

ÂNGELA MARIA RODRIGUES

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O PROGRAMA DE ACOLHIMENTO
OFERECIDO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO**

**Projeto de Conclusão do curso de Especialização em Informação Científica e
Tecnológica em saúde apresentado ao Grupo Hospitalar Conceição.**

Orientadora: Prof^a Ms Maria Helena Schmidt

Porto Alegre

2009

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS.....	05
2.1 OBJETIVO GERAL	05
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
3 JUSTIFICATIVA.....	05
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	05
4.1 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	05
4.2 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO.....	07
4.3 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	09
4.4 PROCESSO DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO	11
4.5 ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA DO HNSC.....	11
4.6 PROCESSO DE TRABALHO NA EMERGÊNCIA DO HNSC	12
5 METODOLOGIA	13
5.1.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	13
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	14
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	14
5.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	15
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	15
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
6 CRONOGRAMA	17
7 ORÇAMENTO	18
REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICES	21

1 INTRODUÇÃO

Através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública no Brasil passou por algumas reformulações quanto à sua forma de prestar serviços para melhor atender ao usuário. Dentre estas mudanças, destaca-se um de seus princípios fundamentais, que é a garantia aos seus usuários de uma melhor qualidade no atendimento.

Em 2003, buscando a valorização dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores, o Ministério da Saúde iniciou o processo de construção da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no SUS, Humaniza SUS (Brasil, 2004). Este programa incentiva um aumento na autonomia e no protagonismo desses sujeitos, estabelecendo vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão, visando mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e produção de saúde.

A humanização dos serviços de saúde é uma política pública que tem entre seus dispositivos o Acolhimento com a avaliação e classificação de risco que traz no bojo de suas definições uma postura ética, que implica no compartilhamento de saberes e angústias, tomando para si a responsabilidade de acolher o outro em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. Esse processo deve ser entendido como uma ação que precisa ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Acolhimento é uma estratégia que surgiu através da Política Nacional de Humanização para atender a todos que procuram o serviço de saúde, garantindo que os usuários sejam ouvidos, acolhidos, atendidos e tenham seus problemas solucionados com maior eficácia, incluindo as situações que exigem encaminhamento (BRASIL, 2004^a).

Entretanto, devido a um volume assistencial tão significativo, algumas deficiências podem ser observadas: Baixa qualidade dos serviços, baixa cobertura, ineficiência e baixa produtividade. Deste modo, cada vez mais se questionam os métodos de gestão para regular os processos sociais e a dinâmica organizacional, observando-se progressivamente a necessidade de problematizar a dimensão

subjetiva das organizações de saúde nas suas práticas assistenciais. Por isso, diante destas expectativas, os temas como a humanização da atenção ao usuário tem ocupado uma posição cada vez mais central na agenda de discussões do setor saúde (BRASIL, 2004^a).

Sabe-se que os serviços de urgência e emergência dos hospitais, além de ser a porta de entrada da instituição, são grandes consumidores de recursos humanos e materiais. Diante disso o que se observa atualmente é o número excessivo de pacientes nas filas destes serviços, onde se misturam no mesmo espaço situações graves e casos “estáveis”, gerando super lotação do setor.

Pensando nisso, e na necessidade de reformular o atendimento no setor, buscando a satisfação de usuários e de profissionais, criou-se um projeto baseado nos conceitos de humanização e acolhimento também para as emergências, devido à grande demanda com o objetivo de priorizar os atendimentos conforme o risco, sem deixar nenhum usuário desassistido. Assim, o acolhimento com classificação de risco surge para facilitar o acesso aos serviços de saúde, criar humanização entre os usuários e os profissionais de saúde, proporcionando uma abordagem integral ao usuário e aperfeiçoar o trabalho em equipe (BRASIL, 2004^a).

Com esta proposta o GHC implantou, em 2003 o Programa de Acolhimento em sua emergência, buscando minimizar os efeitos do número de atendimentos e diferentes graus de complexidade com base em um atendimento mais qualificado e humanizado.

No atual contexto da humanização o acolhimento surge como uma temática que merece atenção, pois envolve as expectativas e sentimentos vivenciados pelos usuários quando busca atendimento num setor de emergência. O adoecer por si só na vida dos usuários é um momento gerador de muitas inquietações e angústias e isso exige do mesmo aceitação, conhecimento, estímulo e entendimento para que consiga conduzir e receber com tranquilidade os cuidados e orientações a ele dispensados.

Assim surgiram alguns questionamentos que impulsionaram este estudo:

O usuário está satisfeito com o Programa de Acolhimento oferecido no setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição?

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o grau de satisfação dos usuários do setor de emergência do Hospital Nossa da Conceição sobre o Processo de Acolhimento.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a satisfação do usuário com relação ao atendimento recebido no setor de acolhimento;

- Analisar o entendimento dos usuários sobre o processo do acolhimento no setor emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição;

3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo presente tema surgiu durante a trajetória do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em saúde, pois ao longo do mesmo nos foram fornecidos vários temas sobre acolhimento. Percebi também que existiam poucas literaturas que relatasse a percepção dos usuários das emergências dos hospitais relativos ao acolhimento oferecido.

Este estudo justifica-se ainda porque, como profissional de saúde, será possível programar, planejar e trabalhar de forma criativa e variada, meios para que as estratégias e os protocolos do acolhimento sejam melhores entendidos pelos usuários.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A emergência é uma situação na qual o usuário se encontra com o risco iminente de vida, sendo assim, deve ser atendido imediatamente (Brasil, 2004).

Por outro lado a urgência é uma classificação atribuída aos casos em que o risco de morte não é imediato (SMELTZER e BARE, 2005). No que diz respeito ao setor de atenção em saúde, ambos se referem a um setor do hospital: a Emergência.

Apesar de uma definição clara, a realidade desses serviços brasileiros tem apresentado um cenário muito complexo, onde a diversidade de situações de saúde tem tomado difícil esta delimitação entre “o que é” e “o que não é” uma emergência.

Nos últimos tempos ocorreu uma crescente demanda do serviço de emergência e alguns fatores vêm a contribuir com isto, como o aumento de acidentes, violências por causas externas e a dificuldade de acesso do usuário na rede assistencial.

Conforme Cecílio (1997), a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante pra o sistema de saúde, pois a porta de entrada principal continua sendo os hospitais públicos ou privados, através dos seus serviços de urgências e emergências e dos seus ambulatórios. A prova disso é o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades de saúde. Este conjunto de fatores acarreta a super lotação deste setor e a falta de qualidade no atendimento exigindo dos profissionais um maior preparo para lidar com estas situações conflitantes (SMELTTZER e BARE, 2005).

Sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde Matumoto (1998), refere como sendo a primeira barreira a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Daí pode se inferir que o critério do usuário para a obtenção do atendimento não é o grau de complexidade do seu problema e sim o local onde recebera o melhor acolhimento a sua queixa.

Diante desta temática o que se observa na atualidade é um número excessivo de pacientes nas salas de espera destes serviços, onde se misturam no mesmo espaço, situações graves e casos estáveis.

Assistir pacientes que estão em situações graves exige treinamento e experiência mais especializada por parte da enfermagem. É ela que prioriza o atendimento, que faz a avaliação constante dos pacientes e, mesmo em curto

espaço de tempo, deve orientar os familiares e os pacientes sobre os seus cuidados (SMELTZER e BARE, 2005).

Para se ter uma assistência adequada, os usuários precisam ser tratados com dignidade e receberem a atenção condizente com as suas necessidades e a humanização do atendimento vem ao encontro desta temática e com o objetivo na qualificação dos processos relacionados à promoção da saúde.

Entretanto o ambiente do setor de emergência deve ser de acordo com as necessidades dos usuários e suas complexidades (BRASIL, 2004^a). Deve ser adaptado conforme as necessidades do paciente.

4.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO

A Política Nacional de Humanização é uma estratégia do Ministério da Saúde para possibilitar um dos princípios do SUS que é a integralidade e o Programa de Acolhimento é fundamental neste processo.

Conforme Rocha (1996) acolher é **1. Receber bem, com carinho, 2. Dar hospedagem, 3. Agasalhar, 4. Receber.**

O conceito de acolhimento surge como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecendo a construção de uma relação de confiança e aproximação entre os usuários e as equipes de saúde.

O ato de acolher gera um compromisso de reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida (MINISTÈRIO DA SAÛDE, 2006).

Pode-se dizer que o acolhimento é uma diretriz tecnológica do encontro, onde são criadas redes de conversações que se da em todas as relações e encontros que fazemos na vida.

Segundo Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com objetivos de escutar todos os pacientes, resolve os problemas mais simples e/ ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região.

O Acolhimento na saúde, para Franco, Bueno e Merhy (1999), deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social

com a escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. O acolhimento deve resultar das relações no processo atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro de profissionais e usuários dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de lhe estimular a autonomia quanto à sua saúde (MATUMOTO, 1998).

O acolhimento consiste na recepção do usuário desde sua chegada no serviço de saúde, onde suas queixas devem ser ouvidas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e ao mesmo tempo estabelecendo os limites necessários. Ao usuário deve ser garantido à atenção resolutiva mesmo que para isso seja necessário realizar a articulação com outros serviços de saúde para garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2004).

Também pode ser considerado um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo todas as suas colocações e assumindo uma postura capaz de suprir suas carências, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (HUMANIZASUS,2004).

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários (SMS/SP, 2001).

Portanto, acolher é valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de trabalho em saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; identificação as demandas sociais; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento, bem como responsabilizar-se pela solução adequada do problema de saúde do usuário.

Porém não é fácil exercê-lo, tem havido uma grande precarização nas relações de trabalho causando efeitos devastadores, pois a escuta vem sendo paralisada e produzindo indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças. Isto causa um entorpecimento na sensibilidade enfraquecendo os laços coletivos, pois ouvir o usuário é o compromisso em dar as

respostas às necessidades de saúde trazidas por ele, de maneira que inclua sua cultura e seus saberes.

Segundo algumas pesquisas ainda existem muitas falhas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, vários relatórios, pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários mostram que a escuta ainda é pouco desqualificada e as relações de solidariedade são pouco exercidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Neste processo o acolhimento aos profissionais também é necessário, pois a não resolutividade dos problemas dos usuários pode ocasionar sentimentos de frustração e impotência, uma vez que a orientação dada ao usuário sobre a busca de outros espaços de atenção não garantem que o problema seja realmente resolvido, como acontece nos casos considerados “não urgentes” (DAL PAI, 2007).

A abertura para encontros, uma reorganização do serviço de saúde, elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde e a ampliação dos espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas ampliariam os espaços democráticos de discussão.

Com a implementação de estratégias para que se construa um vínculo solidário e coletivo entre os profissionais de saúde e a população espera-se que os resultados sejam melhores daqui para frente.

4.3 ACOLHIMENTOS COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

No setor de emergência o acolhimento prevê uma classificação de riscos, para identificar a gravidade da situação (BRASIL, 2004^a).

O Ministério da Saúde afirma que:

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção de saúde em rede, pois em sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmado, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2004^a, p. 12).

A grande demanda trouxe a necessidade de reorganização da atenção, a fim de priorizar os atendimentos conforme o risco, sem deixar nem um usuário sem atendimento e é neste contexto que surge o acolhimento com a classificação de

risco na intenção de facilitar o acesso aos serviços de saúde, criar humanização entre os usuários e os profissionais de saúde, proporcionar uma abordagem integral ao usuário, aperfeiçoar o trabalho em equipe e aumentar o comprometimento dos profissionais com relação aos usuários (BRASIL, 2004^a).

Segundo o Ministério da Saúde:

O acolhimento não um espaço ou um local, mas uma postura ética. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004^a p.9)

Na classificação de risco os pacientes são avaliados e recebem cores para identificar o risco da situação e o imediatismo da necessidade da atenção. As cores indicam: vermelho – precisa de um atendimento imediato, não pode esperar; amarelo – não corre risco imediato de vida, mas deve ser atendido em até quinze minutos; verde – não é urgente, pode esperar até trinta minutos; azul – consulta simples, que é organizada pela hora de chegada e pode esperar até três horas (BRASIL, 2004^a).

Essa classificação visa à melhoria do atendimento ao usuário, facilitando a organização do acolhimento.

Segundo Souza, Silva e Nori (2007, p.244) “os profissionais de saúde encontram-se divididos entre aqueles que realmente precisam de um cuidado imediato e os demais pacientes que não caracterizam emergência ou urgência”. Isso comprova a importância do acolhimento para priorizar e agilizar o atendimento.

A classificação de risco muitas vezes limita-se a uma triagem. A triagem é considerada por Smeltzer e Bare “um dos princípios do cuidado de emergência”. Ela é feita através da gravidade da saúde do paciente, tendo prioridade a pessoa que necessitar de cuidados mais críticos (SMELTZER; BARE 2005, p. 2275).

O acolhimento direciona e organiza as demandas dos pacientes, define em que áreas serão atendidos, proporciona as informações para os familiares. Já a triagem, como foi dito anteriormente só classifica a gravidade do paciente, o classificando conforme a necessidade de atendimento imediato. Ela é a produção de conduta (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma ação de responsabilidade da equipe multiprofissional, na qual todos devem estar preparados, pois acolher na emergência exige o uso de tecnologias leves associadas à agilidade necessária para casos graves. Souza e Lopes (2003), ainda ressaltam que o Enfermeiro é o profissional mais indicado para

fazer o acolhimento, uma vez que possui conhecimento que o capacita para tal função e habilidade para cuidar do ser humano.

4.4 PROCESSOS DE TRABALHO NO ACOLHIMENTO

O processo de trabalho não deve se restringir a uma ação isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo.

Habitualmente os usuários convivem com filas, onde o critério é a ordem de chegada e reproduzem uma forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção, atribuindo menor importância a existência do outro em sua complexidade e sofrimento.

Certos serviços de saúde e seus profissionais deixam de acolher os usuários durante um momento de agravação dos seus problemas rompendo o vínculo que é à base dos processos de produção em saúde, pois se encontram assoberbados de tarefas acarretando uma má qualificação dos riscos e comprometendo a eficácia dos serviços, bem como causando sofrimento aos trabalhadores e usuários.

Essa produção deveria ser de saúde, adquirindo-se ferramentas tecnológicas de intervenções na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços através das ações tecno-assistenciais, tendo a saúde como foco nas relações e propondo mudanças na relação profissional/usuário e sua rede social profissional/profissional, garantindo a humanização e a solidariedade, fazendo com que o usuário seja reconhecido como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A participação dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde se dá através de encontros dos profissionais de saúde, usuários e sua rede social como parte fundamental no processo de produção de Saúde.

No aperfeiçoamento do trabalho em equipe busca-se a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional na busca do acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução dos problemas dos usuários.

4.5 ACOLHIMENTOS NA EMERGÊNCIA HNSC

Segundo o Ministério da Saúde Brasil (2004), os princípios necessários, devido à grande demanda de atendimento na emergência do HNSC, são:

- A classificação de risco, buscando minimizar os efeitos do aumento do número de atendimentos e diferentes graus de complexidade;
- Avaliação da enfermagem, identificando os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Seus objetivos:

- Avaliar o paciente na chegada à emergência personalizando e humanizando o atendimento;
- Descongestionar o fluxo de pessoas na emergência;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, providenciando para que o paciente seja visto precocemente de acordo com a gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme o protocolo;
- Informar os tempos de espera e retornar as informações a familiares (BRASIL, 2002).

No programa de acolhimento, cabe ao Enfermeiro realizar a supervisão do acolhimento realizado pelo Auxiliar ou Técnico de Enfermagem que recebem os pacientes que procuram o serviço com queixas, sinais ou sintomas e realizam o acolhimento e providenciam os encaminhamentos necessários.

A equipe do acolhimento realiza a escuta e o motivo da procura ao serviço. Observa, reconhece e descreve sinais e sintomas ao nível de sua classificação comunicando ao Enfermeiro responsável para que o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas e referenciando o paciente à equipe responsável por ele (SMS/SP, 2001).

O acolhimento é uma opção tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

4.6 PROCESSOS TRABALHO NA EMERGÊNCIA DO HNCS

O processo de trabalho dentro do setor de Emergência do HNSC, integrante do serviço de acolhimento e classificação de risco, mostra a atuação de profissionais não-médicos em sua assistência, em número elevado de funcionários

A atuação do profissional Enfermeiro, Assistente Social e dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, é representada com a equipe de acolhimento passando a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, usando seu conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária.

O Enfermeiro, além de acolher, garante o resguardo do atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Também contribuem nesse processo os protocolos, utilizados pela instituição, como forma de organização do serviço e de orientação sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe de acolhimento, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários.

Aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, o processo de escuta é auxiliado e resguardado pelo Enfermeiro que atua conjuntamente na frente do acolhimento.

No caso do profissional médico, o processo de trabalho no setor não é representado na “frente de batalha” e sim no processo de consultas aos usuários que foram encaminhados pela equipe de acolhimento, a partir de um protocolo de classificação (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

As ações específicas do enfermeiro de emergência identificadas vão do dever de um conhecimento especializado com fundamentação teórica, capacidade de liderança, iniciativa, habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional. Deve estar apto a avaliar e identificar problemas de cuidado de saúde para pacientes em situações de crise (WERBE, 2001).

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Considerando o objetivo principal do estudo de analisar o grau de satisfação dos usuários do setor de emergência do Hospital Nossa da Conceição sobre o

Processo de Acolhimento, optou-se por uma metodologia de natureza exploratória com abordagem qualitativa

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, ela trabalha com 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 se reduzidos à operacionalização (MINAYO,2004^a).

Para Triviños

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, visando encontrar elementos necessários que a partir do contato com uma população obtenha os resultados desejados (1987, p. 109).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo será desenvolvido na sala de espera do setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), localizado na Zona Norte da cidade Porto Alegre sendo considerada a maior emergência do Rio Grande do Sul. Em abril de 2006 foi inaugurada após receber novas instalações através de investimento do Ministério da Saúde pelo Programa QUALISUS. Junto à reforma da área física foi instituída a proposta de acolhimento e humanização com a finalidade de qualificar o atendimento à população. Trabalhando com estes conceitos foi pioneira na implantação do Programa de Acolhimento na Região Sul. (GHC 2007).

A Emergência do HNSC é caracterizada como emergência clínica para atendimento de usuários adultos, e recebe em média 800 pacientes/ dia, vindos da capital, Região Metropolitana e interior do Estado.

Com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) está vinculado ao Ministério da Saúde, contando com quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina.

As ações do GHC seguem diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas políticas do Ministério da Saúde(GHC, 2007).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

OS participantes do estudo serão usuários da sala de espera do setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição que já tenham passado pelo setor acolhimento, após a proposta de implantação de Acolhimento. Para inclusão serão observados os critérios de lucidez e de aceitação em participar do estudo. O número de participantes será determinado pela saturação das informações.

5.4 COLETAS DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações para este estudo será realizada por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), contendo questões abertas, previamente estabelecidas, lembrando sempre dos objetivos propostos pela pesquisadora.

Na entrevista o sujeito será informado dos tópicos a serem abordados sobre o tema e da permissão para a gravação da entrevista por meio de uma fita cassete que posteriormente será transcrita.

Será proposto ao responsável pela equipe do acolhimento da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição a disponibilidade de um local reservado para a realização das entrevistas com o objetivo das mesmas ocorrerem em local mais restrito, onde os integrantes possam sentir-se à vontade obtendo-se a maior interação entre o entrevistado e a pesquisadora.

O tempo destinado para cada entrevista individual será de mais ou menos quarenta minutos dependendo também da participação dos integrantes ou até que sejam esgotados os planejamentos propostos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As Informações coletadas serão analisadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2004), que é realizada em três etapas.

A pré-análise consiste em uma análise dos documentos, na retomada das hipóteses, e dos objetivos iniciais da pesquisa. Como atividade inicial, será realizada uma leitura flutuante que tem como propósito manter um contato exaustivo com o material, estabelecendo maior esclarecimento do leitor com o contexto.

A segunda etapa denominada exploração do material será realizada por meio da transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo da compreensão do texto. Primeiramente irá trabalhar-se com o recorte do texto em unidades de registro podendo ser determinado por uma frase, num segundo momento serão escolhidas as regras de contagem que por sua vez realiza a classificação e a agregação dos dados.

Na terceira etapa, o tratamento e a interpretação das informações, serão interpretadas pelo pesquisador com apoio de literatura pertinente ao tema.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo atende a resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, sobre pesquisa com seres humanos. As informações serão coletadas após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Para Araújo, (2003,p.59). a resolução 196/96 :

Define a pesquisa com seres humanos como aquelas que individualmente, envolvem o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais

A coleta das informações acontecerá por meio de uma entrevista individual com cada usuário da emergência que tenha aceitado participar do estudo e será assegurando a privacidade dos mesmos e garantidos o sigilo dos dados.

As informações obtidas nas entrevistas ficarão guardadas com a pesquisadora e, após cinco anos, serão totalmente destruídas (BRASIL, 1998). Os dados obtidos da pesquisa terão como finalidade a apresentação do trabalho final do curso especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde e publicação científica.

Os participantes não terão nenhum prejuízo ao aceitarem participar do estudo, pois receberão as informações por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), onde serão retomadas as dúvidas que, por ventura, possam surgir ou ainda não estejam esclarecidas.

Para garantir o anonimato e não causar constrangimento aos participantes seus nomes serão substituídos por P (participantes) seguidos de números seqüenciais, de 01 até o número total de participantes.

6 CRONOGRAMA –

A seguir, apresenta-se o plano de execução das atividades:

Etapa	Mês/Ano 2008 a 2010
Levantamento bibliográfico	Setembro 2008 à Setembro 2009
Elaboração do projeto	Setembro 2008 à Maio 2009
Apresentação ao CEP/HNSC	Maio/2009
Coleta de dados	Julho/Agosto/2009
Análise dos resultados	Setembro/2009
Elaboração do relatório final	Outubro/2009
Apresentação no evento de conclusão	Maio/2010

7 ORÇAMENTO

A seguir, apresenta-se a previsão orçamentária para execução do estudo

Recursos Humanos	Valores em Reais
- Digitação e Formatação	70,00
- Revisão ortográfica	15,00
Total parcial	65,00
Recursos materiais	
- Papel A4	50,00
- Tinta para impressora	80,00
- Transporte	50,00
- Fita cassete	20,00
- Encadernação (2 unid.)	30,00
- Cópias xerográficas	70,00
- Busca de artigos em banco de dados	40,00
- CD – (2 unid)	4,00
Total	409,00

OBS: Os custos deste estudo são de responsabilidade do (a) pesquisador (a)

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, I. Z. S. Aspectos éticos da Pesquisa Científica. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, V. 17, n.1, p. 54-63, 1998.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004^a. 44f.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria – Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 17f.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 41f.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98**. Brasília: DF, 1998. Disponível em :< http://www.mct.gov.br/ledis/leis/9610_98htm>. Acesso em 9 de fev 2009 às 21 h
- CAMPOS, G. W. Humanização na saúde: Um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunicação em Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, 469-478, jul-set, 1997.
- DAL PAI, Daiane. **Enfermagem, trabalho em saúde: cenas e atores de uma serviço público de pronto socorro**. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FRANCO, T.B. : BUENO, W. : MERHY, E. E. O acolhimento nos processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 345- 353, abr./jun. 1999.
- GHC, Grupo Hospitalar Conceição. **Apresentação**. Disponível em : <<http://www.ghc.com.br/default.asp/imenu=1>>. Acesso em 09 de fev.. 2009.
- MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em unidade da rede básica de serviços de saúde (**dissertação**). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.
- MINAYO, S.C.M *et al.* **Pesquisa Social: teoria e método e criatividade**. 16 ed Vozes: Petrópolis, 2004a.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004b.
- ROCHA. .R. **Minidicionário: enciclopédico escolar**. 6 ed. Scipione: São Paulo, 1996.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Comunicação nº 12
Orientações para o Desenvolvimento do SUS no Município de São Paulo. **Diário Oficial do Município de São Paulo**. 13 set. 2001.

SMELTZER, C. S; BARE,G.B:Tratado de **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed, Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2005. V3

SOUZA, Roberta Brito de; SILVA, Maria Júlia Paes da; NORI, Adriana. **Pronto – Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.28, n.2, p. 242-249, **2007**

SOUZA, Aline Corrêa de ; LOPES, Marta Julia Marques . Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v.24, n. 1, p.8-13, abr, 2003.

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

WERBE, G.; GALVÃO, C. **O enfermeiro de unidade de hospital privado: algumas considerações**. Revista. Latino-americana Enfermagem: V.9, março 2001, p. 86-90

APÊNDICES

APÊNDICE (A) – ROTEIRO PARA ENTREVISTA**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O PROGRAMA DE ACOLHIMENTO
OFERECIDO NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA
CONCEIÇÃO**

Sexo: _____ Idade: _____

Tempo de usuário nesta emergência: _____

- 1) O que você entende por acolhimento?
- 2) Você está satisfeito com o atendimento recebido no setor Acolhimento?
- 3) Tens sugestões de mudanças para melhorar a forma de recepção no setor de Acolhimento?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa intitulado, Satisfação do usuário sobre o programa de Acolhimento oferecido na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos do estudo nos quais serão obtidas informações sobre a satisfação do usuário com relação ao atendimento recebido no setor de acolhimento no setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, a análise sobre o entendimento dos usuários sobre o processo do acolhimento no setor emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Fui informado das justificativas e da relevância deste estudo. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;

- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;

- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos à minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento de pesquisa.

Em caso de dúvidas éticas poderei fazer contato com Vitto Giancristóforo dos Santos, Coordenador Executivo do Comitê de Ética e Pesquisa do GHC, através do telefone (51) 33572407.

A pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa é Ângela Maria Rodrigues e o contato com a mesma pode ser feito a qualquer momento através do telefone (51) 33-57-21-76

Este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta Instituição em data: ____/____/____.

Nome e assinatura do participante
ou responsável legal.

Nome e assinatura da pesquisadora

