



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

---

# Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**ACOLHER: ESCUTA QUALIFICADA NUMA PERSPECTIVA ÉTICA**

*Genessi Prestes Barboza*

Orientadora: Fernanda Luz Beck

Porto Alegre, 2009

**GENESSI PRESTES BARBOZA**

**ACOLHER: ESCUTA QUALIFICADA NUMA PERSPECTIVA ÉTICA**

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Fernanda Luz Beck

Porto Alegre, 2009

Dedico este trabalho a todos os meus familiares que de uma forma ou outra contribuíram para que eu pudesse executar mais esta etapa da minha vida. Aos colegas que com sua dedicação e desapego proporcionaram-me tranqüilidade tanto, nas funções do dia a dia como em momentos particulares. Aos colegas da biblioteca do HCR e do HNSC que, com sua presteza e segurança me solucionaram dúvidas, aos colegas da GEP que estavam sempre prontos a me auxiliarem quando precisei.

É na UTOPIA que a humanidade deposita seus sonhos mais lindos, como a igualdade social, a autogestão, autopromoção, a democracia, a participação, a solidariedade etc. E é em nome destas idéias que não paramos na marcha da história, embalados por uma música que vem de não sabemos onde, mas que não cessa de encantar. Qualquer revolução mais profunda produz sua mística, que se alimenta das utopias, como a revolução francesa com seus ideais de igualdade, fraternidade e liberdade. Só pode ser uma sociedade reacionária aquela que já não acalenta utopias, ou é uma sociedade cansada e resignada. Onde pulsa a utopia, fervem os ideais, projetam-se alternativas, gravitam as esperanças.

(Pedro Demo)

## RESUMO

Este trabalho procura mostrar e desenvolver nuances no acolhimento dentro de uma instituição de saúde, nos moldes da Política Nacional de Humanização enfatizando os **Princípios Básicos do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Equidade e Integralidade** conforme a mesma preconiza. Tento dar ênfase não apenas ao acolher nas emergências dos hospitais, mas em todo o percurso/andanças (consultórios, marcações de exames, sala de espera de cirurgias, salas de espera de consultas, setores em geral) que o usuário percorre dentro dos corredores de um hospital. Também serão expostos aspectos que propiciam a educação permanente junto aos profissionais de saúde, bem como aglutinar e envolver a comunidade no projeto, através do voluntariado, abrangendo assim uma gama de saberes para o bem estar do nosso usuário, na perspectiva da inclusão, trabalhador e usuário, criando uma rede social entre comunidade e hospital, perfazendo assim a **Tríplice Inclusão**: Gestor, Trabalhador, Usuário, *todos envolvidos na produção de saúde*.

**Palavras-chave:** Humanização, acolhimento, comprometimento, vínculo, responsabilização.

## LISTA DE QUADROS

Figura 1 – Quadro Equipe de Trabalho Articulado.....	25
Figura 2 – Planilha de Avaliação Processual .....	28
Figura 3 – Planilha de Planejamento das Atividades de Divulgação+Orçamento.....	30

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
5.1 AÇÃO.....	23
5.1.1 Promover Educação Permanente (Fazer - Aprendendo).....	23
5.1.2 Proposta para Equipe Articulada de Trabalhadores.....	23
5.1.3 Interação, Integração e Conhecimento dos Diversos Serviços do Hospital.....	26
5.1.4 Visualização dos Meios de Comunicação, Identificação e Orientação.....	26
5.2 RESULTADO ESPERADO .....	26
5.3 PLANILHA DE AVALIAÇÃO PROCESSUAL .....	27
5.4 PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TEMPO DESPENDIDO PELO USUÁRIO NO SEU ATENDIMENTO.....	29
5.5 PROPOSTA PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO+ORÇAMENTO.....	29
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>6 CRONOGRAMA .....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>37</b>

## APRESENTAÇÃO

Este projeto tem a intenção de apresentar uma forma de aliviar as tensões existentes quando o usuário busca atendimento em nossa Instituição; como em qualquer interlocução, nada inicia sem um prévio conhecimento e/ou apresentação entre as partes, para tanto faz-se necessário um breve relato, mas conciso dos aspectos mais relevantes neste projeto a que me disponho realizar.

Pretendo criar situações que propiciem um cenário que seja de fácil visualização e entendimento para todo e qualquer leitor que queira colaborar para a realização do projeto.

Apresentar-me-ei: sou trabalhadora e usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Faço parte de uma das maiores Instituições de Saúde do Brasil, onde fazem parte deste grupo, o chamado “Grupo Hospitalar Conceição (GHC)”, mais de 6.000 (seis mil) funcionários entre: técnicos, administrativos, médicos, enfermeiros, profissionais das mais diversas categorias. Trabalho mais especificamente no Hospital Cristo Redentor (HCR), com capacidade de mão de obra de aproximadamente 1.200 (um mil e duzentos) profissionais.

O HCR possui uma característica de atendimento mais direcionado ao trauma. Trabalhamos e somos reconhecidos como pronto socorro da zona norte. Nossas especialidades são: Neurocirurgia, Traumato/Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Buco Maxilo Facial, Cirurgia Vascular e Queimado. Diante disto quero dizer que somos especializados em atendimento de acidentados, em geral com todo tipo de trauma.

Possuímos na Instituição 3 (três) entradas principais, para o nosso usuário: emergência, portaria central e ambulatório (consultórios).

Nossos números mensais em termos de atendimentos são expressivos, como por exemplo, no período de setembro/2008, tivemos:

- ◆ Número de leitos = 284
- ◆ Número de consultórios = 20
- ◆ Atendimentos na emergência = 9.982/mês
- ◆ Atendimentos ambulatório = 16.855/mês
- ◆ Internações hospitalares = 929/mês

◆ Atendimento SADT'S

- Raios-X = 9.989 exames
- Tomografia + Ressonância Magnética = 1.481 exames.

Os dados apresentados são compatíveis ao 2º semestre do ano 2008 e foram fornecidos pelo setor de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Cristo Redentor. Ainda não possuímos dados oficiais de atendimento nos setores de Vigilância, Recepção, Portaria e Internação, mas ultrapassa 200 (duzentos) atendimentos/dia.

São dados que podem ser claramente visualizados e conferidos no [www.ghc.com.br](http://www.ghc.com.br). O qual está aberto e a disposição.

Voltando ao início do relato o cenário foi criado, nós atores devemos nos mover conforme o fluxo e as regras da história contada.

A percepção é que em relação ao tema somos deficitários em diversos serviços principalmente no acolhimento do usuário e ao próprio trabalhador; pois o acolhimento viabiliza o acesso consciente aos serviços, e também acolhimento como ato de encontro (dinâmica do relacional), vínculo entre outros, formando assim um círculo, no qual o resultado esperado é a produção de saúde.

Franco (2003) relaciona acolhimento na rede básica e ainda afirma que:

O projeto assistencial é estruturado pelas diretrizes do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização, Resolutividade e Autonomização. Diz respeito a uma nova modelagem de assistência à saúde, centrada na produção do cuidado. O acolhimento significa oferecer ACESSO a todas as pessoas, ou seja, todos que procuram a Unidade de Saúde devem ser ouvidos por algum profissional, em uma escuta qualificada, onde o trabalhador deverá se comprometer em resolver o problema de saúde do usuário. No limite, o Acolhimento é a humanização da assistência, entendida como uma relação entre trabalhador e usuário com sentido humanitário, espírito de solidariedade, presidida pelo direito de cidadania no acesso aos serviços.

Existe uma lacuna na informação/comunicação, pois em grande parte nos setores esses processos comunicacionais existentes são fragmentados, são distorcidos, interpretados de forma errônea, chegando até o outro acrescido de “cacos”.

Este fato foi comprovado pelo teórico na área da comunicação no Brasil, professor Sodré (2007, p. 13-15), que refere um pequeno balanço sobre o campo comunicacional nos últimos 25 anos em sua obra quando dialoga:

(...) se não existisse mal-entendido, não precisaria haver comunicação, disse, advertindo que o campo da mídia faz bom uso disso: “O sucesso da

comunicação tal e qual nós assistimos na TV é o sucesso do mal-entendido”.

(...) as conseqüências, para Muniz, podem ser observadas inclusive no âmbito da educação, que estaria inteiramente modificada pelo campo comunicacional. O modelo de educação ainda é o da prisão e da pregação religiosa, (...) a midiatização está deslocando as instituições tradicionais da sociedade.

Mesmo sendo o objeto do pensamento social da comunicação na contemporaneidade, a midiatização ainda não explica o que é a comunicação, (...). “Nós sabemos que da retórica se chega à hermenêutica, que é a interpretação do sentido deste discurso”, disse. “Só o antigo grego pensava no próprio ato de fala como um processo hermenêutico<sup>1</sup>, quer dizer, a tradução e a interpretação do pensamento em palavras”. (...) o termo “comunicação” se refere a dois processos: primeiro, colocar em comum a diferença, por meio do discurso. O segundo, “interpretar os fenômenos constituídos pela ampliação tecnológica da retórica, que é a mídia. (...).

Muniz disse acreditar que a comunicação deve ser pensada a partir de um modelo “**tripartite**”: o nível do vínculo do humano, o relacional entre os sujeitos e o crítico-cognitivo, que é uma intervenção ao mesmo tempo ética, teórica e política. “É essa intervenção que é difícil de entender, porque é ao mesmo tempo política acadêmica e prática e que implica, muitas vezes, ensaios ousados e experimentais, projetos que desloquem as relações de poder dentro do campo”, disse. E desafiou: “Basta apenas um pouco mais de coragem por parte dos políticos, dos partidos, para perceberem que informação, hoje, não é mais um detalhamento técnico, mas o próprio solo social onde nos movemos. Uma questão política séria, que demanda reflexão e análise”.

Então o objetivo final do nosso trabalho na saúde, é o usuário, é o trabalhador. É aquele que necessita do nosso atendimento, que necessita de atenção.

A intenção é salientar neste projeto que não devemos acolher o usuário apenas na porta de entrada da emergência, mas em todo o percurso que realiza dentro da Instituição.

A prática do acolhimento expressa comprometimento e responsabilização ao direito do usuário na produção de saúde como referem Silva e Alves (2008, p. 77) no artigo de revisão, que dizem:

Quando um usuário procura um serviço de saúde e expressa suas necessidades, o profissional que o assiste deve agrupá-las, estabelecer diagnóstico de acordo com seu campo de atuação e, caso o problema possa ser resolvido dentro de sua área de atribuições, traçar plano terapêutico ou assistencial, implementar as intervenções necessárias e depois avaliar os resultados. Já quando a resolutividade do problema não pode ser alcançada, o profissional deve estar plenamente consciente de sua responsabilidade em realizar o encaminhamento adequado deste indivíduo. Essas atividades descritas fazem parte de todo o desenvolvimento do processo de acolhimento.

---

<sup>1</sup> Hermenêutico = S.2J(Gr hermeneutike)1. Interpretação dos sentidos das palavras. 2. Interpretação dos textos sagrados. 3. Arte de interpretar leis.

Silva e Alves ainda fazem um contraponto no seu discurso que diz:

Isto não acontece desta maneira na realidade vivida nos serviços de saúde. Os usuários procuram as instituições buscando a resolutividade de seus problemas, porém não encontram valorização das suas queixas, alguns profissionais mantêm suas posturas de “detentores do saber”, desmerecendo o indivíduo e o conhecimento sobre sua própria saúde e desestimulando-o a alcançar um elevado coeficiente de autonomia. Partindo desse ponto, percebe-se a necessidade de qualificar e capacitar a equipe multiprofissional de acolhimento nos serviços de saúde, seja de nível de atenção primária, secundária ou terciária.

Para tanto, este trabalho vem ao encontro de desmistificar saberes e criar relações de trabalho com maior comprometimento, interação profissional/usuário, assim como integrar o indivíduo à empresa. Esta empresa que em sua ideologia apregoa os princípios básicos da PNH.

## 1 INTRODUÇÃO

O que fazer para acolher aquele que precisa do atendimento e está sozinho no hospital procurando os serviços indicados?

Esta pergunta se dá quando? E de que forma? Bem, isto acontece sempre que o paciente/família vem ao hospital, em busca de atendimento, tratamento, exame, diagnóstico, prognóstico e atenção a seu estado físico/emocional. Não o tendo em sua região de origem ele será praticamente forçado a requerer ajuda para o seu caso, em alguma instituição de saúde fora da sua localidade nesta análise identifiquei-me com o artigo “caso de Betim, Minas Gerais,” de Franco; Bueno; Merhy (1999, p. 346) no qual fazem relação ao fato exposto quando relatam que:

À medida que nos aproximamos dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamo-nos surpreendendo com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas. Ações clínicas aí significam o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de vida.

Esses encontros, que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intercessor no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves.

Olhando esses momentos – pelo lado do trabalho tanto do médico, quanto do de um porteiro de um serviço de saúde – são – nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção.

Dentro deste prisma, este sujeito virá de forma eletiva (consulta agendada) ou em situação emergencial, desconhecedor dos aspectos físicos e rotineiros dentro da instituição. Aspectos físicos como: onde se realiza determinado exame, local, se direita ou esquerda nos corredores, 1º, 2º 3º... andares. Aspectos rotineiros como: horários dos atendimentos de consultas, exames, cirurgias, etc, dentro desta postura Solla (2005, p. 496) em seu artigo faz uma colocação que diz:

A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência,

hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva.

O usuário, o qual muitas vezes está sozinho, é portador de necessidades especiais, é idoso ou é uma pessoa com criança de colo. Após ter sido atendido e indicado a terapêutica para o seu problema, irá atrás dos serviços indicados para o seu caso e se perde, pergunta para um e para outro, mas mesmo assim ainda está só em sua angústia, pois já se passaram algumas horas e, portanto este fica impotentemente preso em sua ignorância do desconhecimento dos diversos fazeres dentro das instituições.

Diante destes fatos e cenas que se repetem, as quais comprovam o que acontece seguidamente de forma mecânica e tradicional em diversos ramos do fazer dentro das diversas instituições.

Como nos deixa claro em seu comentário Merhy (2005), no seguinte momento:

Somos testemunhas, no dia a dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de práticas a produção de cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativos e entrados.

## 2 JUSTIFICATIVA

Há necessidade de explorar de forma mais profunda esta deficiência nas Instituições e tentar sugerir um meio que amenize esta lacuna, pois “saúde é um direito de todos e um dever do estado”, como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) também citado dentro dos aspectos da Regionalização do Sistema de Construção das Redes, segundo Possa (2008, p. 2). Sistema de saúde organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço e na ocasião mais adequada.

Para explicitar o problema a que me refiro vou relatar um fato que aconteceu comigo como trabalhadora da instituição: fui levar determinado documento ao setor da emergência do HCR, depois de entregue o documento, vim em direção à portaria central do hospital, no caminho encontrei uma Senhora acompanhada de duas crianças, uma de colo e a outra pequena de aproximadamente 3 anos, no corredor do laboratório à procura de um determinado lugar, ou seja, pedindo ajuda. Solicitou-me onde ficava a marcação do EEG, pedi para a usuária aguardar ali, pois percebi já estar cansada de procurar. Como eu desconhecia o procedimento/rotina atual, informei-me com colegas conhecidos, eles me indicaram o local adequado da referida marcação, voltei até a senhora e a trouxe para que pudesse marcar o exame que queria.

Este relato mostra o que acontece em vários serviços e instituições. Sabedores que tem profissionais para fazer esta orientação, mas estes atores têm por princípio não sair de suas posições/setores que esbarra no direito ao acesso do usuário, dentro do Humaniza SUS do Ministério da Saúde: “A humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004 p. 7)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Implementar a diretriz do Acolhimento nas portas de entrada do hospital.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Propor uma atitude de acolhimento para com todo o usuário, no percurso das suas consultas, exames e/ou cirurgias;
- Ampliar os processos comunicacionais entre os diversos atores da Instituição – HCR, responsáveis pelo atendimento ao público;
- Possibilitar o conhecimento dos serviços da Instituição aos seus atores;
- Eliminar a perda de tempo desnecessário na procura dos serviços, pelo usuário;
- Proporcionar um acesso mais visível e tranquilo para o usuário dentro da Instituição.

Feliz é o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento.  
(Provérbios 3: 13)

#### 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O acolhimento como ética e prática de direito do usuário que facilita o acesso em instituições de saúde. Fatores de humanização: posturas, ambiente adequado, disponibilização de horários, mecanismos facilitadores de fluxos das pessoas, apoio diagnóstico, equipe capacitada, entre outros, traduzem-se no plano operativo GHC (2005, p.15-6) em que deixa claro os pressupostos do acolhimento dentro da PNH no Grupo Hospitalar Conceição GHC:

Assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde. (ABBÊS e MASSARO, 2008)

Faz referência (MERHY et al, 1999) às posturas adotadas por profissionais de saúde que diz “Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade”.

A proposta de acolhimento pressupõe equipe devidamente orientada/qualificada, identificada e com conhecimento/educação permanente, que fizesse parte ou não do corpo funcional da empresa, mas que compreendesse a grande maioria dos serviços da Instituição de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. Esta pessoa trabalhará junto a este usuário acompanhando-o até o local do seu exame e/ou consulta. Quando este usuário for desconhecedor do serviço; explicita Mattos (2006):

A equipe de um pronto-socorro pode se organizar de modo a ter alguém pronto a oferecer uma informação para os acompanhantes que trouxerem pacientes para o atendimento. (...). Há nisso também algo da visão mais abrangente da percepção das necessidades que configura a integralidade.

Esta sugestão vem ao encontro do que se fala em *Humanização*, pelo menos este profissional saberá onde se informar para poder acompanhar o usuário e deixá-

lo mais amparado. Enquanto o acompanha pode esclarecer quanto aos serviços que a Instituição oferece exames radiodiagnósticos, serviços profissionais, locais de acessibilidade e demais rotinas como: horários de visitas, onde dirigir-se quando na alta ou baixa do paciente, responder questões que possa advir deste usuário dentro da ética do seu fazer, da ética da Instituição, não ultrapassando também os limites da ética dos outros serviços e/ou profissionais.

Tendo em mente os fatores da comunicação os quais necessariamente se farão presentes dentro do tipo de técnica proposta, acompanhamos na série de debates, escrito por Benevides e Passos (2005, p. 393), que reforça a articulação entre os diversos atores e saberes nas mais diferentes áreas da saúde, este texto nos relata que:

Por outro lado não há como mudar as formas de relacionamento nas práticas de saúde sem que aumentemos os graus de comunicação, de conectividade e de intercessão intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas dos sistemas. Chamamos de transversalidade o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicação por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal.

Para essas atividades, poderia se resgatar trabalhadores do hospital que possuam alguma limitação física nas suas atividades, diagnosticada pelo médico do trabalho. Dessa forma promoverá e estimulará o crescimento da auto-estima destes profissionais onde, segundo Deluiz (2001, p. 7), mudanças na natureza do trabalho e as novas exigências de qualificação para os trabalhadores, diz que:

No contexto de crise da sociedade do trabalho ocorre um fenômeno paradoxal: a ampliação do desemprego e do trabalho precarizado e informal, e simultaneamente, a emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador polivalente, multiquilificado deve exercer, cada vez mais, funções abstratas e executar, cada vez menos, trabalho manual.

( ... ), surgem novas tendências em relação ao trabalho: este se torna mais intelectualizado, complexo, autônomo e coletivo. Com o avanço tecnológico as tarefas tornam-se indeterminadas, dadas as possibilidades de múltiplos usos dos próprios sistemas computadorizados, e a tomada de decisões passa a depender da captação de uma multiplicidade de informações obtidas através das redes informatizadas.

A complexidade advém do fato de que é preciso lidar não só com símbolos e signos, mas com o novo, o incerto e o aleatório nas atividades de trabalho.

As novas exigências do trabalho requerem não só uma flexibilidade técnico-instrumental, como também a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços.

O trabalho individualizado cedeu lugar ao trabalho em grupo e as tarefas do posto de trabalho foram substituídas pelas funções polivalentes em “ilhas de produção”, “grupos semi-autônomos” e equipes de trabalho. Por fim, devido a situações de trabalho em constante mudança, a atividade inventiva dos trabalhadores passou a ser incessantemente mobilizada e o conhecimento incorporado como saber de gestão.

Esta equipe também poderia ser formada por voluntários, além de pessoas da comunidade, estagiários entre outros.

Esses indivíduos, juntamente com os trabalhadores fariam o trabalho de acolher nas salas de espera como: ambulatório, entrada central, internação, serviços radiodiagnósticos e outros. Desta forma essa equipe estará promovendo os **princípios básicos do Sistema Único de Saúde** ao nosso usuário que é a **“Universalidade, a Equidade e a Integralidade”**, assim como fará também a articulação entre todas as esferas e serviços dentro da Instituição possibilitando a geração e a criação do conhecimento por parte do trabalhador. Proporcionando a ampliação do acolhimento para dentro do Hospital.

Procurando com este projeto apacuar de uma forma mais simples a angústia por que passam alguns de nossos usuários que ficam perdidos em busca de soluções, solitários na sua procura quando, dentro dos nossos hospitais e ainda a mercê de profissionais despreparados como relata Rimoli (2004, p. 202) no seu artigo: “Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão”: “muitos trabalhadores, por estarem descontentes, *tocam serviços*, contribuindo para a inadequação da assistência, que produzem conflitos, os quais desgastam a eles próprios, fechando assim um círculo vicioso”. E, ainda cito Franco, Bueno e Merhy (2004, p. 38) quando falam da relação profissional/usuário que nos deixa entrever as lacunas existentes no intercâmbio/troca conversações onde se perde o *sentido* do OUVIR e COMPREENDER o que o outro está querendo:

(...) nos são reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o Acolhimento adquire uma expressão significativa.

Isto é, em todo lugar que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de “algo” que possa representar a

“conquista” de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Estes processos intercessores – como o Acolhimento – é atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de “pensar” a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir a um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada.

Dentro duma perspectiva comunicacional onde queremos tratar o acolhimento tanto ao usuário como ao trabalhador também seguiremos a linha de pensamento de Campos (2000. p. 68) quanto ao método da roda (roda de conversa) a interação dos diversos sujeitos, fazeres, saberes na produção da saúde

O método da roda pensa a constituição do sujeito e dos coletivos em função de planos situados entre o seu mundo interno e a sua circunstância (o mundo externo)...., trabalha-se com a noção de uma permanente interprodução entre o interno e externo. Uma cartografia de potencialidades imanentes e transcendentes. Espaços existenciais contíguos, interagindo uns sob os outros, criando zonas autônomas, mescladas e de mútua influência, a que os sujeitos estariam constangidos a desvendar e a lidar para seguir vivendo. Tome-se uma seqüência de planos e de regiões existenciais que conformam espaços de existência e de expressão para o sujeito e, em certa medida, também para os coletivos (grupos, equipes, famílias, ...) ou seja, espaços configuram modos de ser e de práxis, bem como modos de constituição de sujeitos.

Pressupondo-se a interação entre os trabalhadores, no seu local de trabalho, ou seja, todo o método constitui em educação permanente Campos (2000. P. 145) em que tudo serve para educar e promover a saúde, sejam os espaços, os sujeitos, as atitudes, potenciais fazeres diários. A simples troca de informação, a conversa mesclando assim saberes e conhecimentos.

O desafio, portanto, aqui assumido, é pensar a gestão de coletivos não somente como objeto da produção de bens ou serviços, mas também como um espaço com função pedagógica e “terapêutica”. Um lugar onde se produziria a prendendo e, também ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade. O fator Paidéia do método da roda. ..., desenvolvendo a tradição democrática destes pioneiros, prosseguir com a invenção de arranjos, normas, espaços e dispositivos que facilitassem tal perspectiva. A produção de sujeitos com maior autonomia.

A grande vantagem que vemos em se admitir que a conversa é a própria substância do “trabalho em saúde” é o reconhecimento de que se age sobre um objeto, desde o princípio, partilhado, “trabalhado” em conjunto, de um modo mais ou

menos simétrico. No ato de conversar o trabalhador emprega “técnicas de conversa” e outras tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que são sem dúvida, “técnicas de produção de relação”.

## 5 METODOLOGIA

Este projeto adotará a seguinte forma de sustentabilidade, seguirá uma abordagem qualitativa e quantitativa onde será priorizado o ser humano, seja o nosso usuário, seja o nosso profissional.

Segundo Vítora, Knauth e Hassen (2000, p. 37) referem:

Os métodos quantitativos de pesquisa são utilizados fundamentalmente para descrever uma variável quanto a sua tendência central ou dispersão - média, mediana, moda - ou dividi-la em categorias e descrever a sua frequência - taxas e medidas de risco - em grandes populações. Já os métodos qualitativos de pesquisa não têm qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim sendo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

Enfatizando as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo, os comportamentos, a relação profissional/usuário, a ambiência, os fatos, saberes e conhecimentos.

Descrições das situações com o objetivo de compreender os indivíduos nos seus termos, no dia a dia em uma instituição de saúde como explicita Vítora, Knauth e Hassen (2000, p. 68).

As redes de relações sociais são um conjunto específico de vínculos entre um conjunto específico de pessoas, e as características desse conjunto podem ser usadas para interpretar o comportamento social das pessoas envolvidas. Ao pesquisador, interessa a organização dessas redes, os intercâmbios realizados (formais e informais, explícitos ou implícitos), as formas de trocas socialmente aceitáveis, à medida que essa informação permite o entendimento da estrutura social na qual as redes se realizam.

Também seguiremos a tendência quantitativa para a devida apuração dos dados coletados pelo instrumento: questionário, onde obteremos um cálculo em específico, no qual após mensurar, teremos determinado valor, que será devidamente analisado. Este método vem a ser um complemento para o qualitativo, dentro da proposta deste projeto como referem Vítora, Knauth e Hassen (2000).

Assim sendo, para que a complementaridade se dê de forma mais consistente, o trabalho interdisciplinar é recomendável, ainda que não haja necessidade de que ambas as pesquisas sejam realizadas pela mesma equipe (p.41)

É a técnica mais comum de coleta de dados nos métodos quantitativos é o questionário (do tipo *survey*), composto por questões fechadas, previamente estabelecidas. Para tratamento dos dados, utiliza a codificação das questões e uma análise estatística dos dados (p. 38).

Este tipo de trajetória da complementaridade funciona como um sistema em que um estudo qualitativo gera hipóteses que serão confirmadas a partir de um estudo quantitativo (p. 41).

Neste texto os autores fazem um comparativo entre o método quantitativo e o qualitativo que: a abordagem qualitativa é muito diferenciada, pois a mesma não visa mensurar dados e sim observar fenômenos.

Dentro deste trabalho procuro observar este método por ser o mais próximo da nossa vivência, dando ênfase à qualidade e não à quantidade no atendimento. Queremos melhorar no aspecto de tempo gasto pelo usuário dentro do hospital, bem como a qualidade nos diversos “acolheres” dentro da nossa instituição.

O projeto se desenvolverá nas dependências do Hospital Cristo Redentor conforme aprovação do cronograma de início do projeto e mediante estrutura funcional para o efetivo trabalho, além de promover a educação permanente com os profissionais envolvidos neste trabalho priorizando a humanização e o acolhimento como objetos de formação e melhoria do ambiente de trabalho. Quando fala em seu artigo Angnes (2004, p.14) coloca que:

A humanização dos serviços de saúde, da atenção aos usuários, do trabalho dos profissionais é discutida permanentemente. É necessário que se promova discussão quanto à formação dos futuros profissionais de saúde, pois é necessário, além da formação técnica, imprescindível para a prestação de serviços de saúde, preparar estes futuros profissionais para um novo olhar sobre a produção do cuidado em saúde, onde o paciente não seja visto de forma fragmentada, negando sua subjetividade, ou seja, é necessário “desenvolver a sensibilidade dos profissionais da saúde para conhecer melhor a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a aceitação e a compreensão da doença”.

Assim como, também faz referência à educação continuada no seu contexto sistemático dentro de uma instituição hospitalar no artigo Humanização em ação: “sensibilizando os profissionais para o processo de humanização”, onde utilizamos ambientes formais com a intenção de igualmente priorizar o aspecto humanitário/educacional Siedler; et al (2004, p.59) diz que:

Desencadear um processo de mobilização coletiva para a produção de conhecimento em um determinado foco supõe, de acordo com Silva (1996), um jogo tático por parte dos organizadores para desenvolver e estimular a participação dos trabalhadores no processo de sensibilização coletiva. Produzir conhecimento de forma democrática e coletiva sobre a humanização pressupõe, neste contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático do conhecimento, afim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção de sua inteligência em relação a temática.

Os profissionais, a partir de dinâmicas interativas e oficinas de sensibilização, entendem que a humanização significa aliar competência técnica à ternura humana e permitir que o coração se manifeste nas relações de trabalho do dia-a-dia. Representa, ainda, um espaço de solidariedade, respeito, diálogo, preocupação com o outro, assim como de promoção de relações mais efetivas entre os colegas, considerando o paciente como a razão de ser da existência do hospital. Neste sentido, o processo de sensibilização é fundamental para humanizar as relações dos profissionais entre si e, conseqüentemente, destes com os pacientes.

### **Como ocorrerá o projeto?**

Este projeto por ter uma característica relacional entre seus atores (usuários, trabalhadores), contempla aspectos ambientais como: locais de trabalho, escadarias, elevadores, corredores, salas, espaços físicos no geral. Para obtermos um entendimento do acolher em um sentido mais amplo, vendo também os espaços em que os profissionais de saúde interagem entre si e com a comunidade. Propiciando uma relação indivíduo x tempo x espaço.

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem X espaço.

A idéia de ambiência segue primordialmente três eixos:

- O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
- O espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem como o homem – a dizer: cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, ...-, e garantindo conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social.
- O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. (PNH, Ambiência, p.5 2004)

Estaremos promovendo a visitação entre setores, reuniões, oficinas de integração, rodas de conversa.

**Local de Aplicabilidade do Projeto:**

Hospital Cristo Redentor

**Participantes do Projeto:**

Trabalhadores do HCR, usuários, comunidade.

**5.1 AÇÃO****5.1.1 Promover Educação Permanente (Fazer-Aprendendo)**

Nesta ação poderemos dar ênfase, nas rotinas dos diversos serviços da Instituição, assim como tratar dos assuntos relacionados à Humanização e ao acolhimento estendido a todo o âmbito hospitalar, não apenas centrado à Emergência do hospital trazendo com isso uma resolutividade no fazer diário :

- Profissional do corpo funcional das áreas afim (profissionais: aux.enf. recepcionistas, vigilantes, administrativos, enfermeiros, técnicos, trabalhadores em geral);

- Indivíduo voluntário (promover a capacitação de voluntários para auxílio na orientação dos usuários nos diversos ambientes do HCR).

- Profissionais com limitação funcional (capacitar profissionais com limitação funcional para prestar auxílio no trânsito e acesso dos usuários).

Enfatizamos também, desta maneira o sentido de resolutividade conforme citada na revista Acolhimento de POA (2004, p. 50)

A resolutividade não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, coloca a possibilidade de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente. É colocar a disposição do paciente toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo.

**5.1.2 Proposta Para Equipe Articulada de Trabalhadores**

Criar-se-á uma equipe de trabalho em que vise buscar atender a todo o usuário que necessitar de algum tipo de orientação, informação, acompanhamento, escuta leitura enfim suprir uma necessidade imediata.

Construiremos rodas de conversa visando à coletivização da análise de estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas.

Esta equipe articulará em todos os âmbitos do hospital, ou seja, será a ponte entre o usuário e o seu objetivo maior (consulta, cirurgia, exame, outros).

A pessoa da equipe estará usando algum tipo de identificação: crachá, jaleco, avental no qual o identifique perante o usuário. Este membro trará o conhecimento prévio para a solução do problema deste usuário ou, buscará conhecer para poder auxiliá-lo. Os membros do grupo deverão dispor de tempo para aprimorar-se: conhecer mais a fundo a empresa, os setores que a compõem para poder prestar um acolhimento de qualidade e integralidade, a equipe de trabalho deverá ter um espírito solidário. Serem comunicativos, terem disponibilidade de trato com o outro, empatia enfim, estarem dispostos a acolher no sentido amplo da palavra. Proponho com este projeto a criação de um grupo articulado de trabalhadores para esse fim.

A equipe formada encarregar-se-á de planejar, organizar, multiplicar, divulgar dentro da empresa o trabalho desenvolvido pelo grupo de pessoas envolvidas no acolher com compromisso e humanização.

O projeto também se manterá através do envolvimento com a comunidade, diante da entrada do voluntariado na equipe de trabalho já mencionado nas ações. Legitimando o projeto através da relação hospital X comunidade, comunidade X hospital conforme explicita Angnes (2004, p.13) quando afirma que:

O trabalho do voluntariado tem conquistado cada vez mais visibilidade e respeito, e é cada vez maior o número de pessoas que participam de ações que têm, por objetivo principal, a defesa de uma causa, de um princípio, de um ideal, visando ao bem coletivo. Quando o desenvolvimento de forma organizada, com critérios e objetivos claros, o trabalho voluntário significa uma fonte de recursos e competências qualificadas, além de promover a participação direta da comunidade no desenvolvimento do processo de humanização, já que “pode responder com mais visibilidade e credibilidade às necessidades e expectativas dos usuários”

Envolveremos pessoas e traremos para dentro da Instituição saberes e olhares da nossa sociedade para assim contemplarmos os princípios de equidade, igualdade além de estarmos quebrando paradigmas existenciais pode-se também referendar que já existem outras instituições que trabalham usando o voluntariado da comunidade com uma boa resposta, e um retorno expressivo nas mudanças comportamentais. Cito neste momento o serviço de voluntariado do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, o qual já é história na instituição e serve de modelo para nós então, podemos pensar da seguinte forma: se eles conseguiram

trabalhar com este novo olhar! Porque nós Hospital Cristo Redentor, não podemos, devemos tentar esta possibilidade de NOVO FAZER e NOVOS SABERES.

Estaremos com esta atitude, criando um vínculo com a comunidade que somente nos trará benefícios, visto que “abrir-se-á portas” que permitem a troca de idéias, a conversação mais dialógica entre a população e a instituição.

Promovendo assim a saúde num aspecto mais amplo e digno.

Segue quadro formador da equipe de trabalho (**figura 1**).

**Figura 1**

<b>QUADRO EQUIPE DE TRABALHO ARTICULADO</b>				
<b>NOME</b>	<b>FUNÇÃO NO PROJETO</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>NATUREZA DO VÍNCULO</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
Genessi Prestes Barboza	Coordenador	Lic. Plena Ciências com Habilitação em Matemática	CLT/FUNC-HCR.	40 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	CLT/FUNC-HCR/Saúde do trabalhador	40 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	CLT/FUNC-GHC/GRH	40 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	CLT/FUNC.GHC Gestão do trabalho	20 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	CLT/FUNC-Conselho Gestor	20 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	CLT/FUNC.C/LIMIT. FUNCION.	20 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	VOLUNTÁRIO	20 H
A Definir	Colaborador	Sem definição	VOLUNTÁRIO	20 H

O quadro ilustrativo da equipe tem a intenção de demonstrar como estará organizada a equipe de trabalho, assim como as devidas funções, carga horária, podendo ser alterado conforme a necessidade observada na formação da equipe.

Os futuros membros da equipe de profissionais terão origem na própria instituição, para que o fim seja alcançado com êxito pois, contemplará trabalhadores que possuem alguma relação “do saber” em específico para as ações que devem ser tomadas para a execução das tarefas propostas.

Além da equipe de profissionais e voluntários que trabalharão neste projeto, também se fará contato com as chefias e autoridades para a devida troca de informações, dados e tecnologias. Bem como a devida apresentação da equipe como um todo, perante os diversos órgãos que a compõem, esta equipe não é “só” no hospital, ela segue uma hierarquia a qual deve ter conhecimento dos fazeres e

dificuldades encontradas. O coordenador geral deve ter representatividade e acesso aos meios, para que a equipe possa trabalhar com maior liberdade e segurança para o fazer diário.

A equipe também utilizará um instrumento (questionário) que medirá o tempo gasto pelo usuário dentro do hospital; segue modelo (Apêndice A) do questionário. Além disso, também poderemos medir a atuação da equipe junto ao usuário, como saber a evolução do projeto junto aos nossos colaboradores, bem como prestar conta das ações da equipe de trabalho a quem estes membros estiverem subordinados.

No referido questionário não haverá dados de identificação bem como, qualquer termo que possa sugerir: nome, gênero, idade, categoria social, cor, raça e etnia. Para estabelecermos assim, um instrumento que possa ser distribuído de forma aleatória sem qualquer apelo institucional e/ou obrigatoriedade de preenchimento. Para tanto, desejamos que o mesmo seja preenchido de maneira voluntária.

### **5.1.3 Interação, Integração e Conhecimento dos Diversos Serviços do Hospital**

- Promover visitação entre os profissionais dos diversos setores do HCR<sup>2</sup> para conhecimento das rotinas e práticas inerentes aos serviços (ampliação de espaços democráticos).

- Possibilitar a interação entre as pessoas da maioria das áreas envolvidas.

- Criar ambiente acessível para troca de idéias ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população.

Nesta linha do pensar adotarei o que diz Freire (1921-1997, p. 94).

Os que optam pela preservação do “status quo” precisam de saber que mudar é difícil mas é possível para organizar-se e programar suas táticas de luta. Uma dessas táticas, por exemplo, é a ênfase na compreensão fatalista da realidade que despolitiza os fatos, a educação erige o destino ou a sina como sujeitos da História.

### **5.1.4 Visualização dos Meios de Comunicação, Identificação e Orientação**

- Criar meios de comunicação mais eficazes e eficientes.

- Criar meios de sinalização mais eficazes e claros.

- Prover acessos para pessoas com limitação funcional.

---

<sup>2</sup> Hospital Cristo Redentor S/A - Localizado: Bairro Cristo Redentor Rua: Domingos Rubbo, 20 POA

## 5.2 RESULTADO ESPERADO

- Profissional com maior capacidade de acolhimento e maior discernimento para resolver questões básicas de atendimento.
- Um ambiente mais acessível, tranqüilo e de fácil convivência.
- Profissional mais tranqüilo e apto para as funções exigidas.
- Conhecimento maior das rotinas dos diversos setores, por grande parte dos profissionais.
- Promover a interação pessoal entre os profissionais.
- Ampliar a comunicação entre os serviços.
- Contribuir para o aumento da auto-estima tanto profissional quanto do usuário.
- Interação e integração com a comunidade, com os profissionais, os serviços e a própria Instituição.
- Uma sinalização e acessos mais adequados a toda comunidade de usuários.

## 5.3 PLANILHA DE AVALIAÇÃO PROCESSUAL

Esta planilha **figura 2**, foi pensada e elaborada para podermos avaliar como o processo, num todo está sendo desenvolvido em cada um dos objetivos propostos.

Dentro da proposta de equipe articulada, com ênfase também na educação permanente, além da revisão e treinamento nas rotinas dos setores em específico observando-se a dicotomia dos diversos saberes envolvidos em cada tarefa, não impondo um novo saber e nem querendo mudar a forma de trabalho bem como os fazeres específicos de cada serviço, como não queremos apontar o que está errado e o que está certo, a intenção deste trabalho não é intrometer-se nas funções inerentes a cada trabalhador e serviços e sim mostrar um NOVO OLHAR, UMA NOVA ATITUDE. A finalidade deste projeto é a troca do conhecimento, a interação pessoal é poder propiciar uma auto-avaliação tanto pessoal, profissional; como e porque não, setorial, segundo a opinião de Depresbiteris (2001, p. 29) a “avaliação deve ter uma dimensão educativa dentro da perspectiva formativa”.

Por que então não romper com essa visão pragmatista, utilitária, e envolver a avaliação com uma função formativa, que exige ações de natureza mais educativa: propor ações de recuperação para que as pessoas possam contar novas oportunidades de certificação. Seria uma espécie de não fechar a porta àqueles que num primeiro momento não possuísem as competências necessárias ao desempenho da profissão.

Uma das mais lindas compensações dessa vida é que ninguém poderá sinceramente tentar ajudar outra pessoa sem ajudar a si mesmo.  
(Ralph Waldo Emerson)

Figura 2

PLANILHA DE AVALIAÇÃO PROCESSUAL						
Objetivo específico	Perguntas de avaliação	Indicadores quantitativos	Indicadores qualitativos	Fontes de informação	Formas de coleta de dados	Periodicidade
1. Propor uma atitude de acolhimento para com todo o usuário, no percurso das suas consultas, exames e/ou cirurgias.	1. Os multiplicadores, e/ou equipes de capacitação estão sendo capazes de apoiar o processo de acolhimento com a qualidade desejada?		Qualidade: nas atividades, nos treinamentos, nas dinâmicas de grupo, nas atitudes pessoais.	Multiplicador, equipes das unidades.(questionamentos)	Entrevista pessoal	Bimensal
			Motivação dos treinadores para o trabalho	Educadores.	Reunião mensal da equipe de capacitação	Mensal
		Frequência nas atividades		Lista de presença.	Análise documental	Mensal
2. Ampliar os processos comunicacionais entre os diversos atores da Instituição – HCR	1-Houve acesso aos outros setores do HCR?	Frequência de visitas nos outros setores.	Qualidade nas informações trocadas.	orientador setorial, profissional do setor	Entrevista pessoal.	
	2-Ocorreu troca de informações dentre os profissionais envolvidos?		Conhecimento das rotinas mais utilizadas nos diversos setores.	- profissional visitante.		
	3-Os meios comunicacionais da empresa são suficientes?		Qualidade comunicacional	Folhas de comprovação de visitas.	Reuniões/atlas	mensal
3. Possibilitar o conhecimento dos serviços da Instituição por parte de seus atores.	1. O sujeito da Instituição teve acesso as rotinas do setor.	Questionar o sujeito quanto às rotinas existentes.	As rotinas aplicadas são claras e de fácil acesso.	Gerente da Unidade Institucional, o profissional.	Entrevista pessoal, reuniões, questionários	mensal
4. Eliminar a perda de tempo desnecessário na procura dos serviços, pelo usuário.	1. Os multiplicadores e/ou equipes estão sendo capazes de apoiar e acompanhar o processo de capacitação do voluntariado e do profissional.	Questionários direcionados ao voluntariado.	Redução do tempo de espera, foi eficaz?	Voluntário, profissional, setor, usuário.	Entrevista com usuário do setor.	mensal
5. Proporcionar um acesso mais visível e tranquilo para o usuário dentro da Instituição.	1. Os meios de sinalização produzem o efeito desejado.	Apontamento das sinalizações e dos acessos.	Enumerar sinalizações e acessos.	Voluntário, profissional, setor, usuário.	documentos	mensal
	2.Os acessos ao hospital são livres e de fácil visualização para o usuário.				fotografias	

Devemos se possível estar sempre verificando a aplicabilidade das ações inerentes a cada objetivo específico.

Somos o que fazemos, mas somos principalmente o que fazemos para mudar o que somos.  
(Eduardo Galiano)

#### 5.4 PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TEMPO DESPENDIDO PELO USUÁRIO NO SEU ATENDIMENTO.

As pesquisas servirão como amostragem para adequação se necessário, dos procedimentos realizados pela equipe de atuação nos atendimentos ao nosso usuário.

As pesquisas (Apêndice A) ocorrerão de forma periódica e aleatória, num espaço de tempo definido e realizar-se-ão nos setores específicos, como: atendimento ao usuário (recepções, vigilância, internação, guichês de atendimento, ambulatório).

As pesquisas se darão espontaneamente num caráter voluntário, com questionário simples contendo de 3 (três) a 5 (cinco) perguntas, no máximo dentro dos princípios permeados pela ética.

O usuário ficará livre p/ responder as questões.

O questionário será entregue ao usuário em uma das entradas da instituição e coletada no final do seu atendimento, em uma urna específica.

O levantamento e a análise dos dados deverão ser realizados pelos profissionais de saúde envolvidos no processo e/ou equipe articulada.

Os resultados obtidos deverão ser expostos para a comunidade assim como, deverão ser entregues à direção do Hospital ou a quem for responsável pela equipe.

#### 5.5 PROPOSTA PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO + ORÇAMENTO

A divulgação do projeto se dará por meio de palestras expositivas, dirigidas ao público alvo que é o servidor, o usuário e a comunidade. Além da defesa do projeto junto aos dirigentes, coordenadores, chefias de área, para a devida

sensibilização e apoio. Estas ações deverão ser promovidas e coordenadas pela equipe articuladora do projeto.

Também se fará a divulgação conforme mostra a **figura 3** por meio eletrônico, cartazes, panfletos. A distribuição do material ficará sob a responsabilidade também da referida equipe.

**Figura 3**

<b>PLANILHA DE PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE DIVULGAÇÃO+ ORÇAMENTO</b>			
<b>Instrumento/mídia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Propósito</b>	<b>Custo</b>
Placa de divulgação do projeto, na entrada do Hospital Cristo Redentor.	01	Apresentar o início do novo projeto da Instituição.	R\$ 100,00
Computador ( completo)	01	Para elaboração dos documentos (memos, ofícios, orientações, rotinas, outros) necessários para todo o desenrolar do trabalho da equipe articulada.	R\$ 1.000,00
Impressora	01	Necessário para a impressão dos documentos provenientes do serviço executado.	R\$ 400,00
Cartuchos	04	Necessário para a impressão dos documentos provenientes do serviço executado.	R\$ 150,00
CDS/DVDS (virgens)	10	Para salvar o material, bem como para gravação e possíveis apresentações.	R\$ 20,00
Cartazes	20	Divulgar as atividades que serão promovidas pelo projeto entre os profissionais da Instituição.	R\$ 50,00
Panfletos	100	Divulgar para a comunidade as atividades do projeto buscando o apoio e a aderência da mesma.	R\$ 100,00
Entrevista para o SITE do GHC	1	Divulgar entre a comunidade da Internet e o maior número de pessoas.	R\$ 0,00
Folhas de ofício (A4)	500	Elaboração de atas, relatórios, textos..., anotações em geral.	R\$ 10,00
Canetas	10	Para escrever e fazer anotações	R\$ 4,00
Borracha	5	Para apagar as anotações a lápis	R\$ 4,00
Lápis	5	Para escrever e fazer anotações	R\$ 4,00
Pasta preta	3	Para organizar documentos	R\$ 10,00
Pasta com elástico	3	Para organizar documentos	R\$ 10,00
Envelopes pardos tam. ofício	50	Para organizar documentos	R\$ 5,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 1.867,00</b>

O quadro ilustrativo acima, do planejamento e gastos de divulgação/trabalho, mostra sinteticamente o material e equipamento de uso diário e o que será utilizado nas respectivas demonstrações expositivas.

Também mostra um orçamento aproximado do que será gasto com o material e equipamento para a formação da equipe de desenvolvimento da proposta de “equipe articulada” no trabalho de acolhimento na maioria dos serviços do hospital.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição para a devida aprovação e consentimento, conforme o que regulamenta a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A identidade do voluntário será preservada pelo instrumento de coleta de dados, já que o questionário não solicita nenhum dado de identificação. O voluntário receberá a orientação necessária para o devido preenchimento do questionário. Sendo que, não é necessário que um profissional fique acompanhando o preenchimento do referido instrumento, pois o mesmo pode ser aplicado de forma aleatória a qualquer usuário. O questionário vem a ser um termômetro de acompanhamento do tempo despendido pelo usuário dentro do hospital, ou seja, um indicador de avaliação do programa, um instrumento que percebe o monitoramento da atividade exercida pela equipe articulada.



## 7 CONCLUSÃO

Concluindo esta proposta de projeto, tenho a convicção que dou uma pequena contribuição para a melhoria da acessibilidade, no acolhimento nas diversas esferas do fazer e nos mais variados saberes dentro da Instituição.

Além de também promover a Instituição satisfatoriamente junto ao nosso usuário, atores externos e sociedade civil descentralizando os serviços e desmitificando diversos fazeres.

Este projeto tem por finalidade principal estabelecer uma ligação maior entre o nosso usuário e os profissionais que atuam na Instituição HCR.

Assim como criar elos de comunicação entre os serviços, além de proporcionar uma mudança de conceitos e a visualização geral da empresa como um todo, sendo que o nosso foco será sempre o nosso usuário e a produção de saúde, a comunidade em que estamos inseridos e os profissionais que aqui transitam.

Parafraseando um dito popular: “água mole em pedra dura tanto bate até que fura”, com este ditado vamos batendo neste assunto: acolher com qualidade a todos e em todos os momentos, assim futuramente teremos uma Instituição com os seus profissionais totalmente voltados para a Humanização, a Integralidade e a Igualdade de: raça, cor, etnia, gênero, religião e saberes num hospital 100% SUS.

Portanto para todos nós que ainda sonhamos com utopias, continuaremos lutando e pensando na melhora do atendimento aos nossos cidadãos.

Uma pergunta: .....será que é possível “ousar”, desenvolver um trabalho ao nível dos hospitais públicos, tendo em vista melhorar a qualidade do atendimento prestado à população?

Uma aposta: é possível sim! Mesmo considerando as dificuldades por demais conhecidas por quem atua na área hospitalar..... .

(Luiz Carlos de Oliveira Cecílio)

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, C; MASSARO, A. Envio de referências[Fernanda Luz Beck]. Mensagem recebida por <[gegesi@bol.com.br](mailto:gegesi@bol.com.br)> em 16 nov. 2008.

ANGNES. D. I. Humaniza saúde: Diferencial do Atendimento na Saúde. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, p. 13-14, Jul/Dez. 2004.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF. Ed. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**: Ambiência/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF. Ed. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília, DF. Ed. Ministério da Saúde 2004-Série B: Textos Básicos de saúde. <http://portal.saude.gov.br/saude/Disponível> em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 20 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição 100% SUS: **Plano Operativo**, Porto Alegre, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília, DF Ed. Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem — Brasília, Ed. Ministério da Saúde, v. 1, n. 2. 2001.

CAMPOS, G. W. S. Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos: **A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo. Hucitec. 2000.

FERLA, A. A.; POSSA, L. B. Módulo de Saúde, Ciência e Tecnologia e Sociedade. **O Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios, diretrizes e conceitos básicos. Módulo de aula, Porto Alegre, 2008

FRANCO, T.B. **Modelo assistencial para a saúde indígena:** DSEI-MG/ES. 2003. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub-42.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

FRANCO. T. B.; BUENO. W. S, MERHY. E. E. O acolhimento e os 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. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R. A. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005.

MERHY, E. E. et al. In\_\_\_ **O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** O caso de Betim MG. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2º Ed. São Paulo: Hucitec, 2004

MERHY, E. E. et al In\_\_\_ **Análise de uma intervenção pedagógica em cs** O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2º Ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

MERHY, E. E. ONOCKO, R. – Organizadores – Agir em Saúde: **Um desafio para o público** (saúde em debate; 108. Série didática; 6). 2ª Ed. São Paulo. Hucitec. 2000

PETROBRAS; **PETROBRAS:** roteiro para elaboração de projetos.:Disponível em:<<http://www2.petrobras.com.br/portal/frame.asp?pagina=/ResponsabilidadeSocial/portugues/index.asp&lang=pt&area=rsa>> - Acesso em 17 dez 2008

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento em Porto Alegre: Um SUS de todos para todos.** Porto Alegre, 2004.

SIEDLER, A.J. et al. **Boletim de saúde pública:** Humanização em ação: sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. Porto Alegre, v. 18, n. 12, p. 59, jul./dez. 2004.

SILVA, L. G. da; ALVES, M. da S. **O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde.** Revista de APS; Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84 jan./mar. 2008.

SODRÉ, M. In: DE LAVOR, A. (Transcritor) O sucesso do mal-entendido. **Revista Radis** - Comunicação em saúde, Rio de Janeiro, n. 62, p. 13-15, out. 2007

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil.** Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005

VÍCTORA, C.G; KNAUTH. D. R; HASSEN. M. de N. A, **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. método qualitativo e quantitativo de pesquisa em saúde. Porto Alegre; Tomo, 2000

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO

**1- O profissional que o/a atendeu respondeu com:**

- (        ) agilidade
- (        ) rapidez
- (        ) educação
- (        ) não lhe informou

**2- Tempo de espera: (    ) 30 min. (    ) 1h (    ) 2h (    ) 3 h (    ) mais de 3 h**

- (        ) de consulta
- (        ) de exame
- (        ) de procedimento
- (        ) de atendimento guichê
- (        ) outros

**3- Encontrou com facilidade o que procurava?**

- (        ) SIM
- (        ) NÃO

Se opção não, por que \_\_\_\_\_

**4- Entrou em que horário no HCR e saiu em que horário?**

Horário de Entrada: \_\_\_\_\_ h.  
Horário de saída: \_\_\_\_\_ h.

**5- Categoria de usuário você se classifica:**

- (        ) paciente
- (        ) acompanhante
- (        ) visitante
- (        ) outros \_\_\_\_\_

**Se paciente:**

- (        ) está sozinho?
- (        ) está acompanhado?
- (        ) possui alguma limitação funcional?
- (        ) é pessoa idosa?
- (        ) outros \_\_\_\_\_

**Sugestões:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_