

**Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Enfermagem**

JANE MARY ROSA AZEVEDO

**O SERVIÇO DE TRIAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – PROMOVENDO O
ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Goiânia-2004

JANE MARY ROSA AZEVEDO

**O SERVIÇO DE TRIAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – PROMOVENDO O
ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra. Maria Alves Barbosa

Goiânia

2004

FOLHA DE APROVAÇÃO

JANE MARY ROSA AZEVEDO

“SERVIÇO DE TRIAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – PROMOVENDO O
ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL”

*Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação – Mestrado da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em
Enfermagem.*

Defendida e aprovada em _____ de _____ de _____,
pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes examinadores:

Profa. Dra. Maria Alves Barbosa (Presidenta)
Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Assinatura _____

Profa. Dra. Sueli Itsuko Ciosak
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Assinatura _____

Profa. Dra. Ana Luísa Lima Souza
Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
Assinatura _____

*“O pensamento mais elevado é
sempre aquele que é alegre.
A palavra mais clara é sempre aquela
que é verdadeira.
O sentimento mais nobre é sempre
aquele a que chamam de amor”*
Neale D. Walsch

Dedicatória

A **Deus**, pela existência, pela formação profissional, pois cuidar da vida é um grande privilégio.

Dedico este trabalho aos meus **pais**, por terem me proporcionado a oportunidade do crescimento pessoal e profissional.

Aos meus filhos, **Vivianne e Ronaldo**, pela compreensão da ausência e por estarem sempre do meu lado, amo vocês.

Ao meu marido, **Reginaldo**, pelo incentivo e apoio.

À minha **família** que sempre acreditou e contribui com o meu sucesso.

A **você**, por fazer parte da minha vida.

*“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível e, de repente,
você estará fazendo o impossível.”*

São Francisco de Assis

Agradecimentos

Esta dissertação de Mestrado absorveu grande parte da minha vida. Foram muitos momentos de dedicação na construção, desenvolvimento e conclusão do mesmo. Muitas foram as pessoas que contribuíram para que chegássemos ao final. O meu agradecimento a todos que me apoiaram nesta importante caminhada.

À Diretora da Faculdade Enfermagem da UFG, também minha orientadora, Prof^a Dra. **Maria Alves Barbosa**, pela paciência, confiança e disponibilidade de caminharmos juntas.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem-Mestrado Prof^a Dra. **Denize Bouttelet Munari**, pelo acolhimento, compreensão e incentivo.

Às primeiras **onze** mestrandas do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Enfermagem-Mestrado: Cristiane, Ida, Zilah, Sandra, Solange, Cida, Dulcelene, Ariadna, Tereza, Eunice e Jane Mary, pelos momentos felizes vividos juntas, pela amizade e companheirismo.

À colega **Cristiane**, pela disponibilidade em colaborar na construção deste trabalho.

À Diretora de Enfermagem do Hospital das Clínicas, Enf. **Alexandrina Maria Nogueira Guerra Adorno**, pelo incentivo, apoio dispensado.

Às colegas do Hospital das Clínicas pelo apoio constante.

À equipe do **Serviço de Triagem – HC**, meu muito obrigado, pelo apoio, amizade, pelas sugestões valiosas na condução do trabalho, compreensão quanto ao meu afastamento das atividades profissionais para realizar os meus estudos e

por desenvolverem um trabalho criativo e inovador, acreditando sempre na viabilidade em conseguir um atendimento mais qualificado e humano ao usuário desta instituição.

À amiga Doutora **Mariluz Terra Silveira**, por estar ao meu lado nos momentos difíceis, pela confiança, apoio e amizade.

À colega **Lourdes Silva**, pela amizade e incentivo nessa trajetória

À colega **Karine**, pela ajuda no desenvolver dos trabalhos.

Ao servidor **Alberto Batista Silva**, pela atenção e ajuda.

À secretária do Programa de Pós-Graduação **Célia**, pelo carinho e atenção.

À bibliotecária **Raquel**, pela ajuda constante.

Às minhas **amigas** por tolerarem minha ausência, durante esse tempo dispensado ao mestrado.

A todos os pacientes, razão da minha profissão.

*“E o fim de nossa viagem será
chegar ao lugar de onde partimos.
conhecê-lo, então, pela primeira vez.”*

T.S. Eliot

Agradecimentos Especiais

Aos atores sociais, Diretores do HC, Gestores do Sistema Estadual e Municipal de Saúde, equipe do Serviço de Triagem e usuários por contribuírem com esse estudo.

Ao corpo docente e técnico-administrativo, da Faculdade de Enfermagem, por proporcionar condição positiva para nosso crescimento pessoal e profissional.

Ao Hospital das Clínicas, por facilitar nossa pesquisa, e acreditar no trabalho desenvolvido pela equipe do Serviço de Triagem.

Azevedo, J. M. R. O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás como resultante da reorganização institucional e promotor do acolhimento. Goiânia, 2004. 128p. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás foi implantado em 1998, com o intuito de atender de forma mais organizada e humana, os usuários que procuravam a unidade para solução de seus problemas de saúde. O objetivo geral deste estudo foi discutir o Serviço de Triagem resultante da reorganização institucional que busca atender necessidades individuais e que se insere na política vigente de saúde. Optou-se pela pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, para tratar o assunto. Os sujeitos do estudo foram constituídos por gestores estaduais e municipais (4), gerentes do Hospital das Clínicas (3), usuários atendidos no Serviço de Triagem/HC (66) e integrantes da equipe do Serviço de Triagem (12). Para a coleta de dados, realizada pela pesquisadora, utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada. O projeto foi desenvolvido após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Os dados encontrados foram agrupados conforme a semelhança dos significados das percepções dos entrevistados e organizados em categorias de análise. Foram estabelecidas quatro categorias: a) Serviço de Triagem e a operacionalização do SUS, que discutiu seus princípios e diretrizes; b) Percepções dos gestores e equipe do Serviço de Triagem, que abordaram aspectos relacionados com o Serviço de Triagem; c) Estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS, que trabalhou as recomendações dos entrevistados para uma melhoria no sistema de saúde; e d) Percepções dos usuários quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem – HC. Concluiu-se que o Serviço de Triagem, tal como ora implementado trabalha na linha do acolhimento preconizada pelo Ministério da Saúde, mas precisa melhorar a resolutividade. Além disto, contempla os princípios e diretrizes do SUS, que a satisfação do usuário está relacionada com as características facilitadoras do atendimento e com a qualidade do serviço prestado. Considera-se que a responsabilidade, vínculo, abordagem

dos utentes em todo o processo de recuperação, resolução e integração ao sistema de saúde são práticas assistenciais que devem ser desenvolvidas pelo serviço. Recomenda-se a implantação de uma unidade da rede básica próxima ao HC, para o primeiro atendimento de emergência, com o intuito de melhorar a resolutividade principalmente no serviço de emergência da instituição. Pensar hoje um novo sistema de saúde, no qual o cliente é o centro de toda atenção, constitui-se num novo paradigma, no qual estar-se-ia investindo no objeto saúde e não na doença.

Palavras-chaves: Assistência à saúde, triagem e acolhimento.

Azevedo, J. M. R. The Selection Service of Hospital's clinics of the University Federal of Goiás as resulting from the institutional reorganization and promotion's reception. Goiânia, 2004. 128p. (Master's phesis) – School of Nursing, University Federal of Goiás, Goiânia, 2004.

Hospital of the Clinics' Selection Service of the Federal University of Goiás was implanted in 1998, with the intention of assisting in a more organized and human way to users that sought the unit to solution of their health's problems. The main objective of this study was to discuss the Selection Service resulting from the institutional reorganization that looks for assisting individual needs and interferes in the effective health's politics. To treat the subject, it was opted for the research of descriptive nature with qualitative approach with Case's Study. The subject of the study was constituted by state and municipal managers (4), managers of the Hospital of the Clinics (3), assisted users in the Selection Service/HC (66) and whole team of the Selection Service (12). For data's collection, accomplished by the researcher, it was used as instrument the semi-structured interview. The project was developed after approval led by the Committee of Ethics in Research Human Animal of the Hospital of the Clinics of the Federal University of Goiás. The found data were grouped in according to the similarity of the meanings from interviewees' perceptions and organized in analysis categories. They were established in four categories: a) Selection Service and the SUS' operacionalization, that argued the principles and directives; b) Managers and Team' perceptions of the Selection Service, that had approached aspects related with the Selection Service; c) Strategies that contribute to remanagement of the SUS, that worked the interviewers' recommendations for an improvement in the health's system; and d) Users' perceptions in attendance received in the Selection Service. It was ended that the Selection Service, just as implemented hour, works in the line of the reception extolled by Ministry of Health, but it needs to improve the resolution. Haul of that, the SUS' principles and directives, that the user's satisfaction is related with the facilitative characteristics of the service meditates and with the quality of the rendered service. It is considered that the responsibility bond and approach of the users in whole recovered process, resolution and integration to the system of health

are assisted practices that should be developed by the service. The implantation of an unit is recommended from the close basic net to HC, for the first emergency service, with the intention of improving the resolutividade mainly in the service of emergency of the institution. Thinking today in a new system of health, in which the customer is the center of all attention, it is constituted in a new paradigm, in which would be being invested in the object health and not in the disease.

Key-words: Attendance to the health, selection and reception.

Resumo	08
Abstract	10
A ESCOLHA DO TEMA	13
1 – INTRODUÇÃO	16
1.1 – A Municipalização em Goiás	22
1.2 – O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas	27
2 – OBJETIVOS	33
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	35
4 – METODOLOGIA	45
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 – O Serviço de Triagem e a operacionalização do SUS	52
5.2 – Percepção dos gestores e equipe do serviço quanto ao Serviço de Triagem	76
5.3 – Estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS	95
5.4 – Percepções do usuário quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas	102
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
8 – ANEXOS	122

A ESCOLHA DO TEMA

Trabalhando como enfermeira em hospital de ensino, integrante da rede pública de assistência, percebia a existência de fatores que dificultavam o acesso da população ao serviço daquela unidade. Este fato muito me inquietava, fazendo surgir reflexões sobre por exemplo, como atender a toda demanda, de que maneira avaliar caso a caso, como garantir o acesso, identificar situações de risco, permitir que todos expressem o sofrimento, como humanizar a atenção e estabelecer vínculo/compromisso das equipes com os usuários que buscavam o Hospital das Clínicas para os diversos tipos de atendimento.

Percebia, também, a procura de muitos pacientes por consultas para especialidades, sem nenhuma orientação, enquanto outros aguardavam atendimento na emergência. Com isso, deparavam-se com grandes filas para o agendamento, chegando a pernoitar, à porta do hospital, pois a quantidade disponível de consultas era insuficiente para a demanda.

Naquela instituição a ordem de chegada era o único critério para se conseguir uma vaga e este fato gerava conflitos, tumulto e ainda, falta de resolutividade para aqueles que apresentavam um quadro de gravidade maior. Os funcionários dos guichês de atendimento pareciam treinados para anunciar: “não tem mais vaga”, “acabou a ficha”. Tal atitude revelava a falta de responsabilidade para com o usuário, desconsiderando-se as dimensões psicológicas, epidemiológicas, culturais, sociais e até mesmo as necessidades de caráter biológico do paciente ou familiar que precisava de atendimento. Existia apenas o fluxo unidirecional, ou seja, agendava-se para o médico todas as demandas. Problemas que poderiam ser resolvidos por outros profissionais eram desconsiderados.

Na emergência, a situação não era diferente. Existia tumulto, pois o número de usuários que procurava atendimento era grande, chegando a ficar quase o dia inteiro aguardando e, ainda, os casos mais graves não tinham prioridade. Como o hospital é referência para as demais unidades de saúde, pacientes oriundos de outras localidades também não conseguiam atendimento de imediato, e não tendo

A ESCOLHA DO TEMA

familiares residentes na capital, a única opção era aguardar nas dependências do Pronto Socorro o seu atendimento até a resolução de seu problema.

Diante dessa realidade, pensando talvez numa nova modalidade de assistência, numa reorganização do serviço, com a finalidade de atender a todos os usuários em suas necessidades, de forma eficaz, adequada e humanizada, participei em 1998 do projeto de criação do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás HC/UFG. Este trabalho aconteceu em parceria com o gestor estadual, garantindo a universalidade na assistência, integralidade e equidade nos serviços, contribuindo com os princípios e diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Atualmente, em funcionamento, o serviço parece contemplar a necessidade de inserção do paciente no sistema de saúde, garantindo a sua acessibilidade e resgatando a concepção da saúde como direito do cidadão.

Este é sem dúvida, um dos fatores determinantes que me motivou a pesquisar esta temática, pois considero o Serviço de Triagem um trabalho inovador exercido de forma autônoma ou seja, sem intervenção de agentes externos e de acordo com as necessidades dos usuários. A missão do HC/UFG é promover assistência humanizada e de excelência à saúde, integrada às políticas de saúde, servindo de campo para o ensino, pesquisa e extensão.

1- INTRODUÇÃO

A saúde de um indivíduo resulta de diversos fatores, já conhecidos, tais como, condições de moradia, renda, educação, lazer, transporte entre outros. Entretanto, quando o ser humano atinge qualquer um destes fatores, outras aspirações vão surgindo, constituindo-se em novas necessidades. Deste modo, pode-se, considerar que o *conceito de saúde* também deve ser dinâmico, em harmonia com o contexto vivido.

Starfield (2002), ressalta que a saúde possui outros determinantes quais sejam, a estrutura genética que determina os limites dentro do que os serviços de saúde podem alcançar para a melhora da saúde, o meio ambiente social e físico, comportamentos individuais e serviços de saúde. Portanto, a saúde do indivíduo ou de uma população é determinada por sua combinação genética, modificado pelo meio ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados pela natureza da atenção à saúde oferecida.

O estado de saúde possibilita que a pessoa ou grupo participe ativamente do convívio em sociedade na construção social de uma nação, levando ao desenvolvimento pessoal, econômico, social, e conseqüentemente, resultando numa melhor qualidade de vida.

A saúde da população, do indivíduo deve fazer parte das políticas de todos os setores em todos os níveis como forma de oferecer aos cidadãos uma vida digna. O indivíduo tem responsabilidade neste processo e a ele devem ser proporcionados meios para que seja capaz de identificar, expressar e realizar suas aspirações, satisfazendo suas necessidades.

Os sistemas de saúde tentam otimizar a assistência oferecida a população disponibilizando o conhecimento e tecnologias adequadas, além de atuar no sentido de garantir o acesso aos serviços.

Entretanto, os países se diferem em suas características históricas, políticas, culturais, e econômicas, e por isto também são diferentes na forma como conduzem as questões referentes à saúde do indivíduo ou coletividade (STARFIELD, 2002).

1- INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil foi marcada por constantes mudanças ao longo da história da assistência, acompanhando as transformações econômicas, sócio-culturais e políticas da sociedade. Uma considerável literatura (RIZZOTTO, 1999; GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; CARVALHO *et al.*, 2001; COHN, ELIAS, 2001), aborda a evolução da assistência à saúde desde a formação das cidades, o processo de industrialização/imigração como fatores que facilitaram o aumento das doenças infecto-contagiosas, o saneamento dos portos, o modelo das campanhas sanitárias adotado pelo médico Oswaldo Cruz, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNPS e posteriormente o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o surgimento da assistência previdenciária no Brasil, com a Lei Elói Chaves, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e que se constituíram no embrião da seguridade social no Brasil.

Em 1933, nasceu uma nova estrutura de previdência social, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Essa era uma política de assistência à saúde voltada somente para os trabalhadores que contribuíam com a previdência.

Também já se encontram amplamente discutidas a dicotomia entre a saúde pública e a atenção médica individual, a necessidade de reformas e a organização de políticas públicas de saúde (BERTOLLI FILHO, 2002; GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; CARVALHO *et al.*, 2001). A forma de atenção médica individual que era considerada prioritária persiste até os dias de hoje (RIZZOTTO, 1999; GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; RUFFINO NETO *et al.*, 1999; CARVALHO *et al.*, 2001).

Outras importantes iniciativas para o setor da saúde já na década de setenta do séc. XX foram a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com a finalidade de sanar dificuldades administrativas do sistema previdenciário e racionalizar os gastos com assistência médica, que por seguinte, criou-se em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (RUFFINO NETO *et al.*, 1999; CARVALHO *et al.*, 2001; BERTOLLI FILHO, 2002; COHN, ELIAS, 2001). Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, resgatando-se os resultados da 5ª Conferência Nacional de Saúde, que permitiu formular modelos alternativos de organização e ações mais eficazes de

1- INTRODUÇÃO

saúde (GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; BERTOLLI FILHO, 2002), embora ainda predominando o modelo assistencial-curativista e privado da atenção a saúde.

Em nível internacional aconteceu a Conferência de Alma-Ata (1978) que preconizava “*Saúde para Todos até o Ano 2000*”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde fez-se iniciar na década de 80, o processo de expansão da cobertura assistencial (VECINA NETO, REINHARDT FILHO-1998; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL, 1978).

A dinâmica da organização da assistência à saúde no Brasil esbarrou-se em crises, a exemplo da Previdência Social consumindo recursos cada vez mais significativos, criação de planos não efetivados, a exemplo do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), em 1980, este tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo país, apesar de não ter saído do papel constituiu-se em iniciativa de solução de problemas e pró-melhorias para a população (GALLEGUILLOS, OLIVEIRA, 2001; BERTOLLI FILHO, 2002).

A década de 80 foi marcada por grandes acontecimentos importantes para o setor saúde, a exemplo da 7ª Conferência Nacional de Saúde e da criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP. Este, teve a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, propondo um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado, e ainda reorientar as proposições do Prev-Saúde com a finalidade de reduzir custos na assistência médica (NERY, VANZIN, 1994; RIZZOTTO, 2002).

O CONASP permitiu o surgimento das Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, sendo que estas se tornaram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde. Seus princípios eram: universalidade no atendimento; integralidade e equidade da atenção; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralizações das ações e do poder decisório; democratização através da participação da sociedade civil e controle pelos usuários (GALLEGUILLOS *et al.*, 2001; NERY, VANZIN, 1994; BERTOLOZZI, GRECO, 1996; CARVALHO *et al.*, 2001).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília 1986, discutiram-se os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional

1- INTRODUÇÃO

de Saúde e Financiamento setorial e houve a proposta de criação do Sistema Único de Saúde SUS (NERY, VANZIN, 1994; BERTOLOZZI, GRECO, 1996). Nesta Conferência aprovou-se os princípios da Reforma Sanitária, cujo movimento teve início ainda na década de 70 e propunha a inclusão desses na futura Constituição Federal (RUFFINO NETTO *et al.*, 1999).

Na evolução da estratégia de mudanças na Política de Saúde do País, o passo seguinte foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987, contribuindo para a consolidação e desenvolvimento das AIS e também representou um avanço na criação do SUS (NERY, VANZIN, 1994; RUFFINO NETTO *et al.*, 1999).

Em 05 de Outubro de 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal, na qual o Artigo 196 estabelece que a “saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município”, através de sua promoção, proteção, e recuperação (BRASIL, 2000b). Resgatou-se com ela as propostas da VIII conferência Nacional de Saúde criando o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000a). Dessa forma, as secretarias estaduais de saúde começaram a assumir a gestão da assistência à saúde, permitindo universalização dos serviços e acesso a toda comunidade (ALMEIDA *et al.*, 2001).

A década de 1990 foi caracterizada pelo processo de implementação do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde, em parceria com os Estados e Municípios, assumiu a implantação do Sistema Único de Saúde e para isso estabeleceu como metas as seguintes diretrizes políticas: acesso universal e igualitário, Novo Modelo de Atenção à Saúde, Organização e Administração do Sistema, Descentralização, Desenvolvimento de Recursos Humanos, Informação em Saúde, Relações entre os Setores Público e Privado, Participação Social, Intercomplementaridade Setorial, Tecnologia de Alta Complexidade, Financiamento Setorial, Ciência e Tecnologia em Saúde, Condições Ambientais e Sanitárias, Cooperação Técnica e Comunicação Social (BRASIL, 1991; NERY, VANZIN, 1994).

A partir da nova Constituição, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram prevendo condições para viabilizar o direito a saúde e para a efetiva implantação do SUS. Destacam-se as Leis Orgânicas da Saúde de n.º 8080/90 e 8142/90, que regulamentam o SUS, o Decreto n.º 99.438/90 e as

1- INTRODUÇÃO

Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996 e a Instrumentação Normativa n.º 01 de 15/05/1997, que determinaram a descentralização da saúde através da municipalização plena (ALMEIDA *et al.*, 2001; RUFFINO NETTO *et al.*, 1999). Estas leis estabelecem os princípios de organização, estruturação, gestão e financiamento do SUS (RUFFINO NETTO *et al.*, 1999).

A última Norma Operacional Básica, editada em 1986-NOB/96, prevê duas modalidades de gestão para os Municípios: *Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal* e para os Estados: *Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual* (CARVALHO *et al.*, 2001; BRASIL, 1996b).

Em dezembro de 2000 aconteceu em Brasília a 11ª Conferência Nacional de Saúde na qual aspectos relacionados com a garantia do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde através do controle social foram abordados (SCOREL, LUCCHESI, 2000).

O SUS significa um avanço no que se refere às políticas públicas, com propostas claras de controle social, transparência administrativa, gestão participativa e outros. Entretanto, há necessidade de humanização do cuidado prestado ao usuário, das ações e serviços de saúde, bem como a qualidade técnica da assistência, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada problema. Aspectos como a falta de recursos materiais, humanos, as condições de trabalho a que os profissionais estão submetidos influenciam na qualidade dos serviços prestados (CONFERÊNCIA NACIONAL, 2000).

Dificuldades encontradas na operacionalização desse Sistema, principalmente no que diz respeito ao acesso da população aos serviços de saúde oferecidos pelos municípios e/ou estados determinaram a criação da *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001* (SOUZA, 2001). Ela disponibiliza instrumentos para que os responsáveis pela gestão possam reorganizar o sistema, buscando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em seus níveis de complexidade. Aponta para isso três grupos de estratégias a serem seguidas: Plano Diretor de Regionalização (coordenados pelas Secretarias Estaduais de Saúde – SES), Fortalecimento da Capacidade Gestora do

1- INTRODUÇÃO

SUS (este consolidando o caráter público da gestão do sistema) e, por fim, a atualização dos critérios do processo de habilitação dos municípios e estados, devendo, cada um assumir este compromisso, na realidade deixando de ser apenas um pacto de caráter cartorial (BRASIL, 2001).

1.1 A Municipalização em Goiás

A municipalização deve ser entendida como um fenômeno político-administrativo, ou seja derivado de uma mudança no modelo assistencial, baseado em conceitos e princípios de atenção à saúde e não somente de uma reorganização da assistência médica. Esse fenômeno provém da descentralização, que é compreendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências, quanto às ações e aos serviços de saúde, entre os níveis de governo federal, estadual e municipal. É necessário haver uma redefinição das atribuições desses níveis, com o reforço do poder municipal sobre a saúde (GOIÁS, 1996).

Vale ressaltar que o processo de Municipalização em Goiás, assim como em outros estados, foi gradual e evolutivo, e que esta descentralização não suprimiu em nenhum momento a atuação da Secretaria de Estado de Saúde – SES e de suas Diretorias Regionais na responsabilidade e no dever de atender ao princípio constitucional, saúde como direito de todos e um dever do estado. Ao Estado, através da SES, coube a condução da política de saúde de forma articulada, em parceria com os municípios, no sentido de assessorá-los na execução das ações de saúde. A SES passou a ser gestora do serviço de saúde, voltada mais para a coordenação do que para a execução dos serviços de saúde (GOIÁS, 1996).

Em Goiás, o Termo de Municipalização da Saúde foi firmado em abril de 1998 entre o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e o Município de Goiânia, através da Secretaria Municipal de Saúde – SMS objetivando consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde. O processo de Municipalização começou com a descentralização executiva da rede básica de serviços de saúde, ficando o município, neste primeiro momento, responsável por administrar as ações médico-sanitárias de menor complexidade e todas as

1- INTRODUÇÃO

atividades assistenciais de caráter coletivo, sendo a gestora das ações de saúde no Município, a Secretaria Municipal de Saúde (GOIÁS, 1998).

Em Goiás a adoção do princípio de descentralização da gerência executiva das ações básicas de saúde, como o início deste processo, está compatível com o entendimento de que a gerência, quanto mais próxima do usuário e da problemática sanitária local, mais agilidade confere à situação das necessidades e dos interesses da comunidade.

Deste modo, o processo de reestruturação do Sistema de Saúde em Goiás vivencia mudanças audaciosas, objetivando implementar um sistema pautado na descentralização e na municipalização plena.

Com o processo de municipalização, a definição e implantação dos Distritos Sanitários se impuseram como um pressuposto básico para melhor reorganização da rede. Conforme Decreto nº 095/01 da Diretora do Departamento da Rede Básica de Saúde de Goiânia, foram criados, gradualmente, onze Distritos: Campinas, Central, Leste, Noroeste, Oeste, Sudoeste, Mendanha, Meia Ponte, Norte, Sul e Sudeste. As responsabilidades técnico-gerenciais foram estabelecidas e as equipes que neles atuam definiram metodologias de supervisão e assessoramento, com vistas a oferecer suporte básico às unidades e oferecer o pleno desempenho das ações de saúde.

A distritalização concretizou a proposta de descentralização dos serviços de saúde como programa do governo, que assumiu o compromisso de deliberar as medidas necessárias à implantação do Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás. A referida proposta contempla um período de transição gradual, ainda vigente e no seu decorrer, surgirão estruturas e instrumentos que, em um prazo definido, se reorganizarão, de maneira que as novas substituirão as antigas sem, contudo, que haja solução de continuidade na atenção à saúde da população (GOIÂNIA, 1997).

Uma das maiores preocupações municipais refere-se à melhoria da qualidade de serviços oferecidos. Esforços têm sido implementados no sentido de conferir às Unidades Básicas de Saúde melhor infraestrutura para oferecer à população serviços com qualidade. Unidades de saúde em Goiânia foram criadas proporcionando assim uma reorganização do Sistema de Saúde. Entre elas podem

1- INTRODUÇÃO

ser citadas a Maternidade Pública Municipal – Nascer Cidadão, primeira do município, com enfoque no parto humanizado, CEROF (Centro de Referência em Oftalmologia-1998) e, CEROTO (Centro de Referência em Otorrinolaringologia-2000) os dois últimos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Também foi criado o Centro de Referência e Diagnóstico e Terapêutica o qual aloja 03 serviços distintos: Centro de Endodontia, Ambulatório de Referência em DST/AIDS, TB, Hansen e o Laboratório Municipal.

Outros serviços foram criados, tais como a Central de Marcação de Consultas Especializadas com o objetivo de organizar o fluxo das unidades para os hospitais, de forma que o paciente já saia da unidade básica de saúde com a sua consulta especializada agendada por um serviço de telefonia. A implantação do Sistema de Exames Complementares que ficou conhecido como “cheque-exame” ou “chequinho”, possibilitou ao usuário agendar os seus exames logo após a consulta, em laboratórios de sua preferência, acabando com as cotas dos laboratórios particulares.

Foram estruturados os serviços de *Urgência/Emergência* da rede Municipal, quando da concretização do projeto Centro de Assistência Integrada à Saúde – CAIS 24 horas, quando definiram-se unidades de maior porte distribuídas geograficamente para dar respostas a esta necessidade.

Atualmente os CAIS Amendoeiras, Bairro Goyá, Curitiba e Finsocial atendem casos de emergência ininterruptamente (24 h). Outras duas unidades, o CAIS Cândida de Moraes e o Urias Magalhães atendem até as 22 horas. Uma outra unidade, o CAIS Pedro Ludovico funciona até as 19:00 horas.

Dentro deste contexto, insere-se o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) considerado uma instituição de referência em saúde tanto para o Município de Goiânia, como para outras regiões. Criado em 1962, um ano após a criação da Universidade Federal de Goiás-UFG, constitui-se numa unidade autônoma, ligado à Reitoria da UFG. Assim como os demais hospitais universitários, seus recursos são provenientes do faturamento do Sistema Único de Saúde.

O Hospital das Clínicas é um hospital geral universitário, público federal e que desenvolve um trabalho de assistência à saúde da população de grande

1- INTRODUÇÃO

repercussão social, principalmente para a comunidade carente. Por ser um hospital escola, toda a sua atividade assistencial está voltada para o ensino, para as atividades de pesquisa e apoio as atividades práticas dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Farmácia, Odontologia desta Universidade e também de outras incluindo nível médio. O HC/UFG é referência em várias especialidades da saúde nas quais atuam docentes e assistentes das diversas categorias profissionais (DOURADO, 2002).

Antes de 1998, o primeiro atendimento ao paciente que procurava o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás processava-se de forma não sistematizada ou seja, o sistema de acesso aos serviços oferecidos era por demanda espontânea.

Existia um setor de registro ligado a Seção de Arquivo Médico e Estatístico – SAME que era responsável pela recepção do paciente e conseqüente registro de atendimento. Este abrangia o gerenciamento da elaboração das grades de atendimentos ambulatoriais, da distribuição de senhas para consultas e do registro de atendimento descentralizado em ambiente de pronto atendimento adulto e infantil, ginecologia, ortopedia, pronto socorro e internações.

Embora considerado de vital importância para o hospital, este setor carecia de estrutura organizacional com melhor estrutura física (não existiam bancos em número suficiente para que o paciente pudesse aguardar o seu atendimento). Muitos esperavam as consultas em pé, com sanitários e bebedouros distantes. A falta de manuais e rotinas, levava a desincronização das atividades, bem como duplicidade das ações, piora da qualidade do serviço prestado, conflitos constantes no atendimento do usuário e ainda situações geradoras de insatisfação da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – HC, 1996).

Devido à desestruturação da estrutura pública de saúde (hospitais, CAIS, CIAMS), os serviços de média e alta complexidade eram oferecidos pelo Hospital Geral de Goiânia – HGG, Hospital das Clínicas – HC, Hospital de Urgências e Emergência – HUGO, Hospital e Materno Infantil, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e Maternidade Dona Íris.

O Hospital das Clínicas, por contar com serviço de emergência com ampla oferta de serviços, dentro os quais várias especialidades médicas e diagnósticas,

1- INTRODUÇÃO

atraíam uma grande demanda, fato este que se agravou com o fechamento do Hospital Geral de Goiânia – HGG, para reformas (por aproximadamente 8 anos).

O cenário de saúde em Goiânia era de atendimento inexistentes em especialidades na rede básica de saúde. O HUGO era incapaz de atender todos os casos de urgência/emergência, da cidade e demais regiões, sendo o HC considerado como melhor instituição pública de grande porte para o atendimento da demanda eletiva e de urgência/emergência (DOURADO, 2002).

Alegando dificuldades de acesso aos serviços das Unidades Básicas de Saúde da rede pública de assistência, entre as quais o déficit de recursos humanos e materiais, os usuários buscavam os diversos tipos de atendimento (primário, secundário, terciário e quaternário) na emergência do HC, contribuindo para aglomeração de pessoas e dificultando o atendimento no Pronto Socorro/HC.

Do mesmo modo para marcar consultas, os usuários enfrentavam filas e às vezes dormiam à porta do hospital, em condições desumanas, sob sol, chuva ou frio, no sentido de garantir uma vaga de consulta para especialidades. Havia até exploração comercial das mesmas, pois a demanda era grande e a quantidade de consultas era reduzida.

A demanda que chegava à porta do HC era infinitamente maior que a capacidade do mesmo para atendê-la. A maioria buscava atendimento ambulatorial e a grande demanda levava o usuário buscar solução de suas necessidades no pronto socorro. A superlotação e os atendimentos não considerados de urgência/emergência contribuíam para a descaracterização deste setor e inviabilizava os casos de real gravidade.

A grande procura determinou a necessidade de uma reorganização institucional, que oferecesse atendimento qualificado e mais humanizado. Deste modo, em 1998 foi criado o Serviço de Triagem, no sentido de sanar estas e outras dificuldades. Vale ressaltar que o contexto de saúde naquele momento vivenciava a implantação da municipalização em Goiânia, o que contribuiu para viabilizar encaminhamentos destes usuários a outras fontes públicas de atendimento, na rede de básica, cuja política de saúde visa o acesso dos usuários aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

1- INTRODUÇÃO

A política de saúde vigente no Brasil se organiza para dar condições melhores aos níveis sanitários e garantir a população acesso oportuno aos serviços de saúde. Para tanto, medidas de ordem econômica, política e até mesmo cultural para alcançar estes objetivos são necessárias, ressaltando-se também a importância de intervenções setoriais e extra-setoriais envolvendo assim outros setores como educação, trabalho, habitação, agricultura, saneamento e outros (PAIM, 1999).

O diagnóstico epidemiológico de Goiás e Goiânia naquele momento não era diferente do apresentado no país. Os indicadores de saúde mostravam as doenças da pobreza, como a desnutrição, diarreia, patologias ligadas à gravidez e ao parto, além de agravos característicos de países subdesenvolvidos, onde se enquadravam a malária, tuberculose, leishmaniose, dengue e outras. Mas também havia incidência de problemas de saúde de países desenvolvidos, como as doenças crônicas-degenerativas, congênitas e ligadas à violência em geral (GOIÂNIA, 1998).

1.2 O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas

O Serviço de Triagem foi criado em 1998, pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Diretoria do Hospital das Clínicas – HC em conjunto com a Diretoria de Enfermagem/HC, para definição e organização do Serviço, para atender os usuários que buscavam os diversos tipos de atendimento no Hospital das Clínicas.

O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas é um setor, atualmente ligado a Diretoria de Enfermagem, que realiza o primeiro atendimento do cliente/paciente através de um processo sistematizado e contínuo. A avaliação das condições de vida e saúde daqueles que procuram atendimento nesta instituição de saúde é empreendida por uma equipe multiprofissional, com base em informações explícitas ou não, fornecidas pelo usuário ou seu acompanhante. Procura-se identificar individualmente os problemas e necessidades inerentes, estabelecendo-se as prioridades e procedendo o encaminhamento à assistência profissional que o caso exige.

1- INTRODUÇÃO

Segundo Estrada (1981, p. 16), *“triagem é o processo pelo qual um paciente é avaliado após sua chegada a uma instituição de saúde, para determinar a urgência de seu problema e estabelecer o local apropriado onde possa receber esta assistência”*.

Com essa visão de triagem e com a especificidade de uma unidade de emergência, o sistema de triagem permite facilitar o acesso do paciente ao atendimento de saúde e assegurar assistência imediata àqueles que apresentam um quadro de saúde característico de situações de emergência.

O trabalho de implantação do Serviço foi desenvolvido observando-se os seguintes aspectos:

1 – Organizacional

- Definição da quantificação, do perfil e do profissional junto a Diretoria Geral do HC e Secretaria Estadual de Saúde: enfermeiros, assistentes sociais, recepcionistas e segurança;
- elaboração de normas e rotinas para o atendimento;
- definição de necessidade/viabilizar treinamento do pessoal;
- definição de política de atendimento junto aos agentes externos (SES e SMS), internos (ambulatório, samis, pronto-socorro e maternidade);
- padronização de formulário do serviço e fluxograma do serviço (ANEXO I e II);
- Incrementação de ações que visassem assegurar melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- definição de protocolos para utilização das consultas para especialidades disponíveis na instituição, denominadas reserva técnica.

2 – Estrutural

- estabelecimento de ações que visassem melhoria no ambiente físico proporcionando condições de acomodação/conforto do usuário;
- adequação dos consultórios para a consulta de enfermagem e de serviço social;
- melhoria do fluxo de atendimento como distribuição de senhas para

1- INTRODUÇÃO

consultas;

- melhoria da distribuição do fluxo de pacientes infantis;
- melhoria do sistema de sinalização, por ser o serviço a porta de entrada ao grande público, proporcionando ao usuário maior segurança e conforto na localização dos serviços que atenderão suas necessidades.

3 – Política

- criação de estrutura de atendimento ao público externo;
- sustentação política na efetivação da hierarquização do sistema por parte da SMS;
- buscar comprometimento da SES no tocante a custeio de recursos humanos;
- trabalhar em parceria com a SMS e SES;
- estabelecimento de ações de planejamento, implementação e avaliação do serviço de maneira a viabilizar a reestruturar ação organizacional;
- tornar as ações equânimes e práticas tornando as mais eficientes e eficazes;
- definir política de atendimento ao funcionário da instituição, práticas de integração sócio-organizacional.

O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas é pioneiro no Estado de Goiás, funciona 24 horas e a sua implantação coincidiu com a Municipalização da saúde, trabalhando assim de forma integrada com as Unidades de Saúde do município. Após a Municipalização, em abril de 1998, e, respaldado pelo Serviço de Triagem, o Hospital das Clínicas passou priorizar os atendimentos terciários e quaternários, deixando para as demais unidades da rede básica, os atendimentos de níveis primários e secundários.

1- INTRODUÇÃO

Os objetivos almejados pela equipe multiprofissional que trabalha na Triagem são acolher, informar, orientar, avaliar e encaminhar o paciente de acordo com as suas necessidades, orientando a comunidade sobre a hierarquização do sistema de saúde.

Uma das preocupações do trabalho é humanizar o atendimento, evitando que o paciente fique horas numa fila sem saber quem e onde procurar, tornando o acesso o mais socialmente justo.

Para otimização do Serviço de Triagem, a direção do Hospital das Clínicas juntamente com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde utilizaram-se de recursos de comunicação tais como jornal, televisão e rádio para divulgar a nova sistemática de acesso aos usuários bem como os serviços oferecidos por esta instituição.

O fluxo do Serviço de Triagem inicia-se com a chegada do paciente ao HC/UFG sendo recepcionado, atendido e encaminhado conforme suas necessidades, para o próprio hospital ou outro serviço (ANEXO II). Neste momento, também, são prestadas orientações sobre a hierarquização do serviço de saúde, na qual o usuário deve procurar atendimento primeiro na Unidade de Saúde mais próxima do domicílio. Se for o caso, ele será referenciado para o HC. Ele deverá também marcar lá (rede básica) a consulta que deseja fazer no hospital. Ressalta-se que o agendamento para consulta de especialidades neste hospital pode ser realizado via telefone pela Unidade Básica de Saúde.

Atualmente têm dois tipos de pacientes que procuram o HC para resolver os seus problemas de saúde: aqueles que vêm referenciados (ficha de referência contra-referência) pela Rede Básica de Saúde, para o pronto socorro, ou ambulatorios para marcação de consultas e, nestes casos, eles passam pelo Serviço Social da Triagem; aqueles que procuram a instituição espontaneamente (sem encaminhamento), esses após acolhidos são avaliados pela equipe de enfermagem do Serviço de Triagem.

O Serviço Social verifica se o encaminhamento é para o pronto-socorro e neste caso, o usuário é encaminhado para este setor. Porém, se o usuário chegar com encaminhamento para a consulta sem o tele-agendamento prévio ou seja sem a mesma marcada, ele é orientado a retornar à unidade de saúde, no qual ele

1- INTRODUÇÃO

pegou o mesmo ou buscar a unidade mais próxima de sua residência para tele-agendar. Porém se houver necessidade de atendimento de especialista, deverá a mesma ser agendada através da Central de Marcação de Consultas da Secretaria Municipal de Saúde. Este procedimento na verdade, causa descontentamentos entre os usuários, muitas vezes gerando conflitos à porta do serviço, pois os mesmos não entendem que a Rede Básica é constituído de uma hierarquização do atendimento : primário, secundário e terciário.

Os pacientes que procuram o serviço espontaneamente, sejam do próprio município ou de outras regiões, depois de recepcionados pelo serviço passam necessariamente pela enfermeira, no qual realiza-se a consulta de enfermagem.

A enfermeira recebe o paciente, realiza um breve histórico, avalia suas necessidades identificando a sua queixa principal, procede o exame físico, o diagnóstico de enfermagem, e posteriormente o encaminhamento é realizado conforme o caso exige, ressaltando que os casos de menor complexidade são encaminhados as unidades básicas de saúde, este procedimento também é causa de insatisfação dos usuários, pois muitos preferem ser tratados na própria instituição.

A enfermeira vê o paciente na sua integralidade, identificando as suas necessidades seja ela ambulatorial ou de emergência, procura solucionar o problema de cada um. O paciente é considerado como um todo e além de certificar-se dos motivos que o levaram a procurar o serviço, procura saber em que condições poderá aguardar a consulta médica, se precisa antecipar o atendimento seja devido a dor, desconforto, deficiência física ou psíquica ou se pode procurar outra unidade de saúde, enfim a enfermeira procura dar atendimento levando em consideração as reais necessidades e o que o serviço pode oferecer.

Após seis anos de funcionamento, o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas atendeu a mais de 700 mil pessoas, mas ainda não se conhecem percepções de gestores, equipe e usuários quanto a este serviço, fazendo-se oportuno estudo sobre a sua importância para o Sistema de Saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o re-direcionamento de atividades, criação de outros serviços, agilização dos atendimentos e bem estar do usuário.

1- INTRODUÇÃO

Outro aspecto importante a ressaltar é a falta de estudos sobre a temática e portanto, de literatura que possa enriquecer a discussão dentro da própria categoria de enfermagem. Entende-se que repensar e reestruturar a organização do trabalho em saúde é a principal contribuição que se deseja oferecer no processo de consolidação do SUS no município.

Vale ressaltar que um Serviço de Triagem além de promover serviços específicos de triar, pode proporcionar também uma recepção com acolhimento humanizado, identificando as reais necessidades, seja do próprio usuário, da família e ou comunidade.

2- OBJETIVOS

Geral:

Avaliar o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, como resultante da reorganização institucional, que busca atender necessidades individuais e que se insere na política vigente de saúde.

Específicos:

- 1 Descrever a implantação e funcionamento do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás;
- 2 Identificar percepções de gestores estaduais e municipais, gerentes, equipe e usuários, quanto à importância do Serviço de Triagem para o Sistema de Saúde.

O Sistema Único de Saúde

Os diferentes modos de viver, adoecer e morrer determinam também as diferentes formas de assistir entre as culturas e, conseqüentemente entre as nações. Apesar das diferenças, o cuidado em si, é universal.

Na enfermagem, a Teoria Transcultural de Leininger (1985) sugere que os profissionais sejam capazes de identificar e implementar o cuidado, em diferentes culturas (GUALDA; HOGA, 1992).

A despeito da miscigenação e das diversidades culturais, o país adota um Sistema Único para prevenir, curar e reabilitar o indivíduo.

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, com a finalidade de alterar as desigualdades existentes na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento a qualquer cidadão (BRASIL, 1998). Os conceitos adotados pelo SUS se aproximam daqueles preconizados por Leininger, razão pela qual, ambos são referências neste estudo.

Na enfermagem, Monticelli *et al.* (1999) consideram que em Leininger encontra-se a preocupação em reconhecer o cliente no sistema de saúde, afim de que a enfermagem possa contribuir nos cuidados dispensados, identificando as características universais e culturais, bem como as adversidades de cada grupo ao qual o cliente faz parte.

O Estado deve contemplar os interesses da população, atendendo às reivindicações e os valores dos diferentes grupos e estratos sociais garantindo-lhes a tão almejada cidadania.

O Artigo 198 da Constituição Federal que trata do Sistema Único estabelece que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada*, constituindo um sistema único” (BRASIL, 2004a).

Este modelo assistencial privilegia os interesses e direitos de cidadania da população, na medida em que considera suas necessidades, reveladas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades

3- REFERENCIAL TEÓRICO

representativas dos usuários. Na oferta de serviços predomina o interesse pela defesa da vida e a proteção da saúde, sem deixar de assistir os doentes, a partir da rede de Atenção Básica à Saúde resolutiva, eqüitativa e de acesso universal (BRASIL, 2002b).

O SUS é um sistema único, pois é formado pelas instituições nos três níveis de governo, o federal, estadual e municipal. Ele é único porque sua política de atuação é igual em todo o país.” *Pela Lei nº 8.080/90 o controle das ações e dos serviços de saúde são de competência comum dos três gestores (Federal, Estadual e Municipal) cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de seus âmbitos políticos-administrativos*” (BORDIN, 1996, p.40).

O Sistema Único de Saúde é composto pelos centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas ao SUS, sejam elas públicas ou privadas, estas contratadas pelos gestores de saúde.

Apesar de seu alcance social, é difícil implantá-lo da maneira desejada, devido às dificuldades de nível financeiro e administrativo (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Essa rede de assistência adota como diretrizes a *descentralização, atendimento integral, participação da comunidade*. São elas que orientam a organização e o funcionamento do sistema. De maneira complementar, existem alguns princípios importantes os quais devem ser observados na operacionalidade destas diretrizes: a *universalidade*, a *equidade* no acesso aos serviços, *igualdade* da assistência, a *resolutividade* dos serviços, a *integralidade* da assistência; a *descentralização*, a *participação da comunidade*, *hierarquização*, *intersectorialidade* e *humanização* (BRASIL, 1998; NERY, VANZIN, 1994; CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001; BRASIL, 2002c).

Pode-se observar que a *descentralização*, a *integralidade* da assistência e a *participação da comunidade* são, ao mesmo tempo, princípios e diretrizes do SUS, sendo o seu tripé de sustentação.

Estes princípios significam que: *Universalidade* é a garantia do acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja público ou

3- REFERENCIAL TEÓRICO

contratado. Ele é Universal porque deve atender a todos sem distinções, de acordo com suas necessidades; sem cobrar e, tampouco, levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001; COHN, ELIAS, 1999; WEIGELT, 2001) ressaltam que anteriormente esse direito à assistência estava restrito aos contribuintes da previdência social.

A universalidade já era discutida desde 1940 pela teórica de enfermagem Madeleine Leininger quando reconheceu a importância da universalidade do cuidado (GEORGE, 2000). Para ela a universalidade é o aspecto fundamental para se prestar assistência. O atendimento de enfermagem desenvolve-se no contexto cultural no qual será proporcionado. O cuidado humano é universal, visto em todas culturas.” *Os homens são universalmente cuidadores que sobrevivem em uma diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras e de acordo com as diferenças culturais, necessidades e situações*”(GEORGE, 2000, p. 302).

Hortale *et al.* (2000), ressaltam que a definição de acesso tem sido problemática, na medida que não se estabelecem às dimensões e os planos de sua operacionalização. Oferecer acesso ou entrar no sistema constitui objetivo das políticas de saúde.

Equidade é a garantia do acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de atendimento: do mais simples ao mais complexo, de acordo com o caso. Por meio deste princípio procura-se reduzir desigualdades, destinando mais recursos para regiões mais pobres e com menor capacidade de atender as necessidades de saúde de sua comunidade. *A Igualdade* quer dizer que o mesmo tipo de atendimento deve ser oferecido a toda comunidade sem preconceitos ou privilégios (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001).

A construção da equidade “*consiste em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm acesso garantido*”. Segundo o Ministério da Saúde a construção da equidade “é um desafio que tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo

3- REFERENCIAL TEÓRICO

estratégico central, que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a universalidade e aumento da eficácia do sistema” (BRASIL, 2002a, p.22).

O Ministério da Saúde faz algumas considerações acerca do alcance da equidade. Dentre elas fala que esta construção vai além dos per capita financeiros para custeio e investimento, *“devem abranger a qualidade de vida, a exposição aos riscos de saúde, a morbimortalidade, a capacidade e resolutividade da rede de atenção básica, da atenção de média complexidade, o grau de utilização desses serviços”* (BRASIL, 2002a, p-23).

Cohn, Elias (2002), abordando equidade e reformas na saúde nos anos 90, ressaltam que a existência “dupla porta” ou da “dupla fila” nos serviços públicos estatais não implica discriminações no acesso à tecnologia, mas reproduz as discriminações já existentes na sociedade.

A equidade na assistência à saúde no Brasil ainda é tímida, persistindo a concentração de recursos nas regiões sul e sudeste, embora seja proposta a interiorização de pessoal de saúde com base na Estratégia Saúde da Família. *“Os dados nacionais e regionais de cobertura e acesso da população aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos de universalidade e equidade, e que quando tenta avaliar a qualidade e a resolutividade dos serviços, essa distância aumenta”* (BRASIL, 2002c, p.12).

A resolutividade acontece quando os serviços de saúde são oferecidos dentro da capacidade técnica e de recursos tecnológicos disponíveis de cada nível da rede básica. A atenção à saúde e o sistema de saúde objetivam conferir aos indivíduos, família e comunidade cuidado humanizado nas ações e serviços de saúde, ampliação máxima da qualidade da assistência ampliando o acolhimento das pessoas e ainda a resolutividade de cada caso (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 1998; CONFERÊNCIA MUNICIPAL 2001; CONFERÊNCIA NACIONAL, 2000).

Na enfermagem, Leininger (1991) considera que as ações e decisões do cuidado poderão contribuir com a resolutividade, na medida em que estas se desenvolvam a partir de uma das três formas de intervenções congruentes: práticas de manutenção/preservação, de acomodação/negociação e repadronização ou reestruturação.

3- REFERENCIAL TEÓRICO

A *Integralidade* é a articulação entre ações individuais e coletivas, preventivas e curativas. É o reconhecimento, na prática, que os serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde formam um todo indivisível, que assegurem a atenção integral (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 1998; CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001).

Segundo Weigelt (2001), a integralidade refere-se tanto ao indivíduo quanto ao sistema de saúde, cada qual na sua totalidade. Os indivíduos constituem um todo indivisível assim como as ações de saúde sejam elas de promoção, proteção e recuperação compõem um todo, sendo que o sistema deve proporcionar essa assistência de forma integral ao indivíduo, família e comunidade.

Descentralização ocorre quando as Secretarias Municipais de saúde acompanhadas pelos Conselheiros Municipais de Saúde se responsabilizam pela decisão das ações de saúde, de forma a atender as necessidades da população. A Municipalização significa transferir para os municípios as ações de saúde e a prestação de Serviços de Saúde no seu município (BRASIL, 1999). O município estando mais próximo do cidadão é o responsável, em primeira instância, pelo planejamento e execução dos serviços de saúde na sua área territorial. Os municípios de maior porte descentralizam suas ações através da implantação de Distritos Sanitários (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2001).

A descentralização no SUS é político-administrativa, a direção das ações e serviços públicos de saúde é única e acontece em cada esfera de governo. Essa descentralização ganha espaço na medida em que o planejamento de ações e serviços tornam-se mais flexíveis e legítimos (WEIGELT, 2001).

Tudo isso significa que a rede de serviços de saúde deve estar organizada em espaços geográficos definidos, quais sejam o distrito, o município, o estado, que devem contar com serviços de saúde necessários para o atendimento da população da área, a fim de garantir o acesso a todos os níveis de atenção.

A necessidade de se construir uma unidade de saúde é determinada não só pela existência de um problema de saúde, devendo-se considerar também a viabilidade de acesso aos serviços já existentes e a capacidade para atender a população de localidades próximas. Logicamente a capacidade será aproveitada

3- REFERENCIAL TEÓRICO

ao máximo se os encaminhamentos forem feitos de forma correta. Este mecanismo de organização da oferta de serviços é denominada “Sistema de Referência”.

Para as unidades hospitalares a descentralização contribui para reduzir os atendimentos primários, na medida em que eles são contemplados na rede básica.

A *participação* da comunidade é uma forma de controle social que possibilita, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalização das políticas de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão SUS: Conselhos de Saúde e Conferências (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 1998). A população então, exerce o controle, por meio do Conselho de Saúde, fiscalizando o cumprimento da lei do SUS (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2004).

Hierarquização é entendida como disponibilização de serviços e organização do fluxo de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, garantindo acesso da atenção básica até os procedimentos mais complexos do sistema de saúde (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001). Serviços hierarquizados, significam que os atendimentos básicos devem ser realizados nas unidades mais simples, e que os hospitais atendem os casos mais complexos (BRASIL, 2003a).

Humanização do atendimento constitui responsabilidade mútua entre os serviços de saúde, a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001).

A humanização não deve ser apenas relacionada com o discurso profissional, ela vai além disso. Devemos compreender e dar a devida importância a ambos os fatores, o físico e o psicológico. Esses devem ser incluídos no processo assistencial aos usuários. A construção de uma assistência humanizada e integral perpassa os conhecimentos adquiridos. Os instrumentos de trabalho devem estar voltados para a qualidade da assistência e não somente fazer parte do discurso.

Quando a Constituição define que é direito de todo cidadão ter acesso ao atendimento público de qualidade, para que isso aconteça, é necessário a melhoria do sistema de saúde como um todo. Aspectos como a qualidade do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários no processo de atendimento, bem como as formas de gestão de saúde, devem ser fundamentais

3- REFERENCIAL TEÓRICO

na construção do processo de humanização. Assim sendo, para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, faz necessário alguns requisitos básicos, quais sejam o compromisso da liderança do serviço, a qualidade de gestão, a competência e a criatividade da equipe.

Humanizar em saúde é um processo que se reproduz na relação-usuário-profissional. Trata-se de criar atitudes que levem em consideração o respeito ao outro como ser autônomo e digno, buscando compreender os limites dos sujeitos envolvidos nessa relação, as singularidades de cada um, bem como as especificidades das necessidades individuais apresentadas em cada situação em particular (COLLET *et al.*, 2003).

Além de considerar as relações entre os usuários e os profissionais, humanizar exige considerar novas formas de gestão das instituições de saúde e isto implica sensibilização dos dirigentes das instituições e dos idealizadores das políticas de saúde. É preciso então, compromisso das políticas e instituições com a qualidade da assistência prestada, trabalhar aspectos tais como a melhoria das condições de trabalho, financiamento para o setor saúde, planejamento, organização e gerenciamento dos serviços. Mecanismos que permitem a reflexão da prática profissional e de avaliação e reorganização da assistência em saúde devem fazer parte de todo esse processo da construção da humanização.

A humanização passa a ser responsabilidade de todos; ela não é dada e sim construída em todos os atos de saúde, quer sejam administrativos, relacionais e assistenciais. Humanizar significa ir além da competência técnico-científico e política dos profissionais, deve e precisa estar pautada no respeito ao ser humano e à vida, na solidariedade, sensibilidade para percepção das necessidades dos sujeitos envolvidos.

Intersetorialidade é a articulação entre os diversos órgãos governamentais no sentido de desenvolver políticas públicas saudáveis que garantam a qualidade de vida do cidadão (BRASIL, 2003b; CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001).

De acordo com o artigo 5 da Lei orgânica 8080, são objetivos do SUS: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação das políticas de saúde, assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada

3- REFERENCIAL TEÓRICO

das ações assistenciais e preventivas. Consta do artigo 6 dessa Lei, que o SUS atua nos seguintes campos: as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência integral, inclusive farmacêutica (SANTOS, LENIR, 2003).

A reorganização do sistema de saúde deve proceder a uma análise regional das diferentes realidades, sejam elas econômicas e sócio-culturais, respeitando as bases da democracia bem como a participação da comunidade, assegurando direcionamento do sistema de saúde nas três esferas de governo.

A última Constituição Federal representa um ganho no que se refere ao sistema de proteção social. Nela está contido a universalidade aos cidadãos, contribuintes ou não, a equidade ao acesso e na participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, a irredutibilidade destes e ainda a diversidade da forma de financiamento, gestão participativa e descentralizada. O que temos hoje é um sistema de seguridade social constituído por ações que integram os direitos relativos à Saúde, Assistência e a Previdência Social (COHN, ELIAS, 2001).

As totalidades das ações e de serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS devem ser desenvolvidas em conjunto de estabelecimento organizados em rede regionalizada, hierarquizada e disciplinada segundo os Sistemas Municipais de Saúde (BRASIL, 1996b).

O Conselho de Saúde, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na estratégia e no controle da execução da política de saúde. A Norma Operacional Básica do SUS- a NOB-SUS 01/93 criou as Comissões *Intergestores* Tripartite (CIT), e Bipartite (CIB) estas contam com representantes nos níveis federais, estaduais e municipais estes são responsáveis pelo gerenciamento do Sistema Único de Saúde, buscando a integração entre os três níveis da esfera de governo (BRASIL, 2002c).

Para que os cidadãos possam utilizar o SUS são necessários recursos financeiros e estes são adquiridos através de arrecadações de impostos e contribuições sociais pagas pela população (BRASIL, 2000a).

3- REFERENCIAL TEÓRICO

Os recursos financeiros do SUS são oriundos das fontes públicas, tais como as contribuições que incidem sobre o lucro líquido (CSLL), o faturamento (COFINS) de empresas e sobre movimentação bancária de pessoas físicas e jurídicas (CPMF). Nos estados e municípios os recursos são originários de impostos gerais (BRASIL, 2000a).

A Emenda Constitucional nº 29 aprovada em 2000, apesar de não ser ainda a forma ideal, foi um mecanismo mais favorável no que se refere ao financiamento do SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL, 2000).

A crise fiscal dos anos 80 motivou uma redução nos gastos públicos com a saúde. Os investimentos deveriam reverter em determinado conjunto de efeitos demonstráveis por melhorias nos indicadores sociais tais como mortalidade infantil, desnutrição, qualidade de moradia e outros. A redução dos recursos financeiros, principalmente para os programas de vigilância sanitária, comprometeu a efetividade de ações e controle de endemias, e ainda impossibilitou novos investimentos (CORDEIRO, 2001).

Em relação aos recursos humanos para a saúde, a política tem sido discutida desde a década de 70 e foi contemplado no artigo 200 da constituição:

“Compete ao SUS, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde: para garantir uma assistência qualificada à população dentro de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade” (p. 30, WEIGELT, 2001).

“Os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento” (BRASIL, 2002c, p.17).

Segundo o Ministério da Saúde (2003) a construção do SUS e do novo modelo assistencial são esperanças e direitos de cidadania possíveis, e consagrados na Constituição (BRASIL, 2003a).

O Sistema Único de Saúde encontra-se em processo de construção, portanto ainda precisa de determinação e vontade política para sua completa

3- REFERENCIAL TEÓRICO

efetivação. Traz consigo princípios e diretrizes que podem ser capazes de proporcionar uma grande política de humanização da assistência à saúde no Brasil.

4- METODOLOGIA

A implantação do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás- HC/UFG, bem como a discussão sobre as percepções de gerentes, gestores, equipe e usuários do serviço quanto ao seu funcionamento, constituem objetos do estudo. Para tanto, elegeu-se a pesquisa de natureza descritiva, com abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, para tratar sobre o assunto.

Estudos descritivos mostram com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Eles exigem do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos que orientarão a coleta e análise dos dados para que a pesquisa seja considerada científica.

O Estudo de Caso é uma categoria de pesquisa cujo objeto segundo Triviños (1987 p.133), “é uma unidade que se analisa aprofundadamente”.

Existem características fundamentais dos Estudos de Caso. Lüdke; André (1986) referem que eles visam à descoberta, enfatizam a interpretação em contexto, buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, usam uma variedade de fontes e informações, revelam experiências vicárias e permitem generalizações naturalísticas. Além disto, procuram representar os diferentes e muitas vezes conflitantes pontos de vista presente numa situação, utilizam linguagem e formas mais acessíveis do que outros relatórios de pesquisa.

Considerando-se: a) a opção de estudar algo singular, que tenha valor em si mesmo; b) a necessidade de retratar a realidade do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas; c) a forma como os sujeitos foram abordados; d) os modos como os dados foram coletados e analisados e o tipo de análise que se pretendia, o Estudo de Caso foi considerado o tipo de pesquisa mais adequado para esta pesquisa.

Outro aspecto considerado na escolha deste tipo de estudo, recaiu sobre as minhas indagações quanto ao desempenho da prática assistencial exercida neste serviço. Na análise, os dados estatísticos foram omitidos, pois não se constituíram objetivos deste estudo.

4- METODOLOGIA

O local onde o estudo se desenvolveu foi o Serviço de Triagem do HC/UFG, por se tratar do primeiro e único em Goiás, inserido em unidade integrante do SUS.

O Serviço possui dois consultórios de enfermagem, um de serviço social, sala de espera, recepção administrativa e coordenação, estando, atualmente ligado à Diretoria de Enfermagem. No Serviço de Triagem é realizado o primeiro atendimento do paciente através de um processo sistematizado e contínuo. A equipe é composta por 09 enfermeiros, sendo que uma é a coordenadora do serviço, 08 assistentes sociais e 06 recepcionistas de nível médio.

Para Leininger (1985), um sistema de cuidado profissional aborda cuidados formalmente ensinados, aprendidos, transmitidos e relacionados com o conhecimento sobre saúde e desenvolvimento de habilidades práticas, que prevalecem nas instituições profissionais, isto ocorre quando o usuário é atendido por uma equipe multiprofissional (SIMPÓSIO BRASILEIRO, 1985).

Segundo Triviños (1987), a população e a amostra devem ser claramente delimitadas. Deste modo, os sujeitos do estudo foram: gestores estaduais e municipais (4), gerentes do Hospital das Clínicas (3), os usuários atendidos no Serviço de Triagem/HC (66) e integrantes da equipe daquele serviço (12).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa, devidamente treinada, em dia, horário, duração e local previamente agendados e definidos com os sujeitos. A duração da entrevista foi de aproximadamente trinta minutos, permitindo assim, que o entrevistado fizesse um planejamento do seu tempo.

O instrumento utilizado (ANEXO III) foi uma entrevista semi-estruturada, que segundo Triviños (1987 p.145-6), *“é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados”*. Ela parte de certos questionamentos básicos que interessam à pesquisa, considera e valoriza a presença do investigador, bem como a participação do sujeito como elemento formador do seu fazer científico.

A entrevista seguiu um roteiro de perguntas e permitiu que os sujeitos tivessem liberdade para se expressar dentro do tema, sem que houvesse constrangimento, enriquecendo a pesquisa. Apesar da existência de questões,

4- METODOLOGIA

todos tiveram a oportunidade de acrescentar ou sugerir algo sobre o assunto, constituindo-se num momento muito importante.

As questões abordadas com os gestores de saúde do estado e município, gerentes e equipe do Serviço de Triagem do HC/UFG se referiam ao seu conhecimento em relação ao funcionamento do Serviço de Triagem HC/UFG e suas percepções quanto à importância da Triagem para o sistema de saúde. Também foram investigadas suas percepções quanto à contribuição do serviço com os princípios e diretrizes do SUS.

O entrevistado foi informado de que a entrevista seria gravada e a ele foi esclarecido que este recurso permite contar com todo material fornecido. Vale ressaltar que nenhum dos sujeitos se recusou a gravar.

Para os usuários, a questão norteadora foi: quais são as suas percepções sobre o atendimento recebido por você no Serviço de Triagem do HC/UFG? (ANEXO IV).

Na pesquisa qualitativa a definição da amostra não está relacionada ao seu tamanho. Segundo Turato (2003), o método de amostragem mais frequentemente utilizado está relacionado com a saturação dos dados ou seja, as informações coletadas com um certo número de sujeitos encerram-se quando começam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo. No presente estudo esse foi o método utilizado, no qual a saturação ocorreu com 66 usuários e 12 integrantes da equipe do serviço de triagem. Entre os gestores e gerentes não se verificou saturação. Os representantes do Estado enfatizaram mais a questão da própria Triagem e os do Município, a questão do acolhimento na sua região.

Talvez por ser tratar de um serviço inédito e também pela complexidade do atendimento no SUS, a saturação dos dados aconteceu com um número grande de usuários e com número previamente definido com gestores do serviço de saúde e gerentes do hospital.

A análise dos dados foi conduzida pela metodologia da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977) que se trata de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam

4- METODOLOGIA

a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens” (BARDIN, 1977, p.38).

Tal como preconiza Bardin (1977), as etapas do método incluíram: *pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial*.

A pré-análise consistiu na organização de todo o material. A fase de descrição analítica iniciou-se ainda na fase da pré-análise, mas só nesta segunda fase que o *Corpus* do trabalho foi submetido a um estudo aprofundado. Este momento foi importante para a codificação, classificação e categorização.

A categorização foi estabelecida conforme o que recomenda Triviños (1987), a partir dos temas gerados pelo conteúdo dos dados. A categorização é considerada por Turato (2003), como a classificação de elementos que constituem um conjunto. As categorias destacam os assuntos por relevância /ou por repetição. Transformam os dados brutos em dados organizados/lapidados.

Na fase da interpretação inferencial que também se iniciou na pré-análise, foram estabelecidas relações com a realidade vivenciada. A partir das reflexões e intuição, fui aprofundando a conexão com as idéias. Fiquei atenta não só ao conteúdo manifesto, mas também ao conteúdo latente existente nos dados.

A validação das respostas emitidas pelo sujeitos foi realizada da seguinte forma:

- 1 **Com os gestores e gerentes do Sistema de Saúde:** após transcritos, os dados foram enviados por E-mail aos gestores para que pudessem validar suas respostas. Aos gerentes os dados foram pessoalmente entregues, por que trabalham na mesma instituição da pesquisadora. Contudo, não recebemos a validação de dois gestores do sistema de saúde e um gerente do hospital, interpretando este fato como dados validados.
- 2 **Com a equipe do serviço de triagem:** depois de transcritos e digitados os dados foram pessoalmente devolvidos aos sujeitos, e foram totalmente validados.
- 3 A dificuldade de reencontrar os **usuários** inicialmente participantes do estudo, fez com que a pesquisadora apresentasse os dados para

4- METODOLOGIA

validação com outras pessoas que também foram atendidas no serviço de Triagem, com a finalidade de referendar as respostas anteriormente.

Turato (2003), preconiza que o estudo seja validado externamente, por exemplo, apresentando seus resultados e interpretação em evento científico. Desse modo, a validação externa ocorreu com a apresentação do estudo pela pesquisadora na sua fase final, no CONPEEX – I Congresso de Pesquisa Ensino e Extensão, organizado pela Universidade Federal de Goiás, ocorrido no período de 18 a 22 de outubro/2004. Neste evento científico o trabalho foi apresentado sob forma de Pôster dialogado com os participantes e organizadores do evento. Todos tiveram oportunidade de discutir, questionar, refutar ou aceitar as formas como os dados foram obtidos e interpretados pela pesquisadora.

O trabalho também foi apresentado na Semana do Servidor Público, ocorrido de 22 a 28/outubro, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, no qual os funcionários tiveram a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido pela servidora da instituição.

Entre os *aspectos éticos* observados no desenvolvimento do estudo incluem-se: a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo Nº 115/03, ANEXO V), bem como a assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO VI), em atendimento à Resolução nº 196/96 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Outros aspectos referem-se à autorização dos sujeitos para gravação das entrevistas e utilização dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos nas entrevistas referentes ao Serviço de Triagem permitiram uma aproximação com os princípios e diretrizes do SUS, captar percepções de dirigentes sobre o serviço, bem como discutir estratégias para o redirecionamento e conhecer opiniões dos clientes sobre o serviço.

Foram estabelecidas quatro categorias: (1) Serviço de Triagem e a operacionalização do SUS; (2) Percepções dos gestores e equipe do Serviço de Triagem; (3) Estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS e (4) Percepções dos usuários quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem.

5.1 – O Serviço de Triagem e a operacionalização do SUS

Nesta categoria foram trabalhadas as percepções sobre o Serviço de Triagem que faziam uma aproximação com a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, resolutividade, acesso, participação da comunidade.

A criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, otimizou e maximizou a assistência de saúde, estabelecendo um modelo gerencial para a operacionalidade do sistema das ações em todos os níveis da assistência.

Muitas percepções emitidas pelos sujeitos do estudo, sobre o Serviço de Triagem, estão direcionadas aos princípios e diretrizes do SUS. Estes aspectos tanto se relacionam com o novo modelo assistencial à saúde, que privilegia os interesses individuais e coletivos, quanto no aspecto da eficiência para se garantir os preceitos constitucionais.

A universalidade, princípio doutrinário do SUS, está relacionada com a garantia do acesso da população a qualquer serviço de saúde, seja ele público ou privado, atendendo sem distinções, e de acordo com as necessidades do indivíduo (COHN, ELIAS, 1999). Observou-se que este princípio foi referendado pela maioria dos sujeitos quando se referiram ao Serviço de Triagem:

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

"Universalidade, a triagem garante isso, que é outro princípio do SUS, a garantia do acesso..... ela(a Triagem) não exclui ninguém, orienta, recebe a demanda seja referenciada ou espontânea e dá um direcionamento no sentido de auxiliar aquela pessoa a obter o acesso ao serviço" (Entrevistado 1).

"...Não importa se a pessoa é mais carente. Vai atender a todos, o carente e o não carente , ele abrange todos igual" (Entrevistado 17).

Estes depoimentos demonstram que os participantes da pesquisa possuem clareza da relação do Serviço de Triagem com a universalidade proposta pelo SUS. Percebe-se nestas falas que ele desenvolve um trabalho que possibilita o usuário ser atendido independente de qualquer variável sócio-econômico-cultural-demográfica.

"...recebemos todos da mesma forma, orientamos independente de classe social ou de que forma seja a doença a gente atende todos" (Entrevistado 15).

Atender sem diferenças, significa identificar e reduzir as desigualdades a partir de um desenvolvimento de práticas assistenciais dispensadas pelo serviço de saúde.

A preocupação em assegurar o acesso universal à saúde foi manifestada por vários gestores em estudo realizado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo-UNESP). Nela, foi apontada a necessidade de alteração do sistema de atendimento básico, revelando o interesse em discutir as mudanças na filosofia da atenção à saúde. Identificou-se também a necessidade de se potencializar esforços nas organizações do sistema, mediante articulação entre todos os sujeitos envolvidos no contexto (MENDES, 2003).

Apesar da universalidade ser reconhecida como primordial nos atendimentos dispensados aos cidadãos, percebe-se que este princípio não é contemplado em todos os serviços de saúde, tornando-se um fator dificultador para o acesso do usuário aos atendimentos de saúde requisitados:

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O atendimento universal, a todos os cidadãos, deveria acontecer em todos os lugares” (Entrevistado 6).

O acesso universal é compreendido como a possibilidade da utilização de ações de serviços de saúde que possam contribuir para qualidade de vida (SENA-CHOMRÉ, 2000). Contudo, existe uma distância entre o que se preconiza na Constituição de 1988, referente ao acesso universal, igualitário às ações e serviços do SUS e a realidade de saúde no Brasil. O Serviço de Triagem busca mudar esta realidade, conforme depoimentos dos sujeitos:

“O Serviço de Triagem consegue pavimentar um acesso para essa pessoa” (Entrevistado 1).

“Mas a demanda não é só daqui, vem gente do interior, vem gente da Bahia, do Mato Grosso, tudo pra cá. Quero dizer, o estado de Goiás tem que cuidar também, dar conta dos pacientes de lá” (Entrevistado 11).

“...todo mundo tem acesso ao SUS, o paciente consegue tanto a parte de consultas quanto exames. Alguns lógico, fica mais difícil mas consegue ter um bom atendimento. Pela demanda ser muito grande, boa parte consegue” (Entrevistado 11).

“.. atender a todo mundo que demanda!”(Ent.2).

A demanda do Serviço de Triagem é muito grande e apesar das dificuldades existentes, o atendimento ao usuário é efetuado sem distinção de qualquer variável, garantido por uma equipe multiprofissional qualificada.

Na verdade, garantir o acesso aos serviços de saúde com qualidade e humanização, tem sido tema abordado em eventos, a exemplo da 11^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000, na qual foram discutidas as dificuldades em utilizar o SUS, não garantindo aos usuários o acesso universal, fato este constatado nas filas de espera dos grandes hospitais, evidenciando que o acesso precisa ser melhorado e garantido em muitas Unidades de Saúde.

“Isso vai sendo constituído gradativamente dentro de um complexo assistencial em que é preciso organizar” (Entrevistado 6).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível identificar que a integralidade, outro princípio do SUS, também foi relacionada com o Serviço de Triagem, pelos participantes do estudo. Observou-se que este princípio foi citado abordando as duas vertentes da integralidade:- integralidade da assistência e a do sistema de saúde:

“...sentido da integralidade, no momento que quando você permite essa escuta do usuário, você tá recebendo ele como um ser humano, uma pessoa inteira, que não é simplesmente um encaminhamento, não é simplesmente uma demanda específica” (Entrevistado 4).

“Isso vem fortalecer a questão do Sistema Único..... a integração da rede.....e isso é que está precisando fazer em todo estado para que esta rede se efetive, se consolide” (Entrevistado 5).

A integralidade relaciona-se ao indivíduo na sua totalidade, como um ser indivisível e ao sistema de saúde como a somatória de suas ações, sejam elas de promoção, proteção e recuperação (WEIGELT, 2001).

O conceito de integralidade adotado nos estudos de Serra (2003), se traduz na garantia do direito de acesso às ações e serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade e que se consolida na prática, no acesso aos serviços básicos e na elaboração de sistemas de referência e contra referência.

Maeda (2002), investigou os mecanismos de referência e contra referência utilizados em Distrito Sanitário do Município de São Paulo, por serem os constituintes na promoção do princípio da integralidade do SUS e concluiu que eles existem, os formais e informais, porém não garantem o acesso aos distintos níveis.

Em Kehrig (2001), encontram-se sete vias organizacionais que, em seu conjunto articulado apresentam potencialidade de operar a integralidade em saúde, quais sejam: um trabalho a partir da rede básica, o processo de planejamento no sistema municipal de saúde, funcionamento da estrutura organizacional, comunicação da estratégia, gerenciamento loco-regional, participação democrático-popular na gestão e na via pedagógica.

Buscando compreender o princípio da integralidade como um tema presente no Programa de Assistência à Saúde da Mulher, no município de Volta Redonda, Rosas (2002) analisou as categorias, cuidado e acesso, enquanto indispensáveis

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

para o cumprimento da assistência integral. Encontrou que, apesar de consideráveis avanços quanto ao cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, no que concerne à integralidade, se ressentem ainda de mecanismos imprescindíveis para o cuidado e acesso das usuárias à contracepção.

O Serviço de Triagem busca atender o usuário considerando os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo. Ao chegar no Serviço em busca de atendimento, o cliente é recepcionado e encaminhado ao profissional técnico capacitado para avaliação e conduta específica para cada caso.

“A gente olha o paciente como um todo, a gente tá sempre vendo. Muitas coisas a gente não faz porque não depende da gente, mas o que tá dentro da gente poder fazer para o paciente, a gente tá fazendo, a gente faz” (Entrevistado 13).

“O Serviço de Triagem permite a integralidade...a pessoa é vista na sua globalidade” (Entrevistado 1).

No que se refere à integralidade do Sistema de Saúde, o Serviço de Triagem visa manter o elo da Unidade terciária com as Unidades Básicas. Isto é realizado mediante referências adequadas dos clientes, efetuadas através de encaminhamentos formais de profissionais técnicos habilitados a outros profissionais responsáveis pela resolução do problema. Desse modo, após a identificação do motivo que trouxe o indivíduo ao serviço, o mesmo pode ser encaminhado para atendimentos na própria Unidade Hospitalar ou para outro local na rede de saúde que lhe ofereça o atendimento necessário.

“É uma interface importante, não apenas com o usuário, que para mim é o maior mérito que o serviço tem, mas também com as unidades de saúde, porque para ali convergem as pessoas, os usuários, que são encaminhados pelas unidades de saúde” (Entrevistado 1).

“Eu acho que ele é fundamental para que o Sistema de Saúde possa oferecer ao usuário aquilo que ele precisa” (Entrevistado 4).

Vale ressaltar que estes procedimentos valorizam a hierarquização do Sistema de Saúde.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“A Triagem não serve só para Hospital das Clínicas, ela é muito mais e vai além disso, ela serve para a comunidade no todo ou seja para o SUS do município. Tem que ter esse entendimento dos gestores. Porquê se não fica uma coisa ruim, uma coisa unilateral” (Entrevistado 6).

A integração entre as Unidades de Saúde é essencial para a maior resolutividade do serviço, sendo possível cada estabelecimento de saúde atender o usuário conforme a sua competência e a capacidade técnica operacional. Identificar estes serviços e proceder adequadamente evita que muitos usuários perambularem por várias unidades em busca de atendimentos que não são oferecidos pelas mesmas, causando-lhe desgaste e transtornos às unidades de saúde.

“...o usuário do SUS não tem esse entendimento, ele busca qualquer unidade, e ele como direito que ele tem, ele quer ser atendido, mesmo às vezes sem entender que nem todas as unidades oferecem todos os serviços do SUS” (Entrevistado 5).

A integralidade tem como objetivo proporcionar a assistência individual, interagindo todos os níveis de ações de saúde, nas quais se enquadram a promoção, prevenção e a recuperação (CAMPOS, 2003). Referindo-se ao Serviço de Triagem os sujeitos expressaram que o Serviço de Triagem é:

“Um serviço que está contribuindo, porque a integralidade da assistência, ele faz, é o todo, não tem como um setor só atender de forma isolada todos esses princípios que são emanados do SUS” (Entrevistado 3).

“Ele interage com os organismos de encaminhamentos em geral com as unidades periféricas ou as unidades do interior do estado, com o usuário que vai por demanda direta e com outras unidades de referências para as quais certos casos têm destinação específica do que o próprio HC” (Entrevistado 5).

Reafirma-se que o Serviço de Triagem tem ações protocoladas para garantir a integralidade da assistência ao indivíduo e do sistema de saúde. No entanto, acredita-se que a rede da assistência necessita ser melhor estruturada para atender conforme seus níveis específicos, considerando que a integralidade é fundamental para se consolidar o SUS.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equidade, princípio do SUS que garante ao indivíduo a igualdade de acesso e de atendimento em qualquer nível da assistência de saúde, também se entrelaça com as propostas de serviço desenvolvidas pelo o Setor de Triagem do HC. Esta relação foi constatada nas falas de vários entrevistados:

“Equidade, ela (triagem) favorece o acesso de pessoas que teriam por sua própria condição sócio-econômica ou mesmo cultural, de analfabetismo, de qualquer coisa desse tipo, ou porque vem de uma outra região muito longínqua do estado ou mesmo de outros estados..... o serviço de triagem acaba dando mais atenção àquele que mais precisa, que é um princípio do SUS, que é o da Equidade” (Entrevistado 1).

“...aqui no hospital atende vários tipos de pessoas, independente da classe social dessa pessoa” (Entrevistado 10).

Na verdade a equidade procura reduzir a desigualdade, destinando recursos financeiros e atendimentos específicos, para atender as reais necessidades da população de uma determinada área, sem preconceitos ou privilégios (BRASIL, 1998).

Este princípio está relacionado com a justiça distributiva e cabe aos gestores federais, estaduais e municipais a sua operacionalidade para viabilização do SUS (LYRA, 2001).

Ao mesmo tempo, a descentralização, como princípio do SUS, deve acontecer em todos os serviços, sendo compreendida como a transferência de responsabilidades das decisões das ações de saúde para cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), de forma a atender as necessidades da população (WEIGELT, 2001).

“...ele pode ser a porta de entrada. Até pro sistema ser único mesmo, ser descentralizado mesmo... a gente não consegue ter um Sistema Único, e a cada unidade tem o seu propósito, o seu jeito de ser, de trabalhar” (Entrevistado 4).

A descentralização foi relatada na fala de vários envolvidos no estudo.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...Ele é orientado a buscar o seu primeiro atendimento no CAIS, e se for o caso de um atendimento emergencial, imediato, ele é referenciado à emergência do Hospital das Clínicas” (Entrevistado 17).

“o Serviço de Triagem vem ao encontro da descentralização, hierarquização do serviço do SUS” (Entrevistado 19).

A hierarquização dos níveis de atenção pressupõe uma organização levando em consideração as complexidades dos problemas de saúde. Assim sendo, os níveis de atenção são determinados a partir de critérios de hierarquização dos problemas, no qual o nível primário está relacionado com as ações básicas de habilidade e tecnologia adequada que assegurem abrangência de ação e resolutividade nesse nível; o nível secundário está relacionado com os problemas menos frequentes e mais complexos e o nível terciário relaciona-se com situações mais raras e altamente complexas que exigem habilidades e tecnologias mais avançadas (MENDES, 2003).

As falas evidenciaram a relação da hierarquização com o Serviço de Triagem:

“...a noção da hierarquia dos diferentes níveis de complexidade que tem o serviço, ...da orientação da complexidade do sistema, onde é que está a assistência” (Entrevistado 4).

“...a triagem deve ser vista dentro do contexto global, local e de preferência regional pra que possa trabalhar de forma integrada dentro do Sistema” (Entrevistado 3).

Para Capote Mir (1990) apud Mendes (2003), o princípio de hierarquização contém duas partes: a suficiência e insuficiência tecnológica de cada nível de atenção ou seja, suficiência resolutiva que justifique e composição tecnológica que o caracterize. Insuficiência tecnológica em atender problemas que estão fora de alcance de sua capacidade resolutiva dependendo de um nível de complexidade tecnológica que possa ser referenciado. E ainda, a hierarquização exige um fluxo e contra fluxo de pessoas e de informações na rede de serviços de saúde a qual se denomina de referência e contra-referência.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se Serviços de Triagem fossem implantados em todas as Unidades de Saúde, a descentralização e a hierarquização seriam melhor compreendidas pelo o usuário, conforme explicitado pelo entrevistados.

“...seria uma forma de ter essa descentralização, se lá tivesse triagem, teria hierarquização” (Entrevistado 7).

“Quando houve a municipalização aqui em Goiânia foi fundamental. Esse serviço vem de encontro com a dificuldade que a rede tem de operacionalização” (Entrevistado 19).

Existem dificuldades operacionais no Serviço de Triagem, por este ser único, em relação às demais unidades de saúde. Por exemplo: se houvesse uma avaliação do estado de saúde do paciente e se a rede adequasse melhor para atender este usuário, o seu encaminhamento para uma unidade mais complexa de assistência seria desnecessário e isso tem como consequência a falta de condições dessas unidades em oferecer serviços de atenção primária e secundária com qualidade, levando os profissionais a encaminhar desnecessariamente para outros serviços de saúde, de nível terciário, causando transtornos tanto para o usuário como para instituição.

“Se em cada serviço tivesse essa forma de triar, enquanto for só o nosso, nos vamos sofrer muito.... como só o nosso serviço tem triagem... fica muito solitário, muito pesado e muito solitário” (Entrevistado 7).

A descentralização do sistema de saúde permite colocar a saúde mais próxima da população. Com o processo de municipalização, a saúde passa a ter um comando único, sendo possível atender o usuário na sua real necessidade, além de permitir um aproveitamento adequado dos recursos financeiros, humanos e materiais.

A descentralização/municipalização mostra-se como um potencial significativo, atribuindo ao município a responsabilidade de atuar e assumir com maior agilidade as transformações nas políticas sociais, principalmente na saúde. Isto não significa isolamento e sim uma integração/articulação com as demais esferas de saúde (DESCENTRALIZAÇÃO, 2004).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

As instituições de saúde precisam privilegiar um Serviço de Triagem, proporcionando-lhe melhores condições de infra-estrutura física e de pessoal capacitado para que todo paciente seja avaliado e o serviço pudesse ter a resolutividade de acordo com a sua capacidade tecnológica. Isto foi percebido pelos sujeitos:

“...deveria ter um espaço melhor, uma estruturação melhor, para que realmente todo paciente pudesse ter o atendimento quando ele necessita naquela unidade, mas próximo a sua residência, ou seu bairro, a sua comunidade, o atendimento integral” (Entrevistado 6).

Esta citação denota a importância da Triagem para o sistema de saúde.

Santos (1990), relatou que não é possível existir triagem em centros de saúde, por serem um tipo de estabelecimento basicamente voltado ao atendimento primário e secundário de saúde. Concluí que a Triagem deve funcionar melhor em pronto socorro, pois a finalidade dela é dar um pronto atendimento nas emergências, onde são passados casos como os acidentados, crises agudas de dor, dispnéias, uma série de emergências exigindo uma maior destreza no atendimento. Ressalta ainda que a Triagem contribui para não sobrecarregar os profissionais do serviço de emergência e também para educar a população quanto a diferenciação dos diversos setores de saúde. Considero porém que o Serviço de Triagem deve existir em qualquer unidade de saúde com a finalidade não somente de dar prioridade ao mais graves, como também de organização, acolhimento e conseqüentemente bem estar do usuário

Para que a rede funcione é necessário que cada nível de assistência seja resolutivo. Quando o indivíduo busca atendimento, ele quer que independentemente da unidade que o atendeu, a mesma seja capaz de solucionar o seu problema.

Nossos sujeitos relacionaram resolutividade com a Triagem. Entende-se que a resolutividade está relacionada com a capacidade técnica e recursos tecnológicos de cada unidade de saúde. Espera-se que estas realizem os atendimentos dentro da sua competência, de maneira humanizada, ampliando o acolhimento do indivíduo e a resolutividade de cada caso (CONFERÊNCIA

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

MUNICIPAL, 1998; CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2001; CONFERÊNCIA NACIONAL, 2000).

A oferta de serviços de saúde deve caminhar para a resolutividade de um sistema de saúde, que resguarde os direitos constitucionais, bem como o de cidadania, de acesso aos serviços de saúde, mediante políticas públicas passíveis de concretização que privilegiem a porta de entrada do novo modelo de atenção à saúde.

“Realmente a triagem ajuda e muito com a orientação que ela dá ao paciente, tem resolução. E como um todo, ele vai ter um atendimento integral, seja na parte ambulatorial, seja onde for, na emergência também. A triagem entra nessas diretrizes como um todo” (Entrevistado 17).

“serviço de triagem distribui, canaliza, indica, direciona o usuário naquele serviço específico que vai resolver o problema dele” (Entrevistado 1).

Os Serviços de Triagem devem ter como meta o melhor atendimento aos usuários, bem como avanços na melhoria na qualidade do cuidado à saúde, através de mudanças na forma de organização institucional e com desempenho que promova a resolutividade com resultados satisfatórios para a comunidade.

“tem de ser capaz de dar conta disso” (Entrevistado 1).

É importante a compreensão de que o Serviço de Triagem, não se resume em apenas atender os casos específicos do Hospital das Clínicas, ou seja, a resolutividade não pode ser vista somente nesta instituição, e sim em toda a rede responsável pela a saúde da população.

“o serviço de triagem não é simplesmente dizer não, não é aqui é em tal lugar, mas de passar a mão no telefone e ligar para aquele tal lugar e dizer olha: tem um paciente assim, assim e a que horas eu posso marcar, com quem é, para que a pessoa sinta que o seu problema realmente tem solução. Ele será recebido em algum lugar pra ter solução do seu problema” (Entrevistado 1).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grande fator de dificuldade encontrado pelo Serviço de Triagem e causa de insatisfação do usuário é a baixa resolutividade das unidades de saúde para onde são referenciados, tal como foi expresso por alguns dos entrevistados:

“é ruim às vezes a gente encaminhar um doente para lá (CAIS), nós já recebemos essas queixas aqui e chega lá não tem atendimento, isso principalmente em finais de semana e feriados” (Entrevistado 6).

“agente manda a mãe voltar para a unidade de saúde, ela não sabe se vai ser atendida, se vai chegar, se o peso do encaminhamento daqui (Hospital) existe. Aqui dentro seu encaminhamento tem um peso” (Entrevistado 7).

Acredita-se que para a equipe do Serviço de Triagem, a baixa resolutividade da unidade básica é um dos grandes problemas enfrentados neste setor, apesar de ser o Hospital das Clínicas uma unidade de saúde capaz de proporcionar assistência nos níveis primários, secundário e terciário, privilegia-se os atendimentos mais complexos e dessa forma depende de outras unidades básicas de saúde para dar suporte e seguimento à assistência adequada do indivíduo. No entanto, este suporte e segmento na assistência, não está sendo contemplado. Muitas vezes os usuários, ao serem referenciados para unidades básicas de saúde, encontram dificuldades no atendimento, com isso, os pacientes entram no circuito “ping-pong”: vão e voltam aos locais do primeiro atendimento. Os usuários alegam unidades fechadas, faltas de profissionais, recursos materiais deficitários, não funcionando adequadamente.

Um dos gestores destacou dificuldade em não se ter um Serviço de Triagem nas Unidades, podendo direcionar adequadamente o usuário, evitando a busca incessante de várias unidades a fim de conseguir atendimento:

“...outra coisa que a gente vê muito é um serviço jogando para outro.... cada momento tinha que ter alguém que fosse triador e dissesse que o seu caso é de ficar aqui, seu caso é de ir para lá, seu caso é pro HUGO, seu caso fica aqui, cada serviço” (Entrevistado 7).

A falta de comunicação entre as unidades de saúde e a desinformação do usuário é vista também como determinante na falta de resolutividade do sistema de saúde e das necessidades da comunidade.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...tem uma lacuna, que é a falta de comunicação entre o hospital e o CAIS” (Entrevistado 8).

“...quais unidades são responsáveis por que tipo de serviço ” (Entrevistado 5).

“...Acontece muito da gente referenciar o paciente para o centro de saúde, o centro está fechado, eles não comunicam com a gente acontece muito isso, são pacientes que procuram atendimento aqui, possuem um baixo, não tem dinheiro para arcar com as despesas e geralmente não tem dinheiro nem de ônibus, vem de ambulância” (Entrevistado 12).

Moreira *et al.* (2003), ressaltaram a comunicação como uma ferramenta indispensável no contexto da assistência e que a escrita é a forma mais utilizada nas atividades educativas em saúde. Esses autores concluíram que este instrumento é importante na criação, desenvolvimento e na produção de material de qualidade, podendo alcançar objetivos, tal como o atendimento às necessidades do paciente.

Segundo Mendes *et al.* (2000), a comunicação na área da saúde é fundamental. Ressaltaram que os profissionais de saúde muitas vezes têm conflitos com a falta da mesma e que ela possibilita “tornar comum”, o aprendizado dessas mudanças, considerando que a educação é um desafio para os gestores em busca da qualidade da assistência.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

No caso em estudo, a comunicação também é fundamental para a assistência à saúde. Essa ferramenta é o principal meio de consolidar as ações, compondo um recurso primordial para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde (CHIESA, VERISSIMO, 2001).

Implementar o sistema de comunicação e informação com a finalidade de promover o autodesenvolvimento ampliando o compromisso social dos trabalhadores de saúde faz parte das diretrizes gerais para a implementação da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (BRASIL, 2004b).

“...Quando a gente atende o paciente, orienta, ele é encaminhado pra rede, onde tem atendimento.... se tivermos condições de identificar onde está a falha, porque o paciente vai ao posto de saúde e retorna, é um feedback muito bom que está sendo aproveitado” (Entrevistado 8).

Para organizar o sistema de saúde é necessário estabelecer com clareza o fluxo adequado que se seguirá em cada nível de atenção. Os serviços têm que proporcionar elementos constituídos de início e continuidade de sua utilização. Para tanto, precisa ter uma porta de entrada, que possibilite a todos os indivíduos a sua utilização capaz de satisfazer suas necessidades, desde as mais simples até as mais complexas. Quanto a isso, os sujeitos do estudo expressaram o seguinte:

“Se agente tivesse um serviço muito bem organizado, com fluxo muito bem definido, eu acredito que nem seria necessário um serviço de triagem” (Entrevistado 2).

A fala do sujeito, ressalta que se houvesse uma rede que tivesse uma organização do serviço com sistema de referência contra-referência integrado e adequado, o Serviço de Triagem não seria necessário. O que acontece é uma fragmentação e desestruturação da rede, deixando assim a integralidade como princípio do SUS a desejar. Porém considero que o serviço de triagem se faz necessário independente de existir um sistema de referência e contra-referência adequada, pois a sua função permite também avaliar cada caso e priorizar os mais graves, mesmo estes não sendo referenciados.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A política institucional deve resgatar os valores de universalidade, integralidade, aumento da equidade na assistência em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Difundir a Política Nacional de Humanização tem sido um dos princípios norteadores e compromisso da nova política adotada pelo Ministério da Saúde, bem como levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência, estabelecendo fluxo entre os diversos setores das instituições (BRASIL, 2004b).

Porém o entrevistado ressalta que devido a falta de existência da organização dos serviços de saúde, o Serviço de Triagem ainda se faz necessário:

“... é uma atividade que hoje tem que ter porque a rede não funciona de forma adequada, quando a rede funcionar realmente o serviço de triagem não vai ter sentido, porquê o serviço vai fluir só, a referência e a contra-referência vão fluir por si só” (Entrevistado 19).

Considero que um Serviço de Triagem vai além da organização do fluxo, ele proporciona acolhimento, direcionamento, orientações em saúde, sendo portanto necessário a sua existência nas instituições de saúde, mesmo que a rede esteja organizada, com fluxos bem definidos.

Mas percebe também que se a rede básica encaminhasse só os casos de acordo com a sua complexidade de resolução, a referência funcionaria sem transtornos tanto para o usuário como para a instituição.

“...se você tivesse uma rede básica que conseguisse orientar, encaminhar só os casos é que são direcionados para o hospital ou para o pronto socorro...” (Entrevistado 2).

Serra (2003), relata que para organizar um sistema de referência é necessário uma assistência mais especializada, estabelecendo com clareza o procedimento que se seguirá em cada nível. Dessa forma conseguir-se-à que cada elo da cadeia do sistema desempenhe as funções para as quais foi criado, sem contudo esquecer que, sempre que necessária e possível, a atenção sanitária seja prestada a comunidade.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um sujeito deste estudo entende que o Serviço de Triagem é como elo importante dessa cadeia, no qual o seu bom funcionamento, contribui para o alcance dos objetivos do SUS:

“O Serviço de Triagem é um dos elos dessa corrente, dessa cadeia e ele funcionando bem, tá dando a sua contribuição da parte dele para que o todo venha atender esses princípios aí” (Entrevistado 3).

É preciso organizar o transporte de ida e volta dos usuários aos serviços de saúde, referência e contra-referência, aproveitando melhor o recurso disponível de cada unidade, evitando que o paciente faça percursos desnecessários e que tampouco permaneça numa instituição além do tempo necessário. Tão logo o seu restabelecimento possa ser continuado por procedimentos menos complexos, o mesmo deve voltar a sua comunidade, com todas as informações sobre o seu diagnóstico, bem como o tratamento recebido, para instruções sobre a sua assistência posterior caso venha precisar (SERRA, 2003).

Atualmente constata-se uma realidade de atendimento no Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas para a qual vários usuários são referenciados inadequadamente, como consultas ambulatoriais, por falta de recursos humanos ou materiais da unidade de origem. Muitas vezes isto ocorre por desconhecimento quanto ao fluxo correto de encaminhamento do próprio nível de atenção e ainda por existir uma demanda significativa, que espontaneamente procura o serviço. Portanto, ressalta-se que se até a organização deste fluxo, o Serviço de Triagem se faz de extrema necessidade.

O Sistema Único de Saúde parece que não é visto pelo usuário como um sistema hierarquizado. Este talvez seja um dos motivos que leva o indivíduo a procurar este ou aquele serviço. É importante frisar que o SUS desarticulado, não consegue trabalhar a demanda. É fundamental ressaltar que, o indivíduo busca este tipo de serviço de acordo com a sua necessidade, que muitas vezes não coincide com a competência da instituição (LUDWIG & BONILHA, 2003). Este fato também foi percebido por integrantes da equipe do Serviço de Triagem.

“Tem uma cultura medicalizada onde o próprio usuário acha que ele indo para o hospital, ele vai ser melhor atendido” (Entrevistado 2).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“na verdade tem os postos de saúde para atender, que ainda não funcionam adequadamente, não funcionam todos 24h. O pessoal acaba sempre chegando “de cara” aqui, gerando até discussões, é um dos problemas que a gente tem aqui” (Entrevistado 9).

O que acontece nos hospitais universitários, onde se encontram os serviços de saúde de maior complexidade, são as constantes reclamações dos profissionais, sobre a demanda de pacientes que sobrecarregam a instituição, principalmente os serviços de urgência.

“...até os próprios médicos (da rede básica) que não sabem orientar os pacientes, falta de orientação, o paciente vai ficar perdido, ele vem com esse encaminhamento que é de ambulatório até aqui na triagem, temos que estar orientando o paciente a estar retornando até a sua unidade de origem para estar agendando essas consultas. Porque as consultas foram municipalizadas, não marcam mais direto aqui no HC, só através do Sistema Único de Saúde” (Entrevistado 14).

Isto, revela a necessidade de conscientização, não só dos profissionais, mas também de todos os atores envolvidos na operacionalização do sistema de saúde.

“...Melhorar a forma de encaminhamento das unidades básicas de saúde” (Entrevistado 2).

A filosofia da instituição, com suporte do Serviço de Triagem, é atender os casos mais complexos, de acordo com hierarquização dos Serviços de Saúde. No HC/UFG alguns casos, apesar de serem de atendimento primário, são atendidos, a exemplo do indivíduo (0-14 anos) que apresentem qualquer sintomatologia. Estes pacientes são encaminhados ao Serviço de Referências em Urgência Pediátrica, da própria instituição denominada SERUPE.

“Uma febre numa criança pode ser uma coisa simples, pra gente que é da área da saúde, mas pra família que esta com a criança febril ela está aflita, insegura, então ela quer o atendimento” (Entrevistado 6).

O Serviço de Triagem contribuiu para organização interna do Hospital das Clínicas, contando com a descentralização/municipalização das ações de saúde.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o trabalho desempenhado pelo Serviço de Triagem e a gradativa integração com a rede, está possibilitando referenciar os atendimentos primários para a rede básica de saúde, e centralizando no HC os atendimentos de maior complexidade, buscando, desta forma, viabilizar a resolução do problema do usuário, de maneira eficaz, eficiente e humanizada.

“...HC é um serviço, mas ele não é um serviço isolado, ele só faz sentido num contexto de organização do sistema único de saúde, então a nossa população precisa saber que tipo de recurso que ele pode buscar no HC e que tem outros recursos que está localizado em outros níveis” (Entrevistado 4).

A Triagem não pode ser entendida, nem funcionar como uma barreira ao atendimento. Ao contrário, ela deve ser receptiva, acolhedora e procurar respostas às necessidades de quem a procura. Assim sendo, o entrevistado compreende que:

“Os serviços de triagem não podem ser concebidos como uma barreira, como um anteparo. Ele tem que ser concebido na perspectiva de receber a pessoa e dar a essa pessoa a garantia de resposta..... o sr. Vai ter o seu problema resolvido”.....(Entrevistado 1).

“O SUS por ter mandado os pacientes para a rede básica... o atendimento no Hospital das Clínicas melhorou e o Serviço de Triagem ajudou bastante” (Entrevistado 11).

Segundo Rollo (2002), a imagem que se tem ao falar de hospital público, é uma imagem negativa no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, a falta de envolvimento com os usuários e familiares, combinação do excesso de demanda com ociosidade, sucateamento de recursos humanos e materiais, descaso, desrespeito, não integralidade, desmotivação dos profissionais, e ainda o desespero de quem precisa dos cuidados hospitalares. O autor considera que é possível mudar este quadro, por meio de propostas concretas que visem à superação do modelo assistencial hegemônico.

Os hospitais são importantes equipamentos na garantia da equidade, integralidade, da assistência e na defesa a vida. Para reconstrução dessas práticas assistências nos hospitais são necessárias: a responsabilização e vínculo,

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

abordagem do usuário como cidadão sujeito do seu processo de recuperação, resolutividade e integração com o sistema local-regional de saúde.

A participação da comunidade foi outro aspecto abordado na fala de um dos integrantes da equipe do serviço de triagem.

“Desde o início a triagem tenta cumprir com os princípios do SUS, principalmente aquele que diz participação da comunidade e ela ser atendida” (Entrevistado 17).

A participação social não é uma concepção nova, a sua introdução nos sistemas de saúde vem acontecendo ao longo do tempo sob diversas maneiras, em situações diferentes. Também denominada de controle social, teve um grande avanço nas últimas décadas, possibilitando a sua consolidação como componente prioritário na formulação de políticas do sistema de saúde. Vasquez *et al.* (2003), afirmaram que o sucesso na implementação de qualquer nova política depende de vários fatores, entre eles os interesses e opiniões dos atores envolvidos e que muitas vezes não são considerados.

Assis, Villa (2003), ressaltam que cabe ao Estado a garantia das condições necessárias ao atendimento à saúde da população, e que a saúde é um bem prioritário e uma condição para que o cidadão possa ter uma vida digna, produtiva e com qualidade. Nesse sentido, a participação social é compreendida como um processo contínuo de democratização, implicando em uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, no qual o cidadão é o centro do processo de avaliação nos serviços. O controle social consiste então, num campo de relações sociais, em que os sujeitos participam através de suas articulações, na busca da identificação de necessidades dos trabalhadores de saúde e grupos da comunidade com co-responsabilidade com as instâncias governamentais, quais sejam: o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Labra, Figueiredo (2002), relatam que o surgimento de mais de 5.500 Conselhos de Saúde, por força de lei, coloca o setor saúde em destaque não somente no Brasil mas também na América Latina. Os representantes da sociedade civil participam de forma paritária nesses conselhos.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Moysés et al. (2004), estudando o processo de construção de políticas públicas, abordam a importância da participação social e coordenação intersetorial na condução das ações. Colocam este aspecto como uma questão crucial para sustentabilidade das políticas públicas na promoção de saúde e concluem que nas comunidades, onde a participação social e a coordenação intersetorial são consistentes, existe uma grande possibilidade de êxito.

A partir da Constituição de 1988 que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, os componentes básicos da área da saúde (usuários, trabalhadores, governo e prestadores privados) conquistaram o direito de participarem neste processo de proposição, definição e avaliação da política de saúde nos diferentes níveis.

Sousa (2001), ressalta que o objetivo da participação popular relaciona-se à democratização da saúde e à reivindicação ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Esta premissa leva a crer que as melhorias sociais são obtidas através de conquistas, e que ela tem o formato e o sentido de resistência à exclusão social, que as ações coletivas voltadas para ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo constituem práticas instrumentais em relação aos objetivos da comunidade.

Nesse sentido um dos gestores, sujeito deste estudo, afirmou que:

“Esse primeiro contato com o usuário foi muito mal trabalhado, às vezes em vez de acolher a gente tem uma certa restrição à entrada do paciente no serviço, a orientação, de resgatar ele pro lugar adequado que tá precisando que tá buscando e que não necessariamente ele sabe intuitivamente” (Entrevistado 4).

No estudo de Escorel (1994), a exclusão social é um processo que afeta a integridade física e o desenvolvimento de apreensão do conhecimento, levando o indivíduo a se tornar um excluído na área da saúde. Os dados e indicadores de saúde não permitem avaliar essa questão, tampouco conseguem revelar como as condições de saúde e doença estão distribuídas nos diversos grupos segundo suas inserções econômica e social.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A transformação da exclusão social permite analisar a ética em saúde, nas quais as relações dos usuários, profissionais e serviços envolvem um compromisso público de respeito pelos direitos dos cidadãos, podendo assim garantir e resgatar os princípios constitucionais das relações sociais (ESCOREL, 1994).

Os dados encontrados no presente estudo também mostram que para os integrantes da equipe do Serviço de Triagem e para os gestores, os princípios e diretrizes do SUS se entrelaçam e se superpõem, não tendo como separá-los.

“...Porque os princípios do SUS já foram colocados como diretrizes, uma universalidade, equidade, a igualdade da assistência..... Não tem como um setor atender de forma isolada todos esses princípios que são emanados do SUS (Entrevistado 3).

“Então a pessoa é vista na sua globalidade. Esse tipo de atuação que todos os serviços de triagem conseguem fazer, e isso é fundamental, para que a gente possa construir um sistema que respeite os princípios, é que originalmente estão na Constituição Federal e nas leis que complementaram e consolidaram o Sistema Único de Saúde” (Entrevistado 1).

A descentralização, atendimento integral e a participação social são diretrizes e princípios do SUS. Esses formam, portanto o tripé de sustentação do Sistema Único de Saúde. Essa relação muitas vezes faz com que os atores envolvidos não consigam distinguí-los. Para eles, não tem como separá-los pois, ambos constituem em um caminho a ser seguido pelo novo modelo assistencial.

Um dos entrevistados relatou que apesar do Serviço de Triagem poder resgatar os princípios do SUS, ele ainda está falho. Acredita-se que isso aconteça devido à resolutividade que ainda é incipiente, no que se refere a atendimentos de emergência. Apesar de ser considerada uma instituição de referência, existe no HC/UFG uma constante suspensão temporária de atendimentos no Pronto Socorro desta instituição. Esse fato acontece por vários fatores: número reduzido de médicos especializados, falta constante de material hospitalar, medicamentos e até o excesso de demanda, com consultórios, macas, enfermarias lotadas, dificultando muitas vezes, este setor de fazer o atendimento adequado dos usuários.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O serviço de Triagem pode e faz esse papel de resgatar os princípios do SUS, mas ele ainda está falho, mas ele cumpre o seu papel” (Entrevistado 8).

O grande número de atendimentos, aliado a outros fatores já mencionados leva à demora no atendimento do Pronto Socorro, fato esse percebido pelo usuário:

“Nossa muito lento (no Pronto Socorro), muito, passou na Triagem legal atenderam bem, agora tá enrolando (PS)” (Usuário 55).

Outra temática abordada pelos entrevistados foi a prioridade e a cidadania:

“O que é ruim é que demora e os mais graves não são atendidos primeiros e muitos pacientes deixam de vir porque tá cheio demais, vai demorar atender, então fica faltando o bom senso da prioridade. Atender quem precisa ser atendido rapidamente, atender quem precisa ser atendido a qualquer momento e não se desesperar porque tá demorando. Quem pode esperar, espera, quem não pode esperar tem que passar na frente” (Entrevistado 7).

Em hospitais dos Estados Unidos da América utilizam-se os Serviços de Triagem nos departamentos de urgência/emergência, diante do aumento crescente dos pacientes atendidos a cada 24 hora. Assim, os hospitais têm procurado meios de proporcionar atendimento mais eficientes. Alguns pacientes ocupam muito tempo dos profissionais e havendo sempre o risco de um doente mais grave passar despercebido e não sendo identificado entre aqueles que estão em estado menos crítico, devido um número cada vez maior de enfermos (DORIS, 1980).

Um Serviço de Triagem pode assegurar ao paciente prioridade, de acordo com a gravidade de sua condição, apressa o tratamento do paciente por meio de habilidade na avaliação da pessoa encarregada, funciona como ponto de referência para os que não necessitam de atendimento de emergência, e para aqueles que desejam apenas informações sobre outros serviços de saúde da comunidade, evita demora providenciando agilidade, promove um bom relacionamento entre o indivíduo, família e comunidade demonstrando interesse por todos assim que chegam ao serviço.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“É importante o serviço de triagem porque aqueles pacientes mais graves, que tem que ser resolvidos no momento, os outros pacientes não entram na frente deles ele é encaminhado para o pronto socorro e o problema dele é resolvido rápidofaz uma seleção de forma justa” (Entrevistado 10).

A cidadania foi outro aspecto abordado pelos sujeitos e está relacionada com a garantia de atendimento, de forma mais justa e humanizada. Porém, quando o usuário é encaminhado para uma unidade mais longe de sua residência, isto se faz por não existir atendimento de emergência da rede básica de saúde mais próxima do seu domicílio, e não como retrato de desorganização. Mas em respeito ao cliente, a preocupação com seus problemas de saúde deve ser levada em consideração.

“então acho que ela merece esse atendimento e agente acaba fazendo isso de forma muito desorganizada quando você encaminha esse paciente para uma distância maior muito longe de seu bairro” (Entrevistado 6).

E o usuário fica satisfeito quando isto ocorre:

“O paciente saiu daqui vai ter um atendimento no CAIS não saiu sem nada, igual saía e ficava dia, dormia, não tinha um atendimento. Aqui ele passa por uma enfermeira, tem um bom atendimento, depois é encaminhado pelo serviço social, então sai daqui já com o problema resolvido” (Entrevistado 11).

A cidadania segundo Marshall (1949), apud Lavallo (2003), está relacionada com o *status* concebido aos indivíduos de uma comunidade e todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao *status*, este por sua vez está relacionado com a herança social a ser compartilhada como pressuposto de uma vida civilizada.

Quando o HC/UFG não contava com o Serviço de Triagem, o paciente aguardava dias, até dormia à entrada ou até mesmo no setor de emergência para conseguir um atendimento. Hoje a situação é diferente, todos são atendidos e acolhidos por profissionais capacitados.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...o atendimento é bom, o paciente não enfrenta mais aquelas filas. Eles pegavam aquelas filas, passavam a noite aqui. O paciente chega é atendido” (Entrevistado 11).

“...Os CAIS dão o encaminhamento e falam que vai ser atendido aqui na hora e não é feito esse atendimento na hora. Porque no caso de ambulatório, dizem que o paciente vai vir e vai ser atendido, e chegam por dia, no mínimo uns 50. O paciente vem, geralmente não tem condição de voltar, é a ambulância que deixa, acontece muito da ambulância largar o paciente e nem saber se vai ser atendido o paciente ou não, muitos são do interior também, acontece muito isso” (Entrevistado 12).

O Serviço de Triagem procura através da comunicação diária com as unidades de saúde do município se informar sobre qual serviço está funcionando para que possa fazer o encaminhamento com a segurança, sabendo que o paciente receberá o que precisa naquela unidade de saúde.

“...ajuda mais o paciente é o lugar que o paciente é mais bem orientado é aqui, a gente explica onde tem atendimento, onde não tem, onde não vai adiantar ir” (Entrevistado 16).

Reorganizar toda a lógica gerencial do hospital tem sido um dos desafios e intervenção para reduzir a fragmentação das práticas profissionais e aumentar a autonomia institucional. É necessário pensar os usuários como clientes, que têm sempre razão e fazer da instituição um orientador como último esforço para agradá-lo, seduzí-lo e conquistá-lo a partir de suas necessidades. Do mesmo modo, é preciso abandonar, a má vontade, o eterno mau humor e o desinteresse do funcionário no guichê de atendimento, que faz com que o cidadão passe a odiar os serviços públicos. Infelizmente, essas atitudes ainda estão presentes e percebidas no cotidiano de atendimento dos serviços de saúde, vivida de forma dramática pelos usuários, em momento de situação fragilizada, inclusive no atendimento hospitalar. Atender o cliente como portador de direito e necessidades e ainda como o centro de toda a atenção assistencial, significa um grande esforço no sentido de mudar a cultura organizacional, com investimento e desenvolvimento das equipes de saúde (CECILIO, 2002).

5.2 – Percepções dos gestores e equipe do serviço quanto ao Serviço de Triagem

Nesta categoria foram trabalhados os dados relacionados com as percepções dos sujeitos quanto funções do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas, incluindo aspectos como: conceito, organização, função relacionada ao acolhimento, humanização, capacitação profissional, trabalho em equipe.

Os serviços especializados de atenção secundária e terciária, devem proporcionar aos pacientes procedimentos relacionados com o diagnóstico, tratamento e reabilitação. Entretanto, o motivo de procura do serviço pelos usuários está também relacionado com o grau de satisfação referente ao atendimento. Gentil et al. (2003), em pesquisa realizada no Departamento de Oftalmologia da UNIFESP (Escola Paulista de Medicina) na qual a avaliação da resolutividade e a satisfação dos usuários foram objetos de estudo, concluíram que a satisfação da clientela no atendimento recebido da equipe de saúde está relacionada com a relação interpessoal com os profissionais envolvidos no atendimento, à rapidez do serviço, utilização do serviço por questões geográficas, operacionais e econômicas, orientações em todos os níveis de atendimento e ainda questões relacionadas com a tecnologia.

A necessidade de ter um serviço de atendimento que otimize as relações interpessoais, que busca contemplar a satisfação da comunidade, bem como se tornar uma estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde, almejando alterar as relações entre os profissionais de saúde e usuários, tem sido objetivo das políticas de saúde.

Em Goiânia está sendo implantado na rede, o Serviço de acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas tem um enfoque mais ampliado. Além da recepção do indivíduo, com humanização e acolhimento, o serviço tem como funções o direcionamento, definição de condutas a serem tomadas e o reforço da organização institucional e do fluxo de atendimentos. Os entrevistados definiram o Serviço de Triagem como:

“é o primeiro atendimento do hospital” (Entrevistado 16).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“é um serviço que envolve os profissionais da área de saúde, os enfermeiros, as assistentes sociais, que fazem o primeiro atendimento do cliente, identificando o verdadeiro problema do paciente e tentando resolver da melhor forma” (Entrevistado 10).

“é um serviço importante procura ordenar, disciplinar a demanda sobre um hospital de referência” (Entrevistado 1).

“o paciente chega no hospital através da triagem....o enfermeiro vai dar o primeiro atendimento, vai ser feito uma consulta, um exame físico desse paciente e dar a conduta para onde encaminhar o paciente, ao hospital ou ao CAIS de emergência, vai fazer as orientações cabíveis, ao Pronto Socorro” (Entrevistado 9).

O Serviço de Triagem contribuiu para que houvesse uma organização interna do hospital, a partir de uma integração deste com as unidades da rede básica de saúde.

“triagem otimiza a organização, o atendimento e organização da rede. E facilita ao usuário o entendimento de todo esse processo que ainda não está bem claro para o usuário” (Entrevistado 5).

A racionalidade referida pelos sujeitos refere-se aos encaminhamentos para o Pronto Socorro do Hospital das Clínicas somente dos casos de maior gravidade, onde esse atendimento é realizado de acordo com o protocolo próprio.

“o serviço de triagem tem que ter um enfoque um pouco diferenciado para um serviço mais com uma visão um pouco mais ampliada , de mais humanização, de acolhimento” (Entrevistado 2).

“...ela cumpre o papel importante, que é esse papel de racionalização, de direcionamento, de definição de condutas....ela garante uma racionalidade do atendimento no pronto socorro do HC” (Entrevistado 2).

Os gerentes das unidades de atendimento reconhecem a contribuição do Serviço de Triagem:

“A Triagem é um setor muito importante peneirou os casos que são realmente de pronto socorro os que não são gripe, febre essas coisas que a urgência do Cais pode resolver a gente encaminha pro CAIS e são

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

resolvidos, com isso melhorou muito o atendimento aqui no Hospital das Clínicas” (Entrevistado 14).

Talvez por uma compreensão mais ampliada do Sistema, os sujeitos valorizam o serviço:

“Ela tem o seu valor, é importante, tem o seu papel na orientação dos fluxos dos pacientes, no que é urgência vai para o atendimento de urgência, o que é ambulatorial retorna para a atenção básica ou vai, para o atendimento especializado” (Entrevistado 2).

“ela é importante porque ela sistematiza o atendimento, faz uma classificação de forma adequada para diminuir a sobrecarga dos serviços de emergência, fazendo com que os atendimentos primários eles sejam referenciados para as unidades da rede básica do município e possamos trabalhar realmente com os casos mais complexos, casos secundários e terciários” (Entrevistado 6).

Na realidade, no início da implantação do Serviço de Triage, os usuários relutavam muito em serem transferidos para outras unidades, alegavam falta de condições para resolutividade nas mesmas. Atualmente, as unidades melhor estruturadas, de certa forma contribuem para que os serviços funcionem e que cada nível de complexidade seja capaz de resolver problemas de saúde individuais e coletivos de acordo com a capacidade tecnológica da unidade.

“Eu acho que ele é fundamental para você evitar que o paciente perca tempo e que se sinta e seja mal servido pelo sistema.... Nos acabamos desrespeitando o ser humano pela incapacidade, muitas vezes de darmos uma informação correta” (Entrevistado 1).

A integralidade da rede permitiu que os níveis de atenção à saúde sejam articulados de acordo com a regionalização do sistema de saúde, sendo que esta diretriz está relacionada com a máxima acessibilidade da população aos serviços. A Triage consegue inserir o usuário dentro do sistema de maneira mais organizada e humanizada, atendendo os preceitos constitucionais de saúde como direito de todos.

Oliveira apud Rizzotto (2002), em um trabalho sobre acolhimento solidário, relata que mesmo o usuário sendo encaminhado para outra unidade de saúde, a responsabilidade é da equipe que o atendeu, não cabe simplesmente transferir a

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

responsabilização, deve integrar-se e interagir com outro, com a comunidade, tornando-se referência para o usuário. Concluiu que não é possível dizer que a competência e a responsabilização pelo seu atendimento está em outro nível de assistência.

Schoueri, Szajnbok (1993), propuseram em seu trabalho um novo tipo de triagem institucional, através da formação de “Grupo de Espera”. Essa experiência surgiu da necessidade de organizar e dinamizar o atendimento de paciente sob demanda crescente, ainda como aperfeiçoamento do processo de triagem e para melhoria do grau de esclarecimento e mobilização dos pacientes. Concluíram que no “Grupo de Espera”, os pacientes ganharam identidade perante a instituição, e a instituição pode identificar e separar os sujeitos envolvidos na assistência do terapeuta. Esse método permitiu facilitar o processo de triagem, no qual o usuário se relaciona tanto com o profissional quanto com a instituição.

O aspecto organização, orientação também faz parte do conceito do Serviço de Triagem dados pelo sujeitos:

“Ele pode ser um serviço que ajuda a estruturar vários desses princípios de SUS; e como aqui, ele sozinho não vai dar conta disso, acho quem tem de ter toda uma organização de serviço, de oferta, de serviço dos diversos níveis qualificadas e suficientes” (Entrevistado 4).

“nesse processo de organização a triagem é importante nesse sentido” (Entrevistado 6).

“a triagem ajuda a orientar e instruir os pacientes.... os pacientes que chegam até o CAIS não são bem orientados” (Entrevistado 14).

Estudo realizado por Azevedo *et al.* (2002), aponta que a crise por que passa o setor saúde no Brasil nos últimos anos se expressa como uma crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, de resolutividade e eficiência. Isto tem impulsionado novas experiências tanto ao desenho de novos sistemas de gestão, como também estimulado o desenvolvimento de estratégias gerenciais.

O Serviço de Triagem busca através de um sistema de controle gerencial, qualidade no atendimento, aperfeiçoando-se nas atividades desenvolvidas, bem como favorecendo um processo de mudança na organização dos atendimentos.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...o objetivo maior da triagem é educativo, dessa reorganização do serviço” (Entrevistado 19).

Concomitante à criação do SUS, as escolas de enfermagem, bem como o Ministério da Educação e Saúde buscaram reorientar a estrutura da formação do enfermeiro (GALLEGUILLOS, 2001).

O enfermeiro do Serviço de Triagem tem um papel importante à medida que consegue transmitir aos usuários cuidados básicos de saúde. É feita toda uma orientação acerca do cuidado a ser dispensado, bem como a conduta que cada caso requer.

O profissional enfermeiro recebe uma formação acadêmica o qual participa de um modelo de construção de conhecimento, visando descobrir anacrônico em relação à prática de assistência que existe dentro das instituições educadoras (BARBOSA *et al.*, 2004).

No aspecto organizacional, o Serviço de Triagem, considera importante a proposta de participação e incentiva a criatividade dos profissionais como instrumentais que podem viabilizar melhores resultados organizacionais, tendo como referência a missão institucional, a qual está voltada para a qualidade e humanização nos atendimentos e em consonância com a política de saúde vigente do SUS.

Para Hortale *et al.* (1999), a organização dos serviços de saúde deve estar relacionada com outros determinantes de um sistema de saúde concebido de forma ampliada, dentre eles o acesso e descentralização. A categoria de acesso deve ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sócio-cultural. Uma modalidade de organização de serviços que se baseia na descentralização, além de uma autonomia maior na utilização dos recursos e na condução das políticas, possibilita um controle maior do nível local no processo de decisão e equilíbrio entre responsabilidades, obrigações e poderes do nível central e local. Ela também pode estar relacionada com uma melhor adequação do acesso aos serviços de saúde.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A política de saúde deve contar com serviços e organização nova. Essa política deve ser concebida como direito do cidadão e dever do Estado. Esse ideário resulta, dentre outros aspectos, do movimento que predominou na década de 80, denominado de Reforma Sanitária, que previa mudanças na forma como se desenvolviam e se organizavam as políticas públicas de saúde.

Cordoni Junior (1988), ressaltou que as mudanças estruturais estão relacionadas com uma nova estratégia organizacional a qual possibilita uma assistência integral à população.

Carvalho e Wagner (2000), demonstra que para constituir um novo modelo assistencial deve ser realizado um arranjo organizacional que privilegie os princípios éticos-políticos e as práticas de saúde e tem a ver com a ruptura do padrão burocrático e ineficaz de funcionamento dos serviços de saúde. A lógica da organização do sistema de saúde deve garantir ao usuário acesso, acolhimento e vínculo.

Outros conceitos do Serviço de Triagem abordados pelos sujeitos do estudo estão relacionados com a orientação fornecida ao usuário:

“o Serviço de Triagem, ele tem o seu papel na medida em que é capaz de orientar a pessoa e dar um destino específico e com a segurança de que o paciente será atendido naquele destino” (Entrevistado 1).

“...a gente olha caso a caso, a gente tá avaliando, sempre procurando ajudar o paciente, estar orientando da melhor forma possível” (Entrevistado 13).

“Participamos de todo tipo de atendimento, até de orientação a como marcar um exame, onde marcar, a gente recebe o paciente, a enfermagem faz o atendimento e o que cabe para o serviço social que é os encaminhamentos para o CAIS, a gente encaminha” (Entrevistado 15).

“para evitar todos esses desgastes, perda de tempo do usuário, insatisfação deles e também da unidade que tá atendendo” (Entrevistado 3).

Os sujeitos entendem que um Serviço de Triagem deve ser bem estruturado e com profissional capacitado para dar condições de viabilidade ao usuário:

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“a triagem é de suma importância, desde que bem estruturadas com pessoas capazes de orientar o indivíduo quando ele não é atendido e principalmente ele vai ser atendido ali e precisa ser referenciado para outra unidade fora daquela” (Entrevistado 5).

A Triagem de forma não sistematizada, feita por recepcionistas ou auxiliar de enfermagem, ainda é muito comum nas instituições, e cabendo a estes profissionais notificar a equipe do departamento de emergência o caso que considerar emergencial. Segundo Rogers, Osborn, Pousada (1987), esse tipo de atendimento não atende os principais objetivos de uma triagem. Deixar nas mãos destes o julgamento quanto à complexidade é, no mínimo, uma forma irresponsável de trabalhar saúde. Na realidade são as pessoas menos indicada para tomar esta decisão. Quando realizada por profissional enfermeiro, a triagem é mais abrangente e mais expansiva em seu alcance, e ainda pela sua formação o mesmo tem condições de fazer uma avaliação precisa e segura do estado de saúde dos usuários.

O Hospital das Clínicas por ser uma unidade de referência e proporcionar atendimentos mais complexos, tem uma procura muito grande, tanto do município de Goiânia como de outras regiões, para os diversos tipos de atendimentos. Esse fato, também foi um dos aspectos que levou a instituição a se organizar de forma mais adequada e que pudesse atender a todos os usuários e garantir que seu problema fosse resolvido.

“...o sistema de saúde tem uma dificuldade para atender a demanda.muitas vezes ela(capacidade instalada) tem uma produtividade muito baixa e acaba não correspondendo com às necessidades das pessoas, da população e dos atendimentos” (Entrevistado 3).

O Pronto Socorro – HC ficava sobrecarregado de pacientes com casos de menor complexidade. A Triagem reduziu estes atendimentos, através de uma avaliação minuciosa do estado do paciente, encaminhando para este setor somente os casos de maior complexidade. Aspectos como reduzir a demanda foram ressaltados pelos sujeitos:

“...dificuldade a gente tem no sistema único é o volume grande de serviço, então se o volume fica muito abarrotado, acaba que as pessoas

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

pressionam, gritam, para serem atendidas e muitas vezes as pessoas são atendidas porque estão gritando e às vezes quem está grave, ta quietinho e calado não gritou pode ser o último a ser atendido e precisava mais do atendimento” (Entrevistado 7).

“Pelo excesso de contingente que procurava o hospital, é feito um serviço para avaliar se há necessidade de ser atendido aqui no pronto socorro ou encaminhado a outro hospital de referência, centros de saúde, cais, esse tipo de local” (Entrevistado 12).

O trabalho de Magalhães *et al.* (1989), divulgou a implantação de sistemas de triagem como parte integrante dos serviços de emergência em hospitais gerais. Esses sistemas têm como objetivo facilitar o acesso ao atendimento de saúde, assegurando assim assistência imediata àqueles que apresentam um quadro característico de situações de emergência, de acordo com as prioridades.

Magalhães *et al.* (1989), ressaltam que a grande procura aos serviços de emergência nos grandes hospitais determinam a necessidade de criação desses serviços. Quando o indivíduo procura um serviço de saúde de emergência, diante de sua necessidade de saúde, ele já introjetou a idéia de que necessita ser atendido imediatamente, sem levar em consideração os aspectos técnicos, expressados por sinais e sintomas que caracterizam esta emergência, a qual pode configurar-se em risco de vida ou um tratamento ambulatorial a médio e curto prazo.

Assim sendo, os sujeitos relatam que o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas contribui com esta avaliação de risco de vida, resguardando os casos de emergência do pronto socorro, como se segue:

“contribui para diminuir o fluxo de pacientes no pronto socorro, aqui no HC, o fluxo era muito grande, sobrecarregava o atendimento do hospital, aumentava muito a demanda..... contribui exatamente para aliviar alto fluxo de pessoas, às vezes que não eram pacientes com risco de vida” (Entrevistado 9).

“...orienta muito o paciente e até mesmo estar mostrando ao paciente, os casos que são de urgência, os casos que são de emergência” (Entrevistado 14).

Outro aspecto considerado como função do Serviço de Triagem foi priorizar quem precisa ser atendido primeiro:

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“...a triagem tem essa função de dizer quem precisa ser atendido primeiro, quem pode esperar, quem pode aguardar..... muitas vezes a gente não consegue fazer isso, principalmente quando é mãe. A mãe grita, fala e tal é uma pessoa que quer chamar a atenção para atender o filho..... muitas vezes a criança ta dispnéica, vomitando, desidratada, quietinha, paradinha que a mãe grita menos, fale menos... tem o papel de acolher, de dizer quem vai ser atendida no hospital ou no posto de saúde, e desses quem vai ser atendido primeiro..., quem vai esperar” (Entrevistado 7).

O Serviço de Triagem procura garantir atendimento imediato àqueles que precisam mais. Este fato está relacionado com a emergência técnica, na qual os sinais e sintomas apresentados pelo paciente são avaliados de forma a não permitir que sejam priorizados aqueles casos que, por situação emocional ou de qualquer outra ordem, venham ter preferência nos atendimentos.

O acolhimento ao indivíduo, principalmente quando portador de alguma necessidade, é fundamental para quem recebe e pode denotar qualidade e humanização do prestador de serviços.

“...estaria realmente primeiro fazendo o acolhimento dessas pessoas, informando a respeito dos serviços, diminuindo às vezes a ansiedade, a angústia, orientando melhor para que elas possam utilizar, onde se dirigir dentro da organização” (Entrevistado 3).

“...cada momento, em cada local, num posto de saúde, por exemplo, a triagem faz aquele papel de acolhimento.... naquele momento ter alguém que vai receber e ver o que o paciente ta precisando e ver realmente o que ele ta querendo, ta precisando, se ele está procurando o serviço de saúde e porque” (Entrevistado 7).

“...trabalharia no sentido de uma triagem, mais ampliado, daria a triagem num sentido de acolhimento, de regulação do atendimento de emergência” (Entrevistado 2).

Alguns sujeitos consideram que nas unidades básicas esse serviço foi definido como acolhimento.

“...esse processo educativo ele ocorre a nível desse tipo de atendimento no caso o HC a triagem, na unidade básica de acolhimento” (Entrevistado 4).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na verdade o sujeito do estudo se referia ao programa de humanização e acolhimento implantado na rede básica de saúde do município de Goiânia

“...a gente questiona um pouquinho a utilização desse termo Triagem, a gente tá fazendo um trabalho aqui em nível das nossas unidades, em que a gente chama a recepção assim do usuário na nossa unidade de Acolhimento..... mas a gente chama de Acolhimento(nas unidades básicas), não meramente de Triagem, porque a função dele no nosso entendimento não seria só encaminhar o paciente, orientar o paciente pra buscar outro serviço ou para buscar o serviço mais adequado, mas em parte e talvez na grande maioria das situações poder ter uma resolutividade a nível do próprio acolhimento (Entrevistado 4).

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia iniciou em agosto 2003 a implantação de um projeto de humanização e acolhimento nas unidades básicas de saúde. Este projeto tem como objetivo fortalecer a política de saúde garantida na Constituição Federal de 1988, (consubstanciada nas Leis Orgânicas da Saúde nºs. 8.080 e 8.142) e nas normas operacionais básicas de saúde (GOIÂNIA, 2004).

Um sujeito do estudo entende que o Serviço de Triagem tem um contexto diferenciado de interpretação ao do Serviço Acolhimento implantado recentemente nas unidades da rede básica de saúde e de situação específica, no caso da instituição em questão, como ressaltado:

“O Serviço de Acolhimento na unidade de saúde visa recepcionar aquela clientela. O Serviço de Triagem(Hospital das Clínicas) ele também faz o acolhimento, mas para uma clientela que vem já referenciada, por esses serviços primários..... com muita propriedade, com muito esforço, no sentido de humanizar, de agilizar, torná-lo mais rápido, mais efetivo o atendimento....os Serviços de Triagem também cumpre esse papel, só que cumpre esse papel numa outra escala, que é o paciente que já vem referenciado”(Entrevistado 1).

Um dos gestores ressaltou também a diferença do acolhimento e triagem:

“...muito tempo a gente trabalhou com serviço de triagem nessa ótica só do encaminhamento.....o acolhimento é uma evolução da triagem a função dele não é só o encaminhamento.... resolução, orientação, busca de solução”(Entrevistado 4).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Estrada (1981), triagem é o processo pelo qual o paciente é avaliado após a sua chegada em uma instituição de saúde, para estabelecer o local onde possa receber essa assistência.

O acolhimento é um modo de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Esse processo inclui um atendimento com resolutividade e responsabilização, fazendo também as orientações para o paciente e sua família em relação ao atendimento e funcionamento dos demais serviços de saúde, estabelecendo meios para garantir o sucesso desse encaminhamento (BRASIL, 2004b).

Para Rizzotto (2002), a estratégia do acolhimento permite tratar de forma humanizada toda a demanda, dar resposta a todos, discriminar riscos, as urgências e as emergências, permite planejar a assistência, abrindo possibilidades para novas opções tecnológicas de intervenções.

O serviço de acolhimento já foi implantado em 32 unidades de saúde de Goiânia. Conforme a SMS o acolhimento constitui uma das etapas da humanização, que pressupõe: responsabilidade, vínculo e resolutividade e ainda ressalta que este trabalho constitui numa proposta de organização e mudança dos processos de trabalho nas unidades, na qual a recepção ao usuário possa ser feita por uma equipe multiprofissional (CONFERÊNCIA MUNICIPAL, 2004).

Atualmente, existe um projeto de reestruturação do Serviço de Triagem com a finalidade de torná-lo “Serviço de Acolhimento”, utilizando a Classificação de Risco, preconizado pela Política Nacional de Humanização. Está é uma exigência para enquadrar o HC/UFG no QualiSUS, que é resultado da parceria entre o Ministério da Saúde com os governos estaduais e municipais. O QualiSUS constitui-se de um conjunto de mudanças que visa maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a participação

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

coletiva no processo de gestão bem como a indissocialidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004b).

Na realidade, todo esse trabalho já é desenvolvido pelo Serviço de Triagem do HC/UFG que optou por trabalhar de forma a garantir que a resolutividade do usuário não fique somente restrita nesta instituição, mas nas demais unidades de saúde que fazem os atendimentos básicos, conforme a hierarquização dos serviços de saúde. Porém, ainda existem algumas dificuldades próprias da instituição em atender a grande demanda, pelos motivos já mencionados.

Segundo Franco *et al.* (1999), o serviço de acolhimento implantado em Betim, no ano de 1996, propunha uma mudança no modelo tecno-assistencial, orientado nos princípios do SUS, baseado na reorganização do serviço, no sentido de garantir o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado. Os autores concluíram que para oferecer uma resposta positiva aos problemas de saúde apresentados pelos usuários, tendo como idéia básica o acolhimento, a mesma constitui-se como diretriz operacional daquele serviço.

Ao relatarem sobre o serviço de acolhimento nas unidades básicas de saúde de Goiânia o sujeito do estudo o conceituam da seguinte forma:

“...é um processo educativo em relação ao usuário, é uma escuta capacitada, uma possibilidade de resolver o problema do usuário, nesse sentido, desenvolve um vínculo muito maior entre o usuário e a equipe de saúde desenvolve também uma responsabilização dessa equipe de saúde em relação ao usuário..... uma escuta técnica capacitada permite a gente fazer uma orientação muito mais adequada a reivindicação do usuário ou a necessidade do usuário” (Entrevistado 4).

Experiência semelhante, em Belo Horizonte – BH, foi relatada por Malta *et al.* (2000). Os autores referem que inicialmente aquele serviço de acolhimento contava com 06 Centros de Saúde em 1995, se elevando para 90 em 1997 e permitiu uma relação mais humanizada entre trabalhadores e usuários, aumentando a responsabilidade do vínculo e maior resolutividade.

O acolhimento como mudança no processo de trabalho desenvolvido pelas unidades básicas de saúde, de acordo com os sujeitos confere a qualidade nos

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

serviços, bem como a humanização e competência profissional em utilizar o saber na construção de respostas às necessidades dos usuários:

“...contexto de humanização da assistênciaé o primeiro momento de contato do usuário com o serviço de saúde, então na medida em que se faz esse contato de uma forma mais qualificada, mais atenta mais disposta acolher, você muda completamente a cara do serviço de saúde e possibilita de fato um atendimento mais humanizado, esta humanização não vai ficar só na porta de entrada da unidade..... uma equipe multiprofissional riquíssima com várias possibilidades de respostas, com olhares muitos diversificados, que não só o olhar do médico, capaz portanto de dar resposta também muitas vezes satisfatória”(Entrevistado 4).

“o acolhimento desloca um pouco o centro da assistência, da atenção à saúde, da figura do médico para uma equipe multiprofissional” (Entrevistado 4).

O Serviço de Triage do Hospital das Clínicas também trabalha com uma equipe multiprofissional, desenvolvendo suas atividades técnico-assistenciais com humanização e os preparos profissionais, levando ao indivíduo uma resposta adequada aos seus problemas de saúde, conforme ressaltado pelos entrevistados

“o paciente é avaliado por uma enfermeira para ver o quadro clínico casos mais graves são atendidos e os outros são atendidos na emergência do CAIS e são encaminhados pela assistente social” (Entrevistado 16).

“no HC vocês trabalham com enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais e nós aqui também, nós temos essa visão de que a idéia do acolhimento é a gente poder tá deslocando essa coisa da atenção, que sempre foi muita centrada na figura do médico durante muito tempo trabalhou com a idéia de que ela procure exclusivamente assistência medica” (Entrevistado 4).

“A triagem com pessoas preparadas para fazer essa triagem, capacitadas e que busquem levar aos indivíduos, aos usuários do porque ele está sendo encaminhado para determinado serviço e não outro que às vezes ele vem buscar” (Entrevistado 5).

O trabalho em equipe possibilita uma avaliação precisa e concisa sobre o tratamento que o paciente precisa receber. Permite estabelecer uma boa comunicação com os demais departamentos do hospital, para que possam fazer os encaminhamentos com habilidade e conhecimento.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos entendem que o Serviço de Triagem têm comprometimento com o usuário, por meio do trabalho em equipe:

“é espírito de equipes multidisciplinar, interprofissional e interinstitucional” (Entrevistado 3).

Segundo Lima (2004), o comprometimento dos profissionais de saúde é um elemento essencial para atingir a qualidade nos serviços. Ele está relacionado com a disposição plena e espontânea para trabalhar, ter sentimento de responsabilidade, criatividade e inovação para controlar e garantir o sucesso e o resultado.

Após um estudo sobre triagem de pacientes para consulta feita por médicos e enfermeiras, Vinha *et al.* (1987), chegaram à conclusão de que dada a formação do médico para tratamento e diagnóstico do paciente, seria um desperdício ou mal aproveitamento de suas habilidades utilizá-lo para o Serviço de Triagem. Já a enfermeira em sua formação aprende a prestar assistência aos pacientes preocupando-se também com a infra-estrutura que a cerca. Em termos operacionais um Serviço de Triagem deverá funcionar melhor quando realizado por enfermeiros, pois elas têm uma visão de conjunto, bem como a sua competência para exercer essa função, que em termos de acertos, já foi comprovada.

Segundo Both (1990), um sistema de triagem formado por enfermeiras no serviço de emergência do Massachusetts General Hospital – EUA realiza o exame inicial. As enfermeiras são especialmente treinadas para esta assistência, que não tem função de diagnóstico, e sim determinar a necessidade de tratamento e o melhor local onde possam recebê-lo. Para ele, cada instituição hospitalar deve adequar o sistema de triagem de acordo com as suas necessidades, devendo também dispor de um variado número de opções para o encaminhamento dos pacientes às especialidades adequadas.

Para que o cidadão tenha acesso ao atendimento público de qualidade, é necessária a melhoria do sistema de saúde. Segundo Collet (2003), no aspecto da humanização, dois aspectos devem ser observados: a qualidade do relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários no

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

processo de atendimento à saúde e as formas de gestão dos serviços de saúde. Assim sendo, o desenvolvimento de uma assistência humanizada e de qualidade requer compromisso da gerência do serviço, qualidade na gestão, competência e criatividade da equipe.

O Serviço de Triagem é um mecanismo de humanização na medida em que leva em consideração o respeito ao indivíduo como ser autônomo, que busca compreender os limites de cada um, bem como as especificidades das necessidades apresentadas em cada momento em particular. Collet (2003), ressalta que além de se considerar estas relações entre os profissionais e usuários, humanizar consiste em considerar novas formas de gestão das instituições de saúde. Do mesmo modo os sujeitos relataram que :

“...o aspecto de humanização, todo o paciente tem direito de chegar em um serviço e pelo menos o primeiro atendimento, ele ser bem recebido aqui no hospital, uma simples informação já ajuda eles..... a gente foi recebido aqui com informação e isso não acontece em lugar nenhum...” (Entrevistado 15).

“Quando a comunidade precisa ela vai procurar e é ruim ela chegar à unidade precisando de atendimento e não saber e não ter uma informação prévia de como funciona o serviço” (Entrevistado 6).

Merhy (1994, p. 130), entende que *“a humanização da assistência passa pela construção de um processo de gestão de trabalho que permite o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público”*.

Para que haja humanização na relação serviço-usuário-profissional de saúde não basta considerar a responsabilidade, o respeito nos atendimentos, é necessário ultrapassar essa visão de atenção e discutir a maneira como os profissionais se relacionam com o seu objeto de trabalho, que é a vida e o sofrimento dos usuários e da comunidade (LEITE *et al.*, 1999).

“o atendimento é bom, o paciente não enfrenta mais aquelas filas. Eles pegavam aquelas filas, passavam a noite aqui. O paciente chega é atendido” (Entrevistado 11).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi entendido pelo sujeito do estudo como ato desumano, quando o Serviço de Triagem tem de encaminhar o usuário para uma unidade mais longe de sua residência. Vale comentar que de acordo com a hierarquização dos serviços de saúde, os casos de menor complexidade são encaminhados para a emergência da rede básica de saúde e as que fazem esses atendimentos de emergência vinte quatro horas são poucas e ainda distantes do HC/UFG.

“É muito ruim pegar um paciente que chega meia noite dentro de um hospital universitário e ta com dor de dente e você falar para ele que aqui não é lugar, o sr deve procurar o bairro, ou encaminhar para um outro setor longe da sua residência, isso não é ideal de forma nenhuma” (Entrevistado 6).

E o mesmo entrevistado acrescentou:

“...Porque é muito ruim agente saber que o usuário na hora que ele precisa, mesmo que seja uma febre, uma amigdalite ele tem que percorrer quase 15 Km às vezes 20 Km de sua residência para ter um atendimento e receber o seu atendimento de um clínico geral por exemplo, isso não deveria acontecer” (Entrevistado 6).

Quando o paciente passa por mais de uma unidade da rede básica de saúde à procura por atendimento, desconhecendo o funcionamento do fluxo no sistema de saúde, este fato gera descontentamento tanto para o usuário como para o profissional que faz esse atendimento nesta instituição, conforme ressaltado pelo sujeito

“...o paciente às vezes passa por duas, três ou mais serviços, uma superposição de atividades, gera desgaste pro doente, para os profissionais que estão trabalhando e com prejuízo para o bom atendimento dos pacientes” (Entrevistado 3).

O Serviço de Triagem do HC tem uma grande responsabilidade, uma vez que assume a totalidade dos pacientes que chegam, determinando prioridades, orientando, educando, e encaminhando quando necessário. As decisões mais importantes em relação aos cuidados com o paciente são tomadas no ato da sua chegada. A identificação precoce e correta de uma situação de risco é de vital importância, pois é através dela que se desencadeia o processo de atendimento.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente observa-se que a instituição de saúde que possuem serviços de emergência fica sobrecarregada, com acúmulo de pacientes e também demora no atendimento. Nesse momento é importante a existência de Serviço de Triagem, com o objetivo de facilitar o acesso do paciente ao atendimento de saúde e assegurar assistência imediata, principalmente nos casos de emergência.

Mas também pode considerar que se os serviços de emergência se sobrecarregam é possível que os atendimentos básicos não estão sendo suficientes na rede.

Estudo realizado por Lovalho (2004), revelou que os serviços de emergência têm sido muito pesquisados nas últimas décadas, principalmente pelo aumento exagerado no volume de utilização destes. Concluiu que os serviços de emergência são utilizados indevidamente, pois sessenta e cinco por cento dos pacientes poderiam ter sido atendidos em ambulatórios na resolução de seus problemas de saúde.

Outro dado encontrado foi a triagem como regulação:

“entender a triagem nesses dois aspectos de acolhimento, de escutar o usuário, de valorizar sua queixa, de tentar resolver o seu problema, e a regulação no sentido também de acolher uma solicitação de urgência, identificar a gravidade dessa urgência e destinar qual é o melhor lugar para essas pessoas serem atendidas, isso seria a regulação... então a triagem com esses dois enfoques, eu acho que ela teria é tem o papel muito importante, que é o cumprimento dos princípios do SUS” (Entrevistado 2).

A experiência da triagem no HC/UFG resulta de um atendimento multidisciplinar que se utiliza o conhecimento técnico-científico para alcançar resultados satisfatórios. É necessário que a equipe de saúde receba treinamento constante por meio da educação continuada para fazer o atendimento, visto que uma triagem com profissionais capacitados pode evitar a evolução de um quadro agudo ou grave de determinada patologia, através de adoção de condutas apropriadas.

Uma equipe capacitada tem condições de avaliar cada caso, de acordo com as necessidades individuais.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“ter um papel de educação porque até no consultório normal a pessoa espera uma hora, só que ou ela ta sem febre, ela ta orientada, ta calma, ta no momento oportuno, e que no serviço de saúde pesa muito, o paciente na triagem, a angústia que a família tem de resolver logo, resolver logo e não ver se é grave ou não” (Entrevistado 7).

“Tem urgências de média e alta gravidade, que não vão ser resolvidas num CAIS ou num atendimento básico mesmo, precisa ir para um hospital. Essa urgência ela precisa ser regulada também, tem que ter uma central de regulação, com profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, que consigam fazer essa regulação, que tenha acoplado a essa central de regulação um serviço móvel de atendimento” (Entrevistado 2).

Um dos sujeitos da equipe ressaltaram, que após a implantação do Serviço de Triagem, houve melhora na recepção do usuário e ainda aumentou a credibilidade do serviço.

“O serviço de Triagem é mais tranquilo porque as pessoas já conhecem, já estão acostumadas com o ritmo de trabalho. A população já acostumou que tem que passar no posto de saúde, e ai que entra a importância do serviço na questão da orientação.....a população vai lucrar com isso... a questão profissional, você tem que acreditar porque se não você passa a nem levar pra frente.... o objetivo é uma coisa positiva” (Entrevistado 8).

Essa melhora no ambiente do setor pode estar relacionada também com o processo de municipalização da saúde, pois com ela houve uma diminuição da demanda espontânea. Desde o início a orientação fornecida no Serviço de Triagem, mesmo o usuário sendo atendido, é que ele fica ciente de que quando precisar de atendimento novamente deverá procurar primeiro a unidade de saúde mais próxima de sua residência e se necessário for à unidade se encarregará de referenciá-lo para um hospital ou qualquer outra unidade de saúde.

A instituição em estudo, coloca a disposição do Serviço de Triagem uma quantidade de consultas para especialidades mensalmente. Estas consultas são utilizadas obedecendo- se um protocolo, pois a procura ainda para agendamento ambulatoriais diretamente no hospital é muito grande e o número das mesmas são reduzidas, pois a grande parte dessas consultas fica à disposição da Secretaria Municipal de Saúde para o agendamento por telefone, conforme falado anteriormente.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Agenda-se consultas também, dependendo da necessidade do paciente e se a gente tiver vagas, nem sempre tem” (Entrevistado 16).

O Serviço de Triagem, através das assistentes sociais, desenvolve um trabalho de caracterização social com o usuário que procura a instituição, porém esses dados segundo a equipe, não são muito bem utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde:

“...tem uma falha na parte do trabalho, a questão do pouco aproveitamento da Secretaria Estadual e da Secretaria Municipal dos dados que são coletados aqui.... ele poderia contribuir muito mais(o Serviço de Triagem), o trabalho que a gente faz aqui de orientação, que o paciente é atendido, encaminhado e orientado a onde procurar os recursos adequados” (Entrevistado 8).

No Serviço são disponibilizados os dados estatísticos para a Seção de Serviço Social da instituição, onde é feito anualmente um estudo tanto da caracterização social do indivíduo, como também dados relativos à procedência dos usuários que procuram atendimento nesta instituição. Os dados atuais mostram que a maior procura por atendimento nesta instituição se referem à pacientes provenientes do município de Goiânia.

A equipe considera a co-responsabilidade do indivíduo no seu próprio processo saúde-doença e quando capaz, ele participa das decisões.

“...O paciente chega sem informações, a gente faz todas as orientações pra ele e ele vai tomar as providências..... através da triagem que ele tem um bom atendimento, e a satisfação do cliente a respeito do atendimento vem de uma boa orientação..... o paciente chega perdido e a gente dá o encaminhamento, para onde que ele vai, o que fazer qual a direção a tomar” (Entrevistado 18).

O novo modelo assistencial adotado no Brasil requer uma melhor organização do sistema de saúde com maior eficiência, eficácia e efetividade dos serviços. Nesse sentido, estão sendo incluídas questões com a possibilidade de acessibilidade com cobertura universal nos serviços de saúde com qualidade e em

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

quantidade, para satisfazer as reais necessidades da comunidade. Essa percepção foi manifestada pela equipe do Serviço de Triagem:

“..A rede está se organizando na questão de exames e atendimento..... hoje a demanda é muito menor porque as pessoas já têm o modelo de referência, que elas vão ser atendidas primeiramente na unidade mais próxima de sua residência e depois é que vêm pra cá. Mas ainda tem aquela cultura daquele modelo de saúde que é do hospital, que há muitos anos foi objetivado, aquela coisa de que só o hospital que resolve o problema do usuário e hoje é um novo modelo” (Entrevistado 19).

“...aqueles casos que não são graves que não é de emergência e não precisa ser resolvido naquele momento, esse paciente são encaminhados ao posto de saúde, cerca de 100% são resolvidos, quem precisa de um suporte de um hospital, eles encaminham para o hospital” (Entrevistado 10).

“Se você encaminhar pra nós a gente vai atender. Mas o peso que o seu encaminhamento tem para o Posto, para a Unidade Primária, às vezes o paciente chega lá e se sente abandonado, ele fica meio perdido, eles não querem ir” (Entrevistado 7).

Os sujeitos relatam que é necessário maior credibilidade nos encaminhamentos feitos pelo Serviço de Triagem às unidades básicas de saúde, pois somente assim o usuário sentirá que existe a resolutividade na unidade primária ao ser encaminhado de volta. Hoje o protocolo de encaminhamento do serviço é exigido para qualquer confecção de boletim de atendimento no HC/UFG, nos setores da emergência/urgência tanto da pediatria como do adulto, na maternidade, ortopedia, oftalmologia, otorrino e dip (pronto atendimento de doenças infecciosas). Para o agendamento de consultas ambulatoriais com especialistas no HC/UFG é também necessário a avaliação e encaminhamento da Triagem.

5.3 – Estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS

Nessa categoria foram trabalhadas as recomendações dos sujeitos do estudo, no que concerne as estratégias consideradas importantes para o redirecionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, como forma de viabilizar os seus princípios e diretrizes.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma nova organização dos serviços de saúde, implica na utilização de recursos que possam viabilizar o sistema de saúde de uma maneira que haja uma nova estrutura organizacional, que assegure o acesso universal aos serviços de saúde e promova transformações nas práticas assistenciais.

A criação de serviços que tenham por finalidade inserir e acolher o usuário no sistema de saúde é uma estratégia importante, conforme explicitados pelos sujeitos:

“...se cada unidade dessa tivesse um serviço de triagem, o usuário sairia muito mais satisfeito.....não seria apenas uma negativa do serviço que o usuário entende que aquela unidade não esta querendo prestar a assistência” (Entrevistado 5).

“...enquanto a gente não conseguir colocar essa coisa de acolhimento, de triagem em todos os momentos, em todos os papéis, um dos sofrimento do paciente é grande, segundo que ele busca uma coisa que ele não vai ter, que ele busca atendimento imediato, imediato é uma coisa, urgência é outra coisa, emergência outra coisa” (Entrevistado 7).

Para Lopez (1984), urgência é a situação de saúde na qual o tratamento precisa ser iniciado dentro de poucas horas, pois pode existir o risco de evoluir para complicações mais graves, enquanto que a emergência é expressa por sinais e sintomas que apresentam risco de vida iminente, devendo assim iniciar o tratamento de imediato. Contudo, o usuário muitas vezes não entende dessa maneira, acha que o seu problema é mais urgente e importante do que qualquer outro. Dessa forma um serviço com pessoas capacitadas para fazer essa avaliação, sem dúvida, poderá contribuir para que a assistência seja prestada de acordo com as necessidades individuais.

“...que todo lugar tivesse que ter triagem, não sei como seria dentro de um posto de saúde, mas pudesse chegar a esse caso, esse caso da para marcar consulta para daqui um mês, esse caso é caso para ser atendido agora, esse caso é referenciado para o hospital..... tinha que ter um serviço de acolhimento e já ali uma pré-triagem ou uma triagem.....pro sistema todo funcionar ter triagem em todos os locais, serviço de acolhimento e triagem juntos” (Entrevistado 7).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento atual, o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização. Esta proposta enfrenta o desafio de mudanças no modelo de atenção e conseqüentemente no modelo de gestão. Há valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa nova política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004b).

Nesse documento o Ministério ressalta “Queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado, organizado”(BRASIL, 2004b, pág.9).

Os sujeitos relatam que neste processo de pactuação democrática e coletiva, Serviços de Triagem devem ser criados e que o Sistema de Saúde se organizem para dar condições de atendimento:

“é indispensável um trabalho de triagem em qualquer unidade de um serviço público onde se mexa com grande volume de atendimento” (Entrevistado 6).

“...Hoje a triagem é muito importante dentro de qualquer organização, principalmente dentro do setor público” (Entrevistado 3).

“...Se houvesse mais triagem em outros hospitais, por exemplo o HUGO, ...a sobrecarga do HUGO é muito grande, havia necessidade de ter um serviço de triagem... fosse mais direcionado o trabalho,funcionaria mesmo” (Entrevistado 8).

O usuário precisa ser informado sobre quais serviços são oferecidos por aquela unidade de saúde, porque a resolutividade do atendimento está diretamente relacionada com a capacidade tecnológica e corpo clínico de cada uma.

“...nós temos de transmitir ao usuário, que a rede está se organizando dessa forma, exatamente para poder dar o melhor atendimento. Uma rede especializada em tais serviços e por isso existe uma rede aonde ele vai ser atendido da mesma forma só que em outra unidade com a mesma qualidade e com a mesma atenção..... isso vem fortalecer os princípios do SUS” (Entrevistado 5).

A implantação do Serviço de Triagem, Hospital das Clínicas em Goiânia, segundo relato do entrevistado, poderá subsidiar o redirecionamento das

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

atividades para outras regiões do estado e ainda contribuir para a organização de todo o serviço de saúde:

“...poderá contribuir muito como experiência para que outras regiões do estado de Goiás,.... nos vamos ter várias outras unidades dentro do estado e que precisaram ter um serviço semelhante a este e que vai reorientar todo o atendimento dos usuários do SUS com uma melhor resolutividade para todas essas ações que hoje são contempladas dentro do sistema” (Entrevistado 5).

Porém, outros sujeitos do estudo ponderaram que se houvesse uma triagem ou uma regulação a partir da rede básica, os Serviços de Triagem, em instituições mais complexas, seriam desnecessários, e consideraram que o Sistema de Saúde deveria atender a todos sem triagem:

“...Agora o ideal é que o serviço funcione de uma forma onde a triagem ela já ocorra em nível da atenção básica, ou em nível de um sistema de regulação, uma central de regulação de urgências..... se houvesse é essa combinação de uma regulação da atenção básica das pequenas urgências com uma regulação das urgências de média e alta gravidade,.... seria uma um sistema de triagem ampliado” (Entrevistado 2).

“O ideal era que não houvesse a necessidade de serviço de triagem, que pudesse atender a todos da melhor forma possível, sem necessidade de estar fazendo primeiro essa seleção inicial..... mas é coisa pro futuro” (Entrevistado 3).

É preocupação de todos os sujeitos da pesquisa que os gestores, responsáveis pelo Sistema de Saúde, informem como funcionam as unidades de saúde, em que momento procurar por atendimento e que façam uma divulgação, através dos meios de comunicação, desses serviços, inclusive o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas, à comunidade, porque muitas vezes essas informações mesmo ainda que disponíveis, não atingem o público e ainda se restringem às unidades gestoras ou prestadoras de saúde, como relatam:

“...divulgamos isso na imprensa (Serviço de Triagem), fizemos vários trabalhos, mas isso não é o ideal. Tem que ser feito um trabalho mais organizado à nível de unidades básicas de saúde, divulgação nas comunidades, mesmo nas reuniões de bairros, que é fundamental como funciona o sistema..... a divulgação desse tipo de trabalho, não é a realizada de forma muito organizada dentro da comunidade. Na verdade

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

ela fica restrita as unidades gestoras e a unidades prestadores de serviços (Entrevistado 6).

“Da próxima vez tinha que ter ou alguém do serviço que possa fazer essa orientação ou uma campanha mesmo, campanha de televisão, de mídia, rádio, jornal, qual é o melhor momento que se pudesse ter que levar..... uma campanha educativa, uma forma do serviço se organizar que as pessoas precisam aprender o quê que é ir para um Serviço de Saúde, em que momento..... campanhas ou esclarecimentos pra população, no jornal, ou mesmo um folder, de como funciona, o que é grave” (Entrevistado 7).

No início da implantação do Serviço de Triagem, em 1998, foram utilizados os recursos da mídia, porém não houve por parte da Secretaria Municipal de Saúde um trabalho de base com as unidades, sobre o serviço. Ainda há dificuldade, neste sentido, mesmo o Serviço de Triagem pesquisando diariamente para saber os serviços disponíveis e funcionantes daquelas unidades. O que temos visto são usuários retornando a essa instituição sem ter tido o seu problema de saúde resolvido por aquela unidade para qual foi encaminhado. Dessa forma, há que se trabalhar melhor a integração entre os serviços saúde.

“panfletos foram trabalhados, mas precisa ser mais trabalhados em meios de comunicação em massa , como a televisão, em rádio e acho ainda que nós não chegamos nela” (Entrevistado 6).

“há necessidade que haja esse aperfeiçoamento essa integração maior em todos esses níveis de atendimento” (Entrevistado 3).

A referência e contra-referência foram aspectos referidos pelos sujeitos, principalmente quando acontece de maneira inadequada. Esse é um dos grandes problemas enfrentados pelo Serviço de Triagem: a referência inadequada. Isso acontece quando os profissionais encaminham o doente diretamente para o hospital de referência, sem conhecer como funciona a hierarquização dos serviços de saúde, bem como atendimentos ambulatoriais e de urgência/emergência desta instituição.

“os médicos geralmente do SUS, do CAIS, mandam e falam que é para ser atendido na emergência e é caso de ambulatório, é o que acontece aqui na Triagem” (Entrevistado 12).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os atendimentos ambulatoriais são agendados por telefone, não havendo necessidade do usuário se dirigir pessoalmente à unidade referendada. Na própria unidade ele marcará e agendará a sua consulta para especialidade.

Serra (2003), considera que a construção de sistemas de referência e contra referência adequada significa que existe uma disponibilidade dos gestores de saúde em proporcionar atenção integral à comunidade, buscando dessa forma concretizar o princípio da integralidade. Porém, ainda existem dificuldades quanto à operacionalização da mesma.

“Só atendendo doente referenciado, começa a chegar doentes que não condizem com que se espera deles com esse atendimento, também gera desgastes pro serviço de atendimento de urgência, às vezes sobrecarregado, com dificuldade, começa atender casos que não são de urgência e emergência que poderiam ter sido resolvido numa unidade de menor complexidade e isso gera desgaste, gera desmotivação dos profissionais, gera conflito às vezes entre o profissional médico que vai atender com quem está fazendo a triagem... a outra triagem (Cais) deveria ser feita dos doentes referenciados às vezes não é feita de forma adequada” (Entrevistado 3).

“O problema é que vêm os encaminhamentos errados, coisas que não é do pronto socorro traz algum transtornos pra gente, porque o paciente vem para resolver seu problema e muitas vezes não consegue porque não depende só da gente” (Entrevistado 13).

“...a gente possa ter um momento de triagem....em cada etapa desse sistema.. coisa de fortalecimento, feedback, referência e contra-referência. Enquanto que os encaminhamentos pros CAIS não tem peso garante que a sra vai ser atendida naquele CAIS, o serviço fica muito sofrível, muito solitário, muito sem aceitar a vinda dele” (Entrevista 7).

O sistema de referência e contra-referência deve ser resolutivo na medida em que um encaminhamento de saúde para outra unidade procure atender às necessidades dos usuários, na sua atenção integral, utilizando critérios técnicos e protocolos já estabelecidos. Este procedimento tem como objetivo contemplar o princípio da hierarquização por nível de complexidade (BRASIL, 2004b).

Para avançar na organização dos serviços de saúde é preciso ter mais critério no momento em que for fazer a referência, pois do contrário o serviço, bem como a instituição na qual o usuário foi encaminhado cairão no descrédito da

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

população. A consequência da referência adequada permitirá uma resolutividade maior tanto por parte do serviço, quanto dos profissionais que tentam resolver os problemas da sua comunidade, garantindo assim uma continuidade positiva da assistência.

Informação prestada pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia é que com a implantação de Serviços de Acolhimento nas unidades básicas, a resolutividade na rede básica de saúde alcançaria 85% e os encaminhamentos para os serviços mais complexos 15% (GOIÂNIA, 2004).

O que também deveria acontecer conforme, ressaltam os entrevistados, é uma retroalimentação das unidades de saúde com o Serviço de Triage. Evitaria desgastes para o usuário, equipe e também instituição, pois, o serviço recebe toda a demanda referenciada da rede básica, bem como a demanda espontânea do município, demais regiões e até do próprio hospital.

“a nossa triagem ela tem um papel muito importante, mas ela não faz regulação e não recebe essa retroalimentação das unidades de saúde onde são encaminhados os pacientes.....a estruturação lá onde tá sendo referenciada deveria tá retroalimentando vocês constantemente, oh! Ta tudo bem aqui, ta funcionando mesmo e tal” (Entrevistado 6).

“...a gente recebe a sobrecarga do hospital e tem que ter respaldo para isso, tanto da parte da rede básica, quanto até do próprio hospital” (Entrevistado 8).

Outra estratégia ressaltada pelos sujeitos, no tocante a orientações gerais fornecidas pelo Serviço de Triage, foi quanto a procedimentos básicos em caso de necessidade de um atendimento de saúde e em que momento ela deve procurar por essa assistência:

“A gente tinha que ter um papel de feedback pra população de mostrar que ela pode fazer, a primeira triagem lá em casa. O que ela tem que correr para o Pronto Socorro o que ela pode aguardar, o que ela pode observar, o que ela tem que fazer.... a gente possa fazer num momento de discussão ou na unidade de saúde, ou então campanhas mesmo. Quando procurar a unidade” (Entrevistado 7).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O serviço de triagem aqui em Goiânia é muito importante pelo fato de agente ser referência e poder estar ajudando a população de todas as formas” (Entrevistado 15).

Entre as estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS, relacionadas à Triagem, podem ser citados a recepção com acolhimento, atendimento humanizado, a referência e contra-referência, a retroalimentação e as orientações gerais quanto a procedimentos básicos em casos de necessidades.

A identificação de estratégias é fundamental para proceder redirecionamento de atividades, devendo ser consideradas as ponderações oriundas tanto do pessoal interno quanto externo ao serviço.

5.4 – Percepções do usuário quanto ao atendimento recebido no Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas

Nesta categoria foram abordadas as percepções dos usuários quanto ao atendimento recebido no Serviço de triagem. Aspectos como satisfação, rapidez no atendimento, resolutividade, humanização foi destacada pela maioria dos usuários. Contudo alguns ressaltaram insatisfação quanto aos encaminhamentos a outras unidades de saúde e demora nos agendamento de consulta para especialidades.

O Serviço de Triagem, onde o estudo se realizou, estabelece critérios para assegurar prioridades e a humanização da assistência, avaliando o indivíduo de forma integral, para identificar o tipo de atendimento necessário.

Esta modalidade de assistir está em consonância com o paradigma científico emergente, onde homem e mundo se interagem.

Segundo Capra (1982), o indivíduo deve ser visto como um todo, necessitando estar em sincronia consigo mesmo em todos os aspectos, físico, mental, espiritual e com o mundo, uma vez que a doença é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia destes, resultando em uma manifestação biológica de enfermidade. A abordagem holística ressalta que assistência à saúde consiste em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico do indivíduo, família e comunidade.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este modo de abordagem na maioria das vezes gera satisfação para o usuário.

“Gostei bastante, as pessoas são atenciosas, além disso são rápidas, compreensivas e procuram nos ajudar da melhor maneira possível. Estou me sentindo em casa, a gente sente que não é uma coisa de aparência” (Usuário 17).

“Gostei do atendimento. Porque ela (enfermeira) me atendeu tão bem, por exemplo antes de eu chegar na Triagem tinha uma pessoa que me orientou a entrar lá, quando entrei, ela me acalmou parece que até a dor aliviou um pouco, me tratou super bem” (Usuário 36).

De acordo com Ware *et al.* apud Trad *et al.* (2002, p. 2), “a medida da satisfação dos usuários ou dos pacientes é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde a eles dispensados”.

Donabedian e Pascoe apud Trad *et al.* (2002), consideram que a satisfação dos usuários pode ser analisada conforme o contexto, o processo, o resultado de sua experiência em relação a um determinado serviço. Os níveis de satisfação envolvem um conjunto de elementos tais como um ideal, uma noção de serviço merecido, experiência em serviços similares e um nível mínimo de qualidade prestada no serviço com o propósito de acerto. Logo, a satisfação dos usuários está relacionada com o julgamento das características dos serviços ou seja sobre a sua qualidade.

As falas ressaltaram rapidez, a humanização no atendimento, que quase sempre estão relacionadas com a atenção prestada pelo profissional ao usuário.

“Gostei bastante porque foi rápido, eu cheguei passando mal sentindo uma cólica e eles me atenderam rápido passou na frente, já encaminhou” (Usuário 44).

“são pessoas alegres até, quando a gente chega está pra baixo, elas levantam o auto estima da gente” (Usuário 46).

A enfermagem faz parte da equipe do Serviço de Triagem e de acordo com Magalhães *et al.* (1989), a enfermagem tem como características habilidade na observação, percepção e capacidade de comunicação o que auxilia no atendimento e facilita interação entre profissional e usuário.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O bom atendimento, boa recepção e tratamento cortês, satisfazem o usuário mesmo que seu problema não tenha sido resolvido.

“Foi bom, rápido, meu problema de coluna e que é grave” (Usuário 46).

“Fui bem atendida. O exame foi feito direitinho, foi rápido, não tenho reclamações” (Usuário 4).

“Todas às vezes que eu venho aqui eu sou bem atendida, não tenho nada que desabone o atendimento daqui, eu nunca tive nenhum aborrecimento aqui, todos me atendem bem aqui” (Usuário 6).

Quando falamos sobre resolutividade defendemos que todo o cidadão tenha à sua disposição recursos necessários, sejam eles humanos ou materiais, para a manutenção da saúde e preservação da vida.

Segundo Almeida, Chioro, Zioni (2001), *“o hospital deve ter a capacidade de dar respostas efetivas aos agravos de saúde de seus usuários com resolutividade diagnóstica e terapêutica no tempo ótimo que o caso exija, eliminando ou diminuindo o sofrimento, os riscos e promovendo a recuperação e cura. Os autores colocam ainda que o desafio do hospital público é garantir o acesso à assistência resolutiva”*.

“Gostar eu gostei. Porque foram educados, o problema é que não tem médico para atender agente aqui e ai agente tem que ser encaminhado a outro lugar” (Usuário 20).

“A minha filha sai curada, nunca sai daqui sem eles darem o diagnóstico certinho” (Usuário 3).

Logicamente, o diagnóstico a que se refere o usuário acima, trata-se de conduta adequada tomada no momento oportuno.

Na Triagem a avaliação técnica das condições do paciente faz-se no momento da consulta de enfermagem através do exame físico, a enfermeira procura identificar os sintomas, fazendo uma avaliação precisa e concisa sobre o estado de saúde do paciente, tomando a conduta adequada no tratamento.

“A enfermagem deu uma olhada nos sintomas todos e olhou onde estava meu problema” (Usuário 64 e 4).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Ótimo, gostei sim. Porque fui bem atendido, bem rápido e eficiente o serviço, a enfermeira atendeu bem, nenhuma queixa a fazer” (Usuário 25).

“Fui bem atendida. O exame foi feito direitinho, foi rápido, não tenho reclamações” (Usuário 4).

Muitos usuários esperam resolver o seu problema no próprio local, entretanto o encaminhamento para outra unidade de saúde, pode ser a melhor conduta que a equipe adota conforme o caso. Porém, o usuário tem a percepção que o serviço encaminha para outras unidades por falta de profissionais.

“Gostar eu gostei. Porque foram educados, o problema é que não tem médico para atender a gente aqui e aí a gente tem que ser encaminhado a outro lugar, o atendimento aqui foi rápido e todos me atenderam” (Usuário 20).

Ramos e Lima (2003) abordando acesso e acolhimento, afirmam que o usuário pode optar pela unidade de saúde que tenha além do acesso facilitado e que faz um bom acolhimento, mesmo que este exija um deslocamento maior. Porém nem sempre isto é o que acontece. Um dos fatores que devem ser levados em conta na escolha do serviço é a espera pelo atendimento, desde a sua chegada à instituição. A busca por profissionais competentes para o atendimento, a confiança na experiência e a capacidade dos membros da equipe de saúde, tem grande influência também na escolha quanto ao serviço a ser procurado.

No Serviço de Triage pesquisado, seguem relatos de mau atendimento.

“Aqui não gosto porque ela nem mediu minha pressão pra ver se esta baixa ou alta, pra ver se o caso é urgente ou não, apesar de que eu sei bem qual é a minha pressão” (Usuário 60).

“Não gostei do atendimento. Porque venho sentindo uma dor fortíssima chego aqui só tem agendamento, agenda pra mais de 30 dias, chega no dia o médico não está, viajou” (Usuário 60).

Para muitos usuários, a falta de resolução do seu problema na unidade reflete em um mau atendimento. Os agendamentos nesta unidade para consultas de especialidades são destinados aos casos que exijam um tempo menor de

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

espera, mais complexos e até mesmo cirúrgicos. Mas para o usuário o seu problema sempre será considerado uma emergência.

Em uma pesquisa nacional intitulada "A Saúde na opinião dos Brasileiros" feita pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizada em 2002, mostrou que a falta de médicos, enfermeiros, hospitais, postos de saúde, demora na marcação de consulta e no atendimento aparecem como principais motivos de insatisfação entre as pessoas que recebem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado mostra que a qualidade do atendimento prestado pelos profissionais do SUS é motivo de satisfação dos usuários. Nos atendimentos de alta complexidade, como tratamento do câncer, cirurgia cardíaca entre outros 80% dos entrevistados avaliaram o serviço como bom ou excelente (BRASIL, 2003c).

"Cada dia que passa está ficando pior o hospital do SUS, cadê esse dinheiro do CPMF, se todo esse dinheiro fosse investido na saúde, acho que estaria bem melhor" (Usuário 26).

Com a descentralização plena nos municípios o SUS através de seus princípios e diretrizes pode-se reverter os indicadores de saúde, a resolução dos problemas de saúde bem como a satisfação da população, pode provar que o sistema de saúde é viável (Souza 1998).

"Apesar de ser um hospital do SUS o atendimento foi ótimo" (Usuário 7).

Geralmente as pessoas associam os serviços particulares como de melhor atendimento quando comparável ao serviço público. Do mesmo modo há um falso preconceito sobre os profissionais que atuam neste serviço, como a desatenção, falta de interesse ou até falta de profissionalismo. Porém essa afirmação nem sempre é verdadeira, se considerarmos que também nos serviços privados que atendem por ordem de chegada, a espera muitas vezes é maior do que no serviço público.

"As pessoas que atendem ficam nervosas e dão respostas que as pessoas não merecem" (Usuário 30).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

O papel do usuário no contexto do sistema de saúde, merece destaque importante, uma vez que por meio dele se aborda a qualidade de serviços de saúde.

Ramos e Lima (2003), destacam a importância do acesso e acolhimento como elementos essenciais no atendimento do indivíduo e coletividade. A falta desses serviços nas unidades de saúde tem relação direta com a baixa resolutividade. O que tem sido visto são filas extensas à porta dos grandes hospitais, demanda reprimida, comercialização de lugar na fila de espera, mau atendimento. Eles afirmam que estes elementos devem ser considerados na reorganização dos serviços.

Na Triagem do HC o paciente é avaliado através de um processo sistematizado do atendimento. Este fato facilita o acesso a outras unidades de saúde, estabelece vínculo, compromisso, contribui para redução do tempo esperado no serviço e procura de forma integrada com a rede básica de saúde, garantir a resolutividade dos problemas da comunidade.

Leite *et al.* (1999), quando buscaram reorganizar serviços, admitiram a necessidade de ouvir os usuários e resolver os seus problemas de saúde na medida do possível.

Ao agendar consultas o serviço humaniza a assistência, facilita o acesso efetivamente, prioriza casos mais graves e diminui o atendimento na emergência.

A consolidação do SUS é o principal desafio dos gestores, através da organização dos serviços, assistência à saúde e acesso dos cidadãos aos serviços (CONFERÊNCIA NACIONAL, 2003).

Outro aspecto que o usuário relata é a dificuldade nas unidades básicas:

“O atendimento aqui é bom. Achei ruim foi o atendimento do Cais, lá me furaram todinho, me deixaram todo furado, sendo que o remédio não era para diabetes, depois de mais de uma hora lá não tinha remédio para abaixar diabetes, quem precisa do Cais morre mesmo” (Usuário 12).

“Aqui é muito legal e tem lugar (rede básica) que agente vai e não atendida desse jeito, gastam horas para me atender, porque minha vida é essa em hospital, fui operado 2 vezes e é uma tristeza toda vez que tenho de vir ao hospital” (Usuário 39).

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Malta *et al.* (2002), o acolhimento implantado em uma unidade de saúde de Belo Horizonte surgiu mediante reflexões e mudanças na forma como se organizavam os serviços de saúde, resgataram o conhecimento técnico das equipes, possibilitando a intervenção de vários profissionais da saúde na assistência.

Leite *et al.* (1999), relatam que o acolhimento é uma triagem humanizada, isto é, numa triagem tradicional seleciona-se os que precisam da consulta e se dispensa os outros pacientes, porém no acolhimento estes outros são ouvidos e seus problemas resolvidos na medida do possível. Acolher deve configurar-se como uma prática na qual o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial.

Hortale *et al.* (2000), afirmam que a definição de acesso tem sido problemática, na medida em que existem autores que a utilizam e não explicitam as suas dimensões e os planos de sua operacionalização. Para alguns, os termos acesso, acessibilidade e disponibilidade são sinônimos, enquanto que outros consideram como indicadores, a exemplo da disponibilidade. Na verdade ter acesso ou entrar no sistema constitui, um dos objetivos das políticas de saúde.

Porém muitos usuários alegam como dificuldades de acesso, um conjunto de fatores que podem estar relacionados, tais como a quantidade de usuários para serem atendidos num mesmo local aumentando o tempo de espera, distância, recursos humanos e materiais deficitários. Existem também serviços que apesar de disporem de recursos, não os tornam acessíveis, significando que disponibilidade nem sempre implica em utilização.

Um sistema de saúde descentralizado será, sem dúvida, mais acessível aos usuários. A maneira como esses serviços são organizados também influencia, na medida que buscam atender as necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde de um indivíduo, resultante de vários fatores tais como condições de moradia, renda, educação, lazer e outros, possibilita que ele tenha melhores condições de participar ativamente do convívio e da construção social de uma nação, bem como contribuir para o seu desenvolvimento pessoal, econômico, social, e conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Os sistemas de saúde tentam otimizar a assistência oferecida à população disponibilizando o conhecimento e tecnologias adequadas, além de atuar no sentido de garantir o acesso aos serviços.

Os países se diferem em suas características históricas, políticas, culturais, além de econômicas e apesar de objetivos comuns em relação à saúde das pessoas, são diferentes na forma de conduzirem suas políticas de saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde, utiliza-se de política descentralizadora, buscando condições necessárias para melhorar o acesso aos serviços, a qualidade da assistência, a participação, e a equidade como pressupostos básicos para atender ao preceito Constitucional de saúde como direito de todos e dever do estado.

Vigente há aproximadamente duas décadas, o Sistema Único de Saúde, modificou a forma de assistir no país e para isso instituiu princípios e diretrizes que norteiam a sua operacionalização. Tal como em qualquer outro ramo de atividades, seu desenvolvimento inclui avanços e adaptações na sua rede de assistência.

As instituições de saúde precisaram se organizar para atender a todos. Com essa finalidade, no final da década de 90, o HC/UFG procedeu a sua reorganização interna e entre outras adaptações, naquele momento foi criado o Serviço de Triagem, coordenado e operacionalizado por enfermeiras. O Serviço reveste-se de importância à medida que contribui para o resgate da cidadania, acolhimento, avaliação do estado de saúde do usuário promovendo encaminhamentos adequados.

A Triagem contempla os princípios e diretrizes do SUS, traduzidos principalmente no desenvolvimento de ações que coadunam universalidade da assistência, integralidade, equidade, resolutividade e descentralização.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação do usuário quanto ao serviço implantado no Hospital das Clínicas está relacionada com as características facilitadoras do atendimento e pela qualidade dos serviços prestados. A responsabilidade, vínculo e abordagem dos utentes como sujeitos de todo o processo de recuperação, resolução e integração ao sistema de saúde são práticas assistenciais que devem ser desenvolvidas no serviço com intuito de manter a qualidade de vida e resgatar a saúde como direito de todos.

O Serviço de Triagem também tem como objetivo informar a população sobre os níveis de hierarquia das ações de saúde e orientar o indivíduo a buscar atendimento no serviço adequado e mais próximo de sua residência. Sua implantação aconteceu no mesmo período do processo de Municipalização em Goiânia.

Desenvolver o processo de construção da organização hospitalar e atuar em conjunto com a missão desta instituição, faz parte do serviço. O modo de fazer a reorganização institucional depende, sem dúvida, da participação de todos os sujeitos, profissionais de saúde, gestores, usuários, enfim da comunidade, na discussão para formar um modelo de assistência que seja acessível a todos, promovendo uma integração. O grande desafio é pensar propostas de trabalho que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A discussão acerca da missão hospitalar principalmente em relação ao seu perfil assistencial, tem sido objeto de estudo de muitas instituições brasileiras. O volume de atendimentos primários e não emergenciais que sobrecarregam os pronto-socorros hospitalares, sobrecarga dos ambulatorios, a precariedade dos recursos materiais, bem como o déficit de recurso humano, tem sido bastante discutido no novo modelo assistencial.

Promover a tão esperada humanização e respeito aos usuários não deve ser utopia no serviço público de assistência e sim fazer parte de todo o processo de saúde como direito de todos.

A Triagem tal como ora implementada trabalha na linha do acolhimento preconizada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, para que se transforme em Serviço de Acolhimento utilizando a classificação de risco, a resolutividade deve ser melhorada, principalmente no que se refere ao atendimento de

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

urgência/emergência da instituição em estudo. Neste sentido, seria recomendável a implantação de outras unidades de saúde da rede básica que fizesse o primeiro atendimento de emergência, próximo ao Hospital das Clínicas, bem como o seu funcionamento vinte quatro horas, para atenuar as dificuldades encontradas pelos usuários.

Como as estratégias que contribuem para o redirecionamento do SUS, relacionadas com a Triagem, podem ser citadas a recepção com acolhimento ao usuário, atendimento humanizado, referência e contra referência adequadas, a retroalimentação e as orientações quanto a atendimentos básicos, em caso de necessidades.

Pensar, hoje, um novo sistema de saúde, no qual o cliente é o centro da atenção, constitui-se num novo paradigma, centrado no sujeito das ações de saúde e não na doença. Certamente, este modo de cuidar será traduzido tanto na melhor qualidade da assistência quanto na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabíola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia F; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001. p.13-50. (Acadêmica, 37)

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio/jun. 2003.

AZEVEDO, Creuza da Silva; CAMPOS NETO, Braga Francisco; SÁ, Marilene de Castilho. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./fev. 2002.

BARBOSA, Maria Alves et al. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 574-576, set./out. 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLLI FILHO, C. **A história da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2002.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectiva atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, p. 380-98, 1996.

BORDIN, Ronaldo et al. **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: UFRS, 1996. 144p.

BOTH, Cristiane Tovo. A importância da triagem em serviços de emergência. **Mom.& Perspec. Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 1/2, p. 25-26, jun./dez. 1990.

BRASIL. **Plano quinquenal de saúde 1990/95: a saúde do Brasil Novo**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996a, 24p.

_____. **Portaria nº 2203 de 1996**. Dispõe sobre a norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1996b.

_____. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília, 1998. p.7-13.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite. **Manual do conselheiro de saúde**. Goiânia: SES-GO, 1999. p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Brasil: contas em AIDS, gasto público federal em 1997 e 1998 e estimativas do gasto nacional em 1998**. Brasília, 2000a. 96p. (Série Avaliação 2).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Legislação federal e estadual do SUS: SUS é legal**. 2000b. p.11-57.

BRASIL. **A NOAS passo a passo**. Brasília: 2001. Nota Técnica.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília, 2002a. 72p. (Série B Textos Básicos de Saúde).

_____. **A prática do controle social: Conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, 2002b. p.60.

_____. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde**. Brasília, 2003^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente em Controle Social**. Brasília, 2003b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Saúde na opinião dos brasileiros- Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 2003c.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 33. ed. São Paulo: Saraiva, 2004a. p. 127-128.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização-HumaizaSUS. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS: textos Básicos de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2004b.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Gimenez Brígida; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ABRASCO, Edit; ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antônio; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. 268p.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Wagner Gastão de Sousa. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.507-515, abr./jun. 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: AGIR em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 293-319.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D. A educação em saúde na prática. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001, p.34-42.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Eqüidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 173-180, 2002.

_____. **O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COLLET, Neusa; ROSENDO, Célia Alves. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p.189-192, mar./abr. 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978. **Cuidados primários de saúde**. Brasília: OMS, 1979.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 4., 1998, Goiânia. **O SUS é saúde total de tudo para todos**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 1998.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 5., 2001, Goiânia. **Controle Social no SUS: construindo para conquistar saúde**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 6., 2004, Goiânia. **Consolidando o SUS com controle social**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2002, Brasília. **O Brasil falando como quer ser tratado, efetivando o SUS, acesso, qualidade e humanização na atenção com controle social: relatório final**, Brasília, 2002.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-15, 2001.

CORDONI Junior, Luiz. Sobre a organização do nível central dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, out. 1988.

DESCENTRALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/sus/textos>. Acesso em: 26 fev. 2004.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DORIS, Nelson. **Enfermagem em emergências**: triagem e avaliação. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. p. 38-48.

DOURADO, C. E. **Relatório Gestão 1994-2001 do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**. Goiânia: UFG, 2002.

ESCOREL, Sarah. Exclusão Social e Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 38-52, junh/1994.

ESCOREL, Sarah; LUCHESE, Patrícia. XI Conferência Nacional de Saúde: algumas primeiras impressões. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.102-106, set./dez. 2000.

ESTRADA, E. G. **Sistema de triagem**: clínicas de enfermagem da América do Norte. Rio de Janeiro: [s.n.], 1981, p.16-23.

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

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Almeida de Campos. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde, **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, DF, v. 54, n. 3, p.466-474, jul./set. 2001.

GENTIL, Rosana Maura; LEAL, Sandra Maria Reis; SCARPI, Jorge Marinho. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo-Unifesp. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 66, n. 2, 2003.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2000. p. 297-309.

GOIÂNIA (GO). Câmara Municipal. Comissão de Saúde e Assistência Social. **Dossiê da saúde**. Goiânia, 1998.

GOIÂNIA (GO). Secretaria Municipal de Saúde. **Modelo de distritalização para Goiânia**. Goiânia, 1997.

_____. **Projeto de humanização e acolhimento. Goiânia, 2004.**

GOIÁS (Estado). Secretaria da Saúde. **Termo de municipalização da saúde do Estado de Goiás**. Goiânia, 1998.

GOIÁS (Estado). Sistema Único de Saúde. **Informativo sobre municipalização**: qual é o papel da Secretaria de Estado da Saúde com a municipalização. Goiânia, 1996.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUALDA, Dulce M. R.; HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre a teoria transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

HORTALE, Alonso Virgínia; PEDROZA, Manuela; ROSA, Maria Luíza Garcia. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p.57-66, set./dez. 2000.

HORTALE, Virginia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan./mar. 1999.

HORTALE, Virginia Alonso; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

KEHRIG, Ruth Terezinha. **Integralidade da atenção à saúde**: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde. 2001. 394 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Joorge St. Aubyn de Figueiredo. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.

LAVALLE, Adrián Gurza. Cidadania, igualdade e diferença. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n.59, 2003.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LEITE, Juliana C.; MAIA, Carmem C. Araújo; SENA, Rosângela Roseni. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, abr./jun. 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC, 1999.

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

LOPEZ, M. **Emergências médicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

LOVALHO, Adriana de Freitas. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **Mundo Saúde**, v. 28, n. 2, p. 160-171, abr./jun. 2004.

LUDKE, M.;André, M. E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LUDWIG, Maria Luiza; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 56(11), p. 12-17, 2003.

LYRA, Tereza Maciel. **O desafio da equidade no SUS**: o uso do sistema de informações hospitalares na avaliação da distribuição da atenção cardiológica de alta complexidade, Brasil 1993-1999. 2001. 98 f. Dissertação (Mestrado)-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2001.

MAGALHÃES, Ana Maria M. de et al. Implantação de um sistema de triagem em unidade de emergência. **Revista HCPA**, v. 9, n. 3 dez. 1989.

MAEDA, Sayuri Tanaka. **Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo gravídico puerperal**: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã. 2002. 185 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho; FERREIRA, Leila Maria; REIS, Afonso Teixeira dos; Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, set./out. 2000.

MENDES, Edóilia Maria Teixeira et al. Revendo estruturas e reorganizando nossa comunicação. **Rev. Bras. Enf.**, v. 53, n. 3, p. 450-457, jul./set. 2000.

MENDES, Heloisa Wey Beti. **Regionalização da assistência à saúde**: análise de demanda ao serviço de urgência/emergência de um Hospital Universitário. 2003. 203 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde; os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C. de O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 334.

MONTICELLI, Marisa; ALONSO, Ilka L. K.; LEOPARDI, Maria Tereza. Teoria de enfermagem transcultural. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: NFR/UFSC, 1999. p.94-102

MOREIRA, Maria de Fátima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. **Comunicação escrita**: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enf.**, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar./abr. 2003.

MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

NERY, M.E. da S; Vanzin, A. S. **Enfermagem em saúde pública**: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1994.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan./fev. 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

_____. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 55, n. 2, p.196-199, mar./abr. 2002.

ROGES, Osborn Pousada. **Enfermagem de emergência**: um manual prático. São Paulo, 1987. p.13-26.

ROLLO, Adil de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: AGIR em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 321-339.

ROSAS, Adriana Diva Quaresma Junqueira. **Programas de saúde reprodutiva da mulher nos anos 90**: a experiência de Volta Redonda/RJ.2002. 126 f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

RUFFINO NETTO, Antonio et al. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 4, out./dez., 1999.

SANTOS, Heleno Carlos do. Triagem- um erro em centros de saúde. **Enfoque**, São Paulo, 18 (1), 20, mar/jul, 1990.

SANTOS, Lenir. **Coletânea de leis e julgados da saúde**: Sistema Único de Saúde. 2.ed. Campinas: IDISA, 2003. 240p.

SCHOUERI, Patricea de Campos Lindenber; SZAJNBOK, Márcia. Grupo de espera- uma nova perspectiva de triagem institucional. **J. Bras. Psiq.**, v. 42, n. 4, p. 215-217, 1993.

SENA-CHOMPRÉ, et al. **O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem**. Belo Horizonte [S. N], 2000.

SERRA, Carlos Gonçalves. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS**: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. 2003. 223 f. Tese (Doutorado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. **Controle social em saúde e cidadania.** Artigo da tese de conferências de saúde; intermediação de interesses no município de Teresina-Pi, apresentado a PUC-SP, novembro de 2001.

SOUZA, José de; SOUZA, Michele de. Pesquisa sobre a Conferência Nacional de Saúde. Florianópolis: Instituto Educacional Luterano de Santa Catarina, maio 1998. Disponível em: <http://www.ielusc.br/inst/enfermagem/estudantes/trabalhos/saúde.htm>. Acesso em: 30 jun. 2003.

SOUZA, Renilson Rechem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n.2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

Trad, Leny Alves Bonfin; Bastos, Ana Cecília; Santana, Edyara de Moraes; Nunes, Mônica Oliveiral. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família na Bahia. **Cienc & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n. 3, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia da pesquisa Clínico-qualitativa:** Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Hospital das Clínicas. **Análise diagnóstica.** Goiânia, 1996.

VAZQUEZ, Maria Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 579-592, mar./abr. 2003.

VECINA NETO, Gonzalo; REINHARDT FILHO, Wilson. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos.** São Paulo: FSP/USP, 1998. v. 12 (Série Saúde & Cidadania). Notas explicativas.

VINHA, Pileggi Vera Heloisa et al. Triagem de pacientes para consulta feita por médicos e enfermeiras. **Bol. Sanit. Panam.**, v. 102, n. 2, 1987.

WEIGELT, Leni Dias. **O Sistema Único de Saúde e os profissionais da saúde de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul, RS:** um estudo sobre recursos humanos no SUS, através das representações sociais. 2001. 109 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade de Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 2001.

ANEXOS

VETOR DE ENCAMINHAMENTO**Serviço de Triagem**

Paciente:

Foi atendido no dia: ____/____/____

Encaminhar ao:

SAMIS

Pronto Socorro

Rede Básica de Saúde

.....

Quadro Clínico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

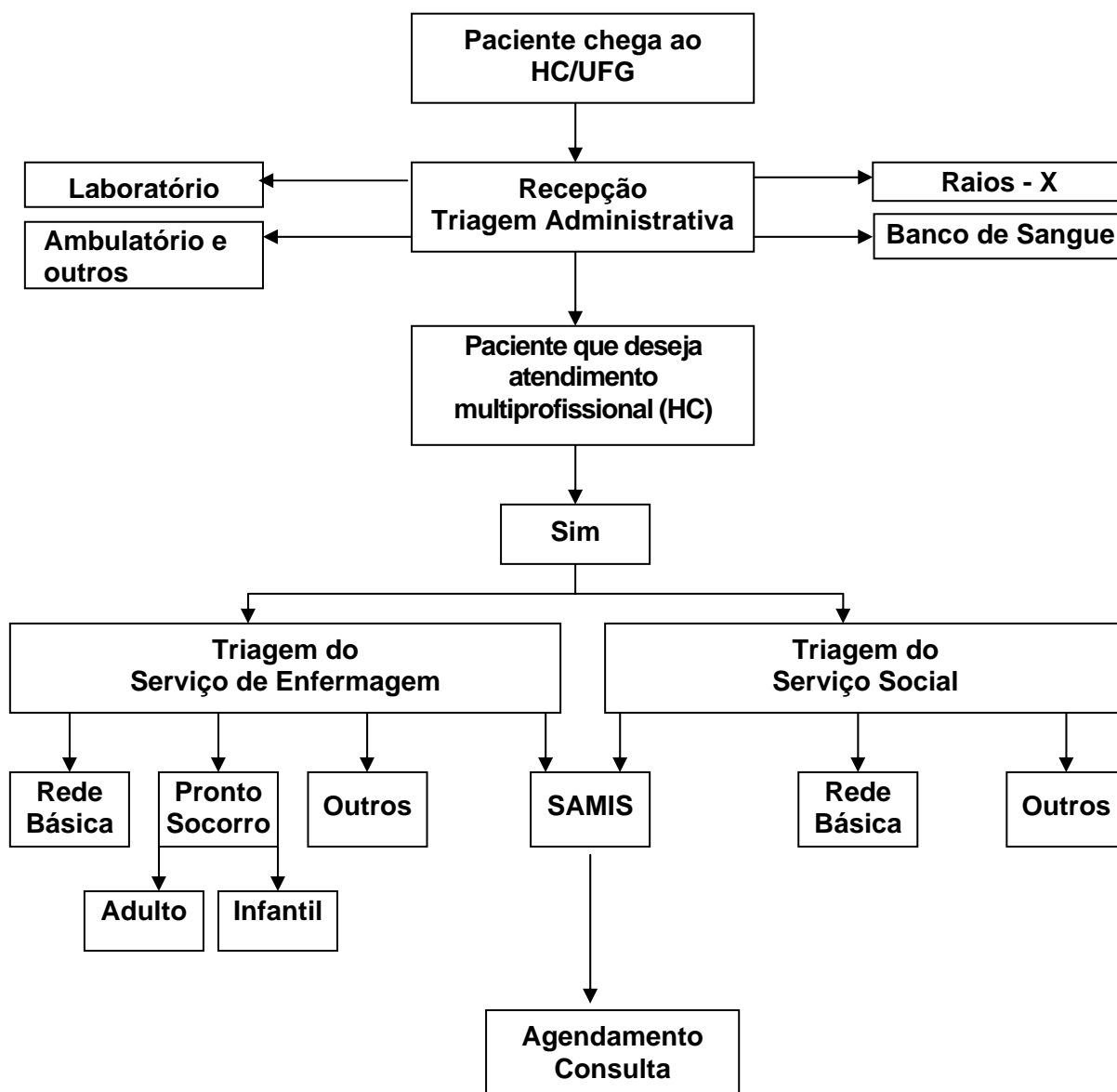
Responsável pelo encaminhamento

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

SERVIÇO DE TRIAGEM

FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE TRIAGEM



Instrumento de Avaliação Do Projeto de Pesquisa

Título: O SERVIÇO DE TRIAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – PROMOVENDO ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL.

Autores: Mestranda Enfa. Jane Mary Rosa Azevedo
Orientadora Profa. Dra. Maria Alves Barbosa

Questionário aos Gestores/ Diretores do HC/UFG / Equipe do Serviço de Triagem

- 1 – O Sr(a). conhece o funcionamento do Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás?
- 2 – Qual a importância que o Sr(a). atribui a um Serviço de Triagem para operacionalização efetiva do Sistema Único de Saúde?
- 3 – O Sr(a). considera que um Serviço de Triagem pode resgatar os princípios e diretrizes do SUS? Por quê?

Jane Mary Rosa Azevedo
Pesquisadora

Instrumento de Avaliação Do Projeto de Pesquisa

Título: O SERVIÇO DE TRIAGEM DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS – PROMOVENDO O ACOLHIMENTO E REORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL.

Autores: Mestranda Enfa. Jane Mary Rosa Azevedo
Orientadora Profa. Dra Maria Alves Barbosa

Questionário feito com os Usuários atendidos no serviço de Triagem:

- 1- Qual são as suas percepções sobre o atendimento recebido por você no Serviço de Triagem do HC/UFG.

Jane Mary Rosa Azevedo
Pesquisadora

ANEXO V

ANEXO VI**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr(a). está sendo convidado a participar do estudo intitulado: "O Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás como resultante da reorganização institucional e promotor do acolhimento", sob responsabilidade da pesquisadora Jane Mary Rosa Azevedo, residente à rua T62, Q 129, Ed, Toulon, Setor Bueno cujo telefone é 2413225. O objetivo geral do estudo foi discutir o Serviço de Triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, como resultante da reorganização institucional, que busca atender necessidades individuais e que se insere na política vigente de saúde.

Garantimos que o Sr(a). não sentirá nenhum desconforto, nem terá riscos ao participar do estudo. Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa, inclui a possibilidade de melhorar a atenção dispensada às pessoas que procuram os serviços de saúde.

Garantimos também o sigilo quanto ao seu nome, bem como o da instituição a que se referir.

O Sr(a). terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento, mesmo após o início do estudo.

Se o Sr(a). concordar em participar do estudo, peço-lhe o obséquio de assinar o presente Termo de Compromisso.

Obrigada, Jane Mary Rosa Azevedo

Eu, (nome do participante, em letras de forma) _____, li e entendi todas as informações que me foram fornecidas sobre a minha participação neste estudo e me foi dada a oportunidade de discutir e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do (a) participante _____

Nome do participante : _____

Data : _____

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o (a) participante acima nomeado (a).

Assinatura do Investigador _____

Nome do Investigador : _____ Data : _____

Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito (se o (a) participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ele/ela).

Nome : _____

Assinatura _____

Profissão/grau de parentesco : _____ Data _____

23.05.2002