se for o caso.

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados apenas para fins científicos, havendo o compromisso por parte da pesquisadora em manter sigilo de sua participação, e seu nome não será revelado.

Ressaltamos ainda que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe ocorra penalidade ou prejuízo. A pesquisadora se responsabiliza por possíveis custos solicitados por você, desde que fique comprovada legalmente sua necessidade.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Raimunda Medeiros Germano, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, procurar o CEP-UFRN.

Desde já agradecemos a disponibilidade em participar voluntariamente do estudo, e caso aceite participar, solicitamos a sua confirmação neste documento.

Consentimento

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada

“O acolhimento no ambulatório de um hospital universitário na visão de usuários”.

Assinatura do informante

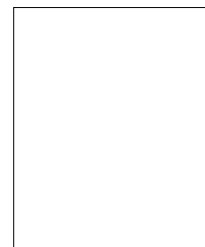
Assinatura do pesquisador

Natal RN, ____/____ de 2008.

Dra Raimunda Medeiros Germano (Coordenadora da Pesquisa)

Departamento de Enfermagem, Campus Universitário, sn
Lagoa Nova - Natal-RN
CEP: 59072-970
Fone: (84) 3215-3196
e-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

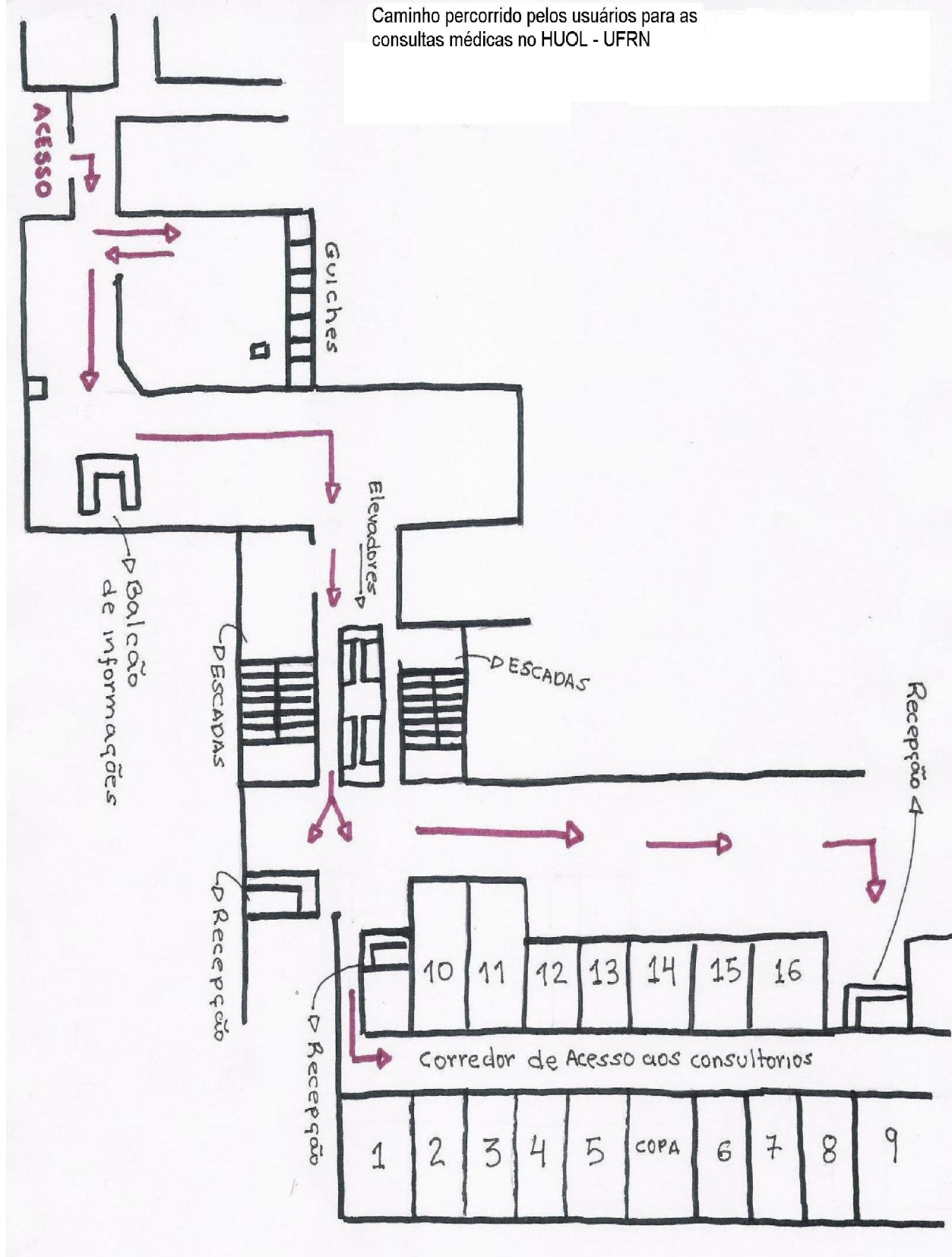
Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN
Campus Universitário s/n – Lagoa Nova,
Natal/RN BR 101
Cep. 59.072-970. Fone: 32153135
Site: www.etica.ufrn.br



Impressão Datiloscópica

APÊNDICE E

Caminho percorrido pelos usuários para as
consultas médicas no HUOL - UFRN



APÊNDICE F



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Nº 044/2008

Prot. nº	111/07- CEP-UFRN
CAAE	0132.0.051.000-07
Projeto de Pesquisa	O acolhimento no ambulatório de um hospital universitário na visão dos usuários
Área de Conhecimento	Ciências da Saúde/Enfermagem - Grupo - III
Pesquisador Responsável	Dra. Raimunda Medeiros Germano
Instituição Onde Será Realizado	UFRN
Instituição Sediadora	Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL)
Finalidade	Pós-Graduação/Mestrado
Período de Realização	Início - dezembro de 2007 Término - dezembro de 2007
Revisão Ética em	14 de março de 2008.

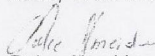
RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

Orientações ao Pesquisador: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
5. os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 14 de março de 2008.


Dulce Almeida

Vice-Coordenadora do CEP-UFRN

APÊNDICE G



Foto 1. Chegada de usuários em ambulância.



Foto 2. Guichê para marcação de consulta.

APÊNDICE H



Foto 3. Aguardando momento de entrega de documentos para confirmação de consulta.



Foto 4. À procura de prontuário no SAME.

APÊNDICE I



Foto 5. Aguardando consulta.



Foto 6. Aguardando consulta em clínica especializada.

APÊNDICE J



Foto 7. Cadeirante aguardando familiares.



Foto 8. Aguardando consulta.

APÊNDICE L



Foto 9. À procura do consultório.



Foto 10. Aguardando consulta.

APÊNDICE M



Foto 11. Balcão de recepção da clínica médica.



Foto 12. Aguardando consulta.

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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