

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO**

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DOS SANTOS

**ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A
RELAÇÃO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA E USUÁRIOS DO SUS**

**JOÃO PESSOA/PB
2011**

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DOS SANTOS

**ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A
RELAÇÃO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA E USUÁRIOS DO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa

**JOÃO PESSOA/PB
2011**

MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DOS SANTOS

**ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A
RELAÇÃO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA E USUÁRIOS DO SUS**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa (UFPB)
Orientadora

Prof^o. Dr. Eduardo Sérgio Soares Souza (UFPB)
Membro

Prof^a. Dr^a. Maria das Graças M. Fernandes (UFPB)
Membro

Prof^a. Dr^a. Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa (UFPB)
Membro

Dedico a minha mãe Elizabete de Souza Oliveira, minha eterna amiga, pela presença e apoio, pelo exemplo de vida, pelo amor incondicional e infinito e por toda confiança depositada em mim.

Aos meus filhos Thalita Esther, Ana Laís e Daniel Filipe por participarem das minhas conquistas, e por fazerem parte da minha vida.

Ao companheiro Paulo pelas minhas ausências.

A minha família por acreditar que eu sempre capaz.

Aos pacientes por mim acolhidos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que me forneceu todas as condições para trilhar este caminho, agradeço por me proporcionar a oportunidade de concluir este estudo, pois em todo momento pude contemplar o seu amor;

A minha orientadora, Solange de Fátima Geraldo da Costa, que aceitou orientar-me de braços abertos e por fazer parte da construção deste estudo;

A minha amiga, Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes pelo interesse particular e empenho em me ajudar, pela dedicação e carinho em clarear as dúvidas e incentivadora na minha trajetória acadêmica;

Aos professores Maria das Graças Melo Fernandes, Kátia Neyla de Fretas Macêdo Costa e Eduardo Sérgio Soares Souza, por comporem a banca examinadora e pelas contribuições ao estudo;

Aos meus colegas anestesiólogistas do Hospital Universitário Lauro Wanderley pela colaboração efetiva para concretização desta pesquisa.

Às amigas, Osleuse e Francis, pelo incentivo e por sempre acreditar na minha capacidade de concluir esta jornada;

A minha Irmã Edinete, pelo apoio e pela escuta sensível;

Às amigas Alana Tamar, Isabelle e Jael, pela troca de experiência e vivência de momentos fraternos e acolhedores;

Aos colegas do Curso, pela amizade firmada durante esta caminhada.

“Acolher é encontrar o significado para a própria existência humana é colorir nosso cotidiano com a beleza mais singela dos gestos amorosos, é o lenitivo doce para os momentos de maior sofrimento. É o cálice de esperança que nos reacende o sorriso quando tudo parecia perdido.” (MARIOTTI, 2002, p.9.)

SANTOS, M. F. O. **Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anesthesiologista e usuário do SUS.** 2011. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

RESUMO

Entre as ações de humanização, o acolhimento constitui-se uma importante tecnologia de abordagem ao indivíduo no âmbito hospitalar, pois permite a aproximação e o vínculo dos usuários com os profissionais de saúde. Dada a importância dessa estratégia para a humanização das ações médicas, especialmente no âmbito da anesthesiologia, este estudo buscou o alcance dos seguintes objetivos: investigar a compreensão de médicos anesthesiologistas a respeito da prática do acolhimento; averiguar como os anesthesiologistas percebem o acolhimento na sua prática profissional; identificar a percepção de médicos anesthesiologistas sobre a prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuários do SUS; verificar quais as estratégias adotadas por esses profissionais para humanizar a sua relação com o paciente no momento do acolhimento. Trata-se de um estudo do tipo exploratório que foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por dezesseis médicos anesthesiologistas que atuam na referida instituição de saúde. Desses, doze são do sexo masculino e quatro são do sexo feminino. Os dados empíricos foram coletados por meio da técnica de entrevista, norteadas por quatro questões semiestruturadas, utilizando o sistema de gravação, durante os meses de setembro e outubro de 2010. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HULW. As informações obtidas foram analisadas por meio da abordagem qualitativa à luz da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Em relação ao discurso do sujeito coletivo, em resposta a questão referente à compreensão dos sujeitos do estudo sobre o acolhimento, observaram-se duas ideias centrais: *receber o paciente de forma humanizada* e a *humanização da relação médico-paciente*. Quanto à percepção dos médicos sobre o acolhimento na sua prática profissional, esses nortearam suas falas em torno das seguintes ideias centrais: *uma ação importante para qualificar a assistência médica* e *uma prática que precisa ser melhorada*. Considerando a visão dos anesthesiologistas acerca do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuário do Sistema Único de Saúde, o discurso apreendido dos anesthesiologistas revelou que estes acham a prática do acolhimento *uma abordagem holística do paciente*, bem como *uma estratégia que melhora a relação médico-paciente*. Quando argüidos sobre as estratégias por eles adotadas para humanizar sua relação com o paciente no seu atendimento, suas narrativas organizaram-se a partir das ideias centrais: *observação dos direitos do paciente; comunicação terapêutica; e consulta pré-anestésica*. Dessa forma, constata-se que os médicos envolvidos no estudo, reconhecem o valor do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anesthesiologista e usuário do SUS. Contudo, consideram a necessidade de se melhorar o acolhimento de modo a favorecer a humanização para transformar as práticas do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização. Relações médico paciente. Anesthesiologia.

SANTOS, M. F. O. **Care as strategy for humanizing the anesthesiologist doctor's relationship and SUS users.** 2011. 104f. Dissertation (Master's Degree) - Post-Graduation Program in Nursing. Health Sciences Center. Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2011.

ABSTRACT

Among the humanizing actions, care constitutes an important approach technology devoted to the individual in the hospital scope because it allows the users' nearness and the bond with health professionals. Due to the relevance of this strategy for the humanization of the medical actions, especially concerning the anesthesiology field, this research aimed to attain the following objectives: to investigate the anesthesiologist doctors' understanding about the care practice; to analyze how the anesthesiologists perceive care in their professional practice; to identify the anesthesiologist doctors' perception about care practice as strategy for humanizing the relationship between doctor and SUS users; to verify which strategies these professionals adopted for humanizing their relationship with the patient at the care moment. This is an exploratory research accomplished in the Lauro Wanderley University Hospital, placed in the city of João Pessoa-PB. The sample encompassed sixteen anesthesiologist doctors who work in the mentioned health institution. Twelve of these are male and four are female. The empirical data were collected by means of the interview technique, guided by four semi-structured questions and with the use of recording system, from September to October 2010. The study was approved by the Ethics Committee of the Lauro Wanderley University Hospital. The obtained pieces of information were analyzed through a qualitative approach based on The Collective Subject Discourse. As regards the discourse of the collective subject and as an answer to the question referring to the understanding about care, two main ideas were noticed: *to receive the patient in a humanized way and humanization of the doctor-patient relationship*. With reference to the doctors' perception about care in their professional practice, their speeches were focused on the central ideas: *a noteworthy action to qualify the medical assistance and the practice which needs to be improved*. Taking into account the anesthesiologists' point of view about care as strategy to humanize the relationship between doctor and user from the SUS (*The Unique Health System*), the anesthesiologists' discourse revealed that they consider care practice as *a patient's holistic approach as well as a strategy which enhances the doctor-patient relationship*. When questioned about the strategies they adopted in order to humanize their relationship with the patient while in care, their narratives were organized from the central ideas: *observation of the patient's rights; therapeutic communication; and pre-anesthetic visit*. Results from this research point out that the doctors involved in the study acknowledge the value of care as strategy for humanizing the anesthesiologist doctor's relationship and SUS users. However, they do consider the need to improve care so as to favor humanization intending to change health care practices.

Keywords: Care. Humanization. Doctor-patient relationships. Anesthesiology.

SANTOS, M. F. O. **Acogida como estrategia para humanizar la relación entre el médico anestesista y usuarios del SUS.** 2011.104f. Disertación (Maestría de Enfermería) - Programa de Pos-Grado en Enfermería. Centro de Ciencias de la Salud. Universidade Federal da Paraíba, 2011.

RESUMEN

Entre las acciones de humanización, la acogida se constituye como un importante modo de tecnología de abordaje al individuo en el ámbito hospitalar, pues permite la aproximación y el vínculo de los usuarios con los profesionales de la salud. Dada la importancia de esta estrategia para la humanización de las acciones médicas, especialmente en el ámbito de la anestesiología, este estudio buscó alcanzar los siguientes objetivos: investigar la comprensión de los médicos anestesistas en relación a la práctica de la acogida; averiguar como los anestesistas perciben la acogida en su práctica profesional; identificar la percepción de los médicos anestesistas sobre la práctica de la acogida como estrategia para humanizar la relación entre el médico y los usuarios del SUS; verificar cuales son las estrategias adoptadas por estos profesionales para humanizar su relación con su paciente en el momento de la acogida. Este estudio de tipo exploratório fue realizado en el Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado en la ciudad de João Pessoa, PB. La muestra fue compuesta por dieciséis médicos anestesistas que actúan en la referida institución de salud, de estos, doce son de sexo masculino y cuatro de sexo femenino. Los datos empíricos fueron colectados a través de la técnica de entrevista, nortada por cuatro preguntas semi-estructuradas, usando un sistema de grabación, durante los meses de septiembre y octubre de 2010, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HULW. Las informaciones obtenidas fueron analizadas por medio de un abordaje cualitativo a la luz de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. En lo que concierne al discurso del sujeto colectivo en respuesta a la pregunta referente a su comprensión sobre la acogida, se observan dos ideas centrales: *recibir al paciente de forma humanizada y humanización de la relación médico-paciente*. En cuanto a la percepción de los médicos sobre la acogida en su práctica profesional, estos nortearon sus dichos en torno de las ideas centrales: *una acción importante para calificar la asistencia médica y una práctica que necesita ser mejorada*. Considerando la visión de los anestesistas acerca de la acogida como estrategia para humanizar la relación entre el médico y el Sistema Único de Salud, el discurso aprehendido de los anestesistas relevó que estos ven en la práctica de la acogida *un abordaje holístico del paciente*, así como *una estrategia que mejora la relación médico-paciente*. Cuando preguntados acerca de las estrategias por ellos adoptadas para humanizar su relación con el paciente durante la atención, sus narrativas se organizan a partir de las ideas centrales: *observación de los derechos del paciente; comunicación terapéutica; y consulta pre-anestésica*. Los resultados de este estudio apuntan que los médicos involucrados en este estudio reconocen el valor de la acogida como estrategia para humanizar la relación entre el anestesista y los usuarios del SUS. A pesar de todo, consideran la necesidad de mejorar la acogida, de modo de favorecer la humanización para transformar las prácticas del cuidado en la salud.

Palabras clave: Acogida. Humanización. Relaciones médico-paciente. Anestesiología.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

QUADRO 1 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 158

QUADRO 2 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 162

QUADRO 3 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 264

QUADRO 4 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 266

QUADRO 5 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 3..69

QUADRO 6 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 372

QUADRO 7 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 474

QUADRO 8 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 477

QUADRO 9 - Ideia central 3 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 479

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Distribuição das características qualificadoras dos participantes do estudo João Pessoa, 2010.....	57
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Acolhimento como estratégia de humanização do SUS.....	20
2.2 Acolhimento: conceitos e perspectivas	22
2.3 Relação médico paciente: discurso da literatura	35
3 PERCURSO METODOLÓGICO	50
3.1 Caracterização do estudo.....	51
3.2 Local da pesquisa	51
3.3 Participantes da investigação.....	52
3.4 Procedimentos para coleta de dados	52
3.5 Aspectos éticos	53
3.6 Processo de análise dos dados: discurso do sujeito coletivo.....	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	102
ANEXO	
ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	104

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal Brasileira de 1988, posteriormente regulamentada pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90, foram definidos os princípios doutrinários e organizativos, visando nortear o referido Sistema, constituído por universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar que o sistema de saúde regionalizado e equitativo necessita de modificações no processo e organização do trabalho dos profissionais nele envolvidos para fazer frente aos problemas dos seus usuários, gerando ações criativas para humanizar o atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Na perspectiva da humanização, o usuário deve ser visto em sua totalidade, fazendo-se necessária a mudança do foco de atenção da doença, bastante cristalizada no modelo biomédico, para a atenção integral ao usuário, considerando a singularidade da sua dimensão tanto como sujeito quanto como cidadão, aspecto que, de algum modo, está envolvido na determinação do seu processo saúde-doença (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) para atuar transversalmente em toda a rede do SUS, entendendo que os princípios organizacionais dos serviços de saúde devem ser usuário-centrados, contemplando atendimento a todas as pessoas, garantindo-lhes acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe interdisciplinar; qualificação dos profissionais de saúde para estabelecerem uma relação profissional-usuário, respeitando os parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania, diminuindo a assimetria da relação (BRASIL, 2004).

Logo, ao estabelecer os princípios organizacionais do SUS, a PNH ressaltou a importância de humanizar as relações entre usuários e profissionais de saúde e, conseqüentemente, o processo de produção de serviços de saúde, que necessita ter por objetivo responder às necessidades dos usuários, bem como envolvê-los efetivamente no seu processo de cuidar (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Nesse contexto, a compreensão do usuário enquanto sujeito passivo deve ser substituída pela assunção de que esse se constitui um sujeito ativo e protagonista do seu processo de saúde. Além disso, a valorização do adoecimento como um evento

biológico precisa ser modificada pelo entendimento do adoecer como um processo que envolve as dimensões biológica, psíquica, social e ambiental, devendo haver, também, o reconhecimento das diferenças pessoais que caracterizam o ser humano (DESLANDES, 2005; GOTARDO, 2003).

Nessa perspectiva, a filosofia proposta pelo PNH tem como foco central o acolhimento solidário e legítimo da diversidade entre os usuários (AYRES, 2004). Conforme destaca o Ministério da Saúde, um dos dispositivos norteadores do PNH é o acolhimento, entendido como os processos desenvolvidos desde a recepção do usuário no Sistema de Saúde até a ação resolutiva de seus problemas, respeitada a responsabilização integral pelas suas necessidades (BRASIL, 2006). É importante ressaltar que essa responsabilização vai além do atendimento propriamente dito; está pautada, também, no vínculo necessário entre o serviço de saúde e a população (SOLLA, 2005).

Desse modo, faz-se necessário que os profissionais de saúde, em especial o médico, adotem uma postura humanitária e acolhedora na sua relação com os usuários, cujo acolhimento seja realizado mediante uma comunicação construtiva que considere o usuário como um ser humano capaz de dialogar sobre suas necessidades no exercício do direito à saúde, baseando-se numa relação geradora de vínculo e de responsabilização (PESSINI, 2004; TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Segundo Ferreira, Cotta e Oliveira (2008), acolher o usuário no serviço de saúde requer atenção, respeito e empatia dos profissionais e responsabilização mútua para a promoção do bem-estar integral. É oportuno destacar que, na política assistencial do SUS, o acolhimento vem merecendo destaque em todos os níveis de cuidado, especialmente no cuidado anestésico.

No tocante à relação entre o anestesologista e o usuário do SUS, no âmbito do acolhimento, a mesma deve ter como finalidade identificar, a partir de uma escuta qualificada, o risco de vulnerabilidade desse usuário, considerando sua multidimensionalidade. Corroborando essa assertiva, Grosseman e Stoll (2008) destacam a importância da escuta qualificada no acolhimento, pois esta ferramenta é um processo especial de interação humana – estratégia eficaz para a construção de uma relação médico-paciente baseada nas dimensões técnica, humanística, ética.

Entre seus benefícios destacam-se os seguintes: maior precisão na identificação dos problemas do paciente, com promoção do raciocínio clínico; maior adesão ao tratamento; melhor entendimento, pelos pacientes, de seus problemas, das investigações conduzidas e das opções de tratamento; menor incidência de queixas de erro médico e maior satisfação para o médico e para o paciente (GROSSEMAN; STOLL, 2008). No cuidado anestésico, o principal benefício oriundo do acolhimento realizado pelo anestesiológico constitui, dentre outros, a oportunidade de esclarecer dúvidas do paciente no que diz respeito ao procedimento e aos seus temores em relação à anestesia, suscitando assim um processo comunicativo e terapêutico.

Para Caprara e Rodrigues (2004), os modelos comunicacionais estão relacionados ao espaço terapêutico; aos aspectos do paciente, como sintoma, expectativa, medos e ansiedades e aos aspectos do médico, a exemplo de habilidade comunicacional, experiência profissional, estresse e ansiedade. Desse modo, cada consulta é o estabelecimento de uma nova relação entrelaçada por diversas especificidades.

Diante do exposto, ressalta-se o valor do acolhimento como estratégia para humanizar o cuidar dos usuários do SUS. No entanto, na minha vivência como médica assistencial anestesiológica, escuto, com frequência, narrativas de usuários em relação à sua insatisfação com o atendimento de médicos, principalmente, quanto ao desrespeito à sua autonomia, à falta ou à limitação da comunicação, desconsideração dos seus temores e receios pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos.

Ante essa problemática, no meu exercício profissional como médica, docente da disciplina de Bioética de uma faculdade de medicina do município de João Pessoa-PB, como membro e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, sinto-me impulsionada a desvelar, embora parcialmente, a temática acolhimento na perspectiva de médicos anestesiológicos. Corroborando também esse sentimento, a relevância do acolhimento como estratégia para humanizar o cuidado em saúde.

Busco resumir a trajetória que me fez enveredar pelo caminho e as razões que me levaram à aproximação com a temática “Acolhimento como estratégia para

humanizar a relação médico anesthesiologista e usuário do SUS". Esta pesquisa se inscreve no âmbito da Enfermagem na atenção à saúde, especificamente na Linha de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

No aprendizado cotidiano, na descoberta do paciente como ser merecedor de respeito e competência profissional, muito devo à acolhida que me proporcionou a residência médica no Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, bem como ao apoio por parte da colega e amiga anesthesiologista Genilda Arola.

Destarte, é imprescindível reconhecer o acolhimento a mim proporcionado, tanto na convivência quanto no desvelo mútuo entre paciente e aos meus colegas anesthesiologistas. Esta demonstração de confiabilidade e interação faz parte de uma troca e alimenta a consolidação de uma visão humanística da relação médico-paciente. Conforme considera Boff (2000), o cuidar é mais que um ato; é uma atitude que abrange mais do que o momento de atenção, de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Nesse cenário, tive a oportunidade de observar a necessidade de reflexão sobre as formas de assistência prestadas por parte dos médicos anesthesiologistas aos usuários do SUS, chegando à crença de que, por meio de um atendimento que envolva escuta qualificada, fortalecerá a relação do profissional de saúde com os pacientes, uma vez que este procedimento constitui estratégia singular para humanizar as relações entre os entes aqui referidos.

Os questionamentos orientadores desta investigação foram emergindo a partir da escuta junto aos pacientes. Esse movimento interativo, aliado à experiência profissional e ao contato com a literatura específica, foi revelando a importância da discussão do problema. Apesar disso, verificou-se carência de trabalhos sobre acolhimento envolvendo a área da anesthesiologia. Deste modo, a presente pesquisa buscou compreender, especificamente, como os médicos anesthesiologistas do Hospital Universitário Lauro Wanderley percebem e efetivam a prática do acolhimento.

Assim sendo, o desenvolvimento deste estudo visa responder às seguintes questões norteadoras: *Qual a compreensão de médicos anesthesiologistas a respeito*

do acolhimento? Como os anestesiólogos percebem o acolhimento na sua prática profissional? O que os médicos anestesiólogos acham da prática do acolhimento como estratégias para humanizar a relação médico e usuários do SUS? Quais as estratégias adotadas pelos participantes do estudo para humanizar a sua relação com seu paciente no momento da acolhimento?

Para responder aos questionamentos propostos, o estudo visa ao alcance dos seguintes objetivos:

- ✓ investigar a compreensão de médicos anestesiólogos a respeito do acolhimento;
- ✓ averiguar como os anestesiólogos envolvidos no estudo percebem o acolhimento na sua prática profissional;
- ✓ identificar o entendimento de médicos anestesiólogos sobre a prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuários do SUS;
- ✓ verificar quais as estratégias adotadas pelos participantes do estudo para humanizar a sua relação com o seu paciente no momento do acolhimento.

É importante ressaltar que o estudo trará contribuições para a humanização do cuidado em saúde, especialmente no que diz respeito à prática dos anestesiólogos, podendo subsidiar novas investigações relacionadas à política do acolhimento em serviços de saúde do SUS que venham fomentar novas pesquisas ou formas diferenciadas de se abordar o fenômeno sob análise, particularmente no cenário da anestesiologia.

Nas considerações introdutórias, contextualizou-se a temática, resultando na delimitação do problema e, conseqüentemente, na elaboração dos objetivos. Realizou-se uma revisão assistemática da literatura, com vistas a fornecer sustentação teórica ao tema. No tópico referente à metodologia, são descritos os passos operacionais envolvidos na tessitura da investigação. A seguir, são apresentados os dados empíricos e a análise a qual possui nexos associativos com a Política Nacional de Humanização. Por fim, são dispostas algumas reflexões geradas dos resultados obtidos, considerando que estes não implicam generalizações, mas um modo de perceber o fenômeno analisado.



**REVISÃO DA
LITERATURA**

2.1 Acolhimento como estratégia de humanização no SUS

A humanização tomou maiores proporções a partir do fim do século XX e do início do século XXI, fruto de iniciativas no decorrer da década de 90, como o Hospital Amigo da Criança, a Humanização nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, Norma de Atenção Humanizada de recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, Parto Humanizado, dentre outras. Essas experiências foram aglutinadas e ampliadas a partir da elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) para a atenção e gestão da saúde, o que antes se desenvolvia particularmente em hospitais. Vale ressaltar que, ao considerar que o objetivo principal da PNH é a mudança nos modelos de atenção e de gestão na saúde, é desejada a identificação de algumas das contradições existentes nos pontos principais desta política, analisados a partir dos seus princípios e diretrizes (CONCEIÇÃO, 2009).

A temática em torno da humanização é abrangente e está inscrita nas principais pautas de debates da política de saúde no contexto atual do nosso país. Deste modo, o Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde. Portanto, os valores norteadores dessa “política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 05).

Nessa perspectiva, com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis ao envolver trabalhadores e gestores do SUS e ao fomentar a participação efetiva da população, o que implica inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2009).

Rizzoto (2002) menciona que a humanização é uma expressão de difícil conceituação por ter um caráter subjetivo, complexo e multidimensional. O autor alerta para o fato de que a humanização, quando inserida no contexto da saúde, exige muito mais que qualidade clínica dos profissionais; ela demanda qualidade de comportamento, caracterizando-se como um processo em constante transformação

e sob influências do contexto em que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem.

Deslandes (2005) identifica a humanização como o resgate da humanidade no atendimento do sistema de saúde. Para Rizzoto (2002), implica transformações políticas, administrativas e subjetivas, com a exigência de mudanças do próprio modo de ver o usuário, ou seja, de objeto passivo a sujeito, do necessitado de caridade até aquele que exerce o direito de ser usuário, de um serviço que garanta qualidade e segurança prestado por profissionais responsáveis.

Solla (2005) enfatiza que a humanização embasa o acesso igualitário das pessoas ao atendimento de qualidade e agiliza a resolução de problemas, ao se estabelecer relação com o acolhimento.

Considerado por muitos pesquisadores como extremamente polissêmico, o termo **humanização**, ganha, conforme Deslandes (2005, p.621), interpretações de diversos matizes e influências ideológicas. A autora comenta que as definições dos gestores se pautam, no início, por amplos núcleos de sentido, sendo eles.

[...] 1) associados à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários (cuidados pautados pelo acolhimento, escuta, empatia, respeito); 2) ligados ao reconhecimento dos direitos do paciente (então interpretados de muitas e distintas maneiras); 3) agregados a uma perspectiva de maior democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; 4) relacionados a um modelo de desmedicalização de atenção ao parto e nascimento; 5) reconhecidos como conjunto de iniciativas para promover o vínculo entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados e para minimizar o estresse desses bebês; 6) vinculados à valorização dos profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, Mello (2006, p.169) reforça que a “humanização deve abranger o conjunto de relações nas instituições de saúde: profissional de saúde/paciente, recepção/paciente, profissional/equipe, profissional/instituição.” Portanto, regular e estimular a melhoria desse conjunto de relações é função do gestor público de saúde. O referido autor alerta para o fato de que “muitos problemas podem ser resolvidos ou atenuados quando o paciente sente-se compreendido e respeitado pelo profissional de saúde, devendo este oferecer uma maior receptividade e afeição àquele.” Além de incorporar o aprendizado e o

aprimoramento dos aspectos interpessoais à tarefa assistencial, bem como desenvolver a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas, torna-se fundamental ao profissional da saúde.

Puccini e Cecílio (2004, p. 1344) ressaltam que, em última instância, o movimento pela humanização é também uma busca pela qualificação da produção ou prestação de serviços, “mas delinea-se, na sua implementação, uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo ou, ainda, com uma normalização institucional.”

Dessa forma, com as propostas de humanização, cresce a valorização das interações humanas como uma trincheira de resistência contra o devastador “convencimento” da superioridade moral do mercado, com elevação do valor superlativo em busca da dignidade humana. Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado e o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações desse movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos, o que demonstra também a falta de conceituação adequada ao termo.

2.2 Acolhimento: conceitos e perspectivas

O Ministério da Saúde considera o acolhimento como uma das diretrizes de maior significado na PNH do SUS, por sua dimensão ética, estética e política. No que concerne à dimensão ética, esta retrata o compromisso e o respeito com o outro, acolhendo-o nas diferenças, sofrimentos, alegrias e no modo de estar no mundo. Já a estética valoriza as relações e encontros estabelecidos no cotidiano, a partir da utilização de estratégias capazes de imprimir dignidade à vida. A dimensão política busca resgatar o compromisso coletivo de envolver-se no estar com, valoriza a autonomia e o potencial transformador que se estabelece no encontro entre sujeitos (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, o acolhimento é uma estratégia que busca humanizar a prática do cuidar dispensado aos usuários do SUS, a partir de uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual

não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde, em qualquer nível de atenção. Para isso, preconiza-se que a humanização permeie o encontro entre os trabalhadores e usuários, a partir de uma relação de escuta e responsabilização, na qual o paciente é portador e criador de direitos (BRASIL, 2006).

Neves e Rollo (2006) definem o acolhimento como o ato ou efeito de acolher o paciente mediante uma ação de maior aproximação, numa atitude de inclusão que implica estar em relação com algo ou com alguém. Os autores acrescentam que o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde para atender aos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Franco e Merhy (2007) ressaltam que o acolhimento significa melhorar a forma como a população é tratada logo na porta de entrada. No entanto, é preciso mudar as ações de saúde que decorrem desse primeiro contato, a exemplo do agendamento das consultas e programação de serviços, propiciando, dessa forma, uma contribuição para humanização e melhoria da qualidade da atenção, bem como uma estratégia tanto de reorientação dos profissionais como assegurando a melhoria de suas relações com os usuários visando ao bem-estar, tanto do paciente como do profissional.

Na visão de Souza et al. (2008), o acolhimento deve ser visto como um forte dispositivo para atender as exigências do acesso aos serviços de saúde, propiciar o vínculo entre a equipe e a população, o trabalhador de saúde e o usuário, e questionar o processo de trabalho, além de desencadear cuidado integral. Logo, faz-se necessário qualificar os profissionais para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Esta é uma responsabilidade que precisa ser assumida por trabalhadores e pelas instituições com o objetivo de intervir em uma determinada realidade, em seu território de atuação e, a partir das principais necessidades de saúde, buscar uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo.

Silveira e Vieira (2005) citam que o acolhimento é um agir que pode atravessar os processos relacionais em saúde e romper com os atendimentos tecnocráticos, como também, pode ser demonstrado a partir de um olhar direcionado

a quem chega ao serviço, em uma palavra, expressa de forma mais acolhedora e está presente em atividades de sala de espera, que estejam para além da recepção, em um gesto que demonstre ser o espaço do serviço uma referência constante para o usuário.

Nesse sentido, Silveira (2003) salienta as falhas do sistema que o acolhimento pode evidenciar, a exemplo dos ruídos do cotidiano do Centro de Saúde (CS) e as falhas da organização no serviço, bem como suas limitações, até mesmo pelo fluxo da demanda que antes não existia, destacando a desorganização do processo de trabalho e a não acessibilidade dos usuários ao serviço.

O autor alerta para o fato de que o acesso e o acolhimento são fatores que efetivamente contribuem para a procura dos serviços básicos de saúde pelo usuário, porém para que esse acolhimento aconteça de fato o profissional de saúde deve mostrar empatia com o usuário, ou seja, colocar-se no lugar daquele, de modo a compreender o que sentiria caso estivesse em seu lugar. No entanto, de acordo com o autor, o que se enfrenta na construção do processo de acolhimento é o desafio da mudança do modelo medicocêntrico, centrado na queixa-conduta e na figura do médico, amparado no enfoque biológico, curativo, individual, para construir o enfoque sustentado na produção social da saúde e na prática interdisciplinar e intersetorial.

Solla (2005) destaca, ainda, que o acolhimento reflete um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com ampliação da capacidade da equipe de saúde de responder às demandas dos usuários, redução da centralidade das consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais, através do deslocamento do eixo central do médico de questões resolutivas, para uma equipe multiprofissional. Conforme o autor, o acolhimento, enquanto técnica, possibilita a construção de ferramentas colaboradoras da escuta e da análise, identificando, entre as soluções possíveis de serem ofertadas, as mais adequadas às demandas apresentadas.

O acolhimento simboliza, na visão de Farias (2007, p. 13), a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, ao reconhecê-lo como sujeito histórico, social e cultural. “Esta estratégia ultrapassa os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tange as esferas dos valores éticos.” Para a autora,

o acolhimento “pressupõe a mobilização de gestores, profissionais e usuários para todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde”. No entanto, deve haver um delicado limite entre a perspectiva individual e coletiva para não confundir o processo de subjetivação com uma mera iniciativa de compaixão que caracteriza uma visão paternalista. “É necessária uma consciência de cidadania e reconhecer no SUS a principal instância do direito de acesso, da integralidade e da equidade na saúde, bem como, nas suas estratégias, um caminho para exercê-la.”

Moraes (2005, p. 91) define o acolhimento como promotor de “um espaço educativo por meio do diálogo, do repasse e da troca de informações, além do esclarecimento das dúvidas.” O profissional de saúde, ao manter um diálogo, “estabelece uma relação com o usuário, buscando ajudá-lo a modificar crenças, costumes e a criar novas formas de interação para lidar com a doença”. Desta forma, consegue aliviar o sofrimento físico e emocional do usuário, ao ampliar o foco da atenção, para um cuidado mais integral à saúde.

O acolhimento significa, na visão de Carvalho et al. (2008), a humanização do atendimento, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Os autores pressupõem a garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esta combinação objetiva organizar uma nova forma de entrar no sistema, acolhendo todas as pessoas, ao assegurar a boa qualidade no atendimento, resolver o máximo de problemas e garantir o fluxo do usuário para outros serviços.

No que concerne ao acolhimento fornecido pela equipe de saúde, a mesma, de acordo com Solla (2005), terá que incorporar novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho relativo às mudanças na forma de organização dos serviços. Destarte, o acolhimento seria um reorganizador do processo de trabalho e identificador de demandas dos usuários. Propõe-se, também, identificarem-se três âmbitos de incorporação da proposta no SUS, onde o acolhimento aparece como.

- a) postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);
- b) ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;

c) diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde, capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas. (SOLLA, 2005, p. 496).

Nessa linha de pensamento, Neves e Rollo (2006, p. 1) reforçam que o acolhimento, sendo empregado como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, “favorece a construção de relação, de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde”. Por outro lado, os autores comentam que, apesar dos avanços e conquistas desse sistema, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido. Esta realidade é demonstrada por meio de pesquisas de satisfação, relatórios de ouvidoria e depoimentos de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, que evidenciam a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas.

Portanto, o grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, gestores e usuários, na construção e efetivação do SUS como política pública, é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais, para os modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde. É necessário restabelecer o princípio da universalidade do acesso e da responsabilidade das instâncias públicas pela saúde dos cidadãos, o que deve ser implementado com a constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípio ético a defesa e afirmação de uma vida digna.

Os autores Neves e Rollo (2006, p. 5) chamam a atenção, ainda, para o que requer a alteração da atual situação:

O compartilhamento entre as três esferas de governo municipal, estadual e federal, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil, em especial através das instâncias de participação e de controle social do SUS. Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exigência maior (imperativo) no trabalho em saúde.

Nesse contexto, o acolhimento tem relevante contribuição no processo de mudança da situação em que se encontram, atualmente, as práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades de saúde do SUS. Para isso, o acolhimento necessita estar conectado com o sistema de atenção à saúde, permeando todos os aspectos da trajetória dessa diretriz, que já acumula experiências tanto positivas quanto negativas.

Vale ressaltar que a atenção básica à saúde representa a “porta de entrada” do sistema de saúde para a maioria dos usuários. É nesse ambiente que são estabelecidas as relações entre os protagonistas, no cotidiano dos serviços, onde podem ser discutidas e implementadas as políticas públicas de saúde. É, ainda, nesse espaço que as novas propostas de atendimento devem ser colocadas em prática, visando à promoção de um ambiente acolhedor para atender ao usuário de forma responsável, suscitando a confiança que os pacientes devem depositar nos profissionais durante a assistência. Essa confiança deve ser transmitida desde a entrada até a saída do serviço. É notório destacar que esse fator se configura como fator primordial para o estabelecimento do acolhimento (FARIAS, 2007).

É notório enfatizar que a atenção básica se utiliza de tecnologias relacionais de elevada complexidade para conseguir dar conta das responsabilidades, ou seja, lidar com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas (que dizem respeito aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer no mundo contemporâneo) com utilização de poucos equipamentos. “Os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS.” Para que esses encontros sejam realmente produtivos, “é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades.” (BRASIL, 2009, p. 11-12).

O acolhimento torna visível a limitação do acesso aos Centros de Saúde, demonstrando uma demanda reprimida, uma realidade contrária ao que estabelece a Lei n. 8.080, que regulamenta o SUS e tem como um dos princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990). Neste contexto, merece destaque a carta dos Direitos do Usuário da Saúde, que reúne seis princípios básicos de cidadania, evidenciados a seguir, e

asseguram ao cidadão brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado:

- a) Todo cidadão brasileiro tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- b) Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- c) Todo cidadão tem direito a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- d) Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- e) Todo cidadão também tem responsabilidade para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- f) Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2007, p.1).

Esta carta proposta pelo Ministério da Saúde pode contribuir para o usuário tornar-se cada vez mais autônomo, procurando adquirir conhecimentos acerca dos seus direitos.

Com base em tal entendimento, para realizar a mudança nesse paradigma, o Ministério da Saúde determina que a atenção básica necessita estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde a que devem dar retaguarda e apoio, e responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos quadros mais complicados que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Logo, este tipo de seguimento facilitará a criação e manutenção do vínculo terapêutico. Assim, por meio de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a interação entre as equipes e a cogestão dos recursos existentes num dado território podem ampliar as “[...] possibilidades de produção de saúde.” (BRASIL, 2009, p. 12).

Para Neves e Rollo (2006, p. 6), a ideia de acolhimento nos serviços de saúde acumula uma experiência significativa em diversos serviços de saúde do SUS. “Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.” Portanto, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada como uma dimensão espacial traduzida em recepção administrativa e ambiente confortável ou como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Os autores acrescentam que a falta

da inserção das práticas do acolhimento em diversos serviços de saúde é uma realidade que pode ser visualizada nos seguintes exemplos:

- a) Os usuários convivem com filas “madrugantes” e disputam sem critério, exceto a hora de chegada, algumas vagas na manhã. Esses serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam;
- b) Neles, é reproduzida uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade. Muitas vezes, são oferecidos serviços totalmente incongruentes devido à demanda, e acreditam que o objeto de trabalho é esta ou aquela, doença ou procedimento, por isso atribuem menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento;
- c) Esses serviços atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde;
- d) Os profissionais encontram-se muito atarefados e até mesmo exaustos de tanto realizar atividades e não conseguem avaliar e interferir nestas atividades de modo a melhor qualificá-las;
- e) Nos serviços de urgências, há casos graves em filas de espera, porque não se consegue distinguir os riscos.

Esses exemplos mencionados pelos referidos autores não condizem com a proposta do Ministério da Saúde no que diz respeito à atenção básica, que é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária e considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde determina, também, que a tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade sejam utilizadas para resolver os problemas de saúde mais comuns e relevantes, tudo sob a orientação dos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Silveira (2003) ressalta que a resolutividade empregada no acolhimento não se limita apenas a questões tecnológicas, uma vez que está envolvida com a busca do usuário para o atendimento de suas necessidades. O autor alerta que, nessa perspectiva, os usuários não devem ser considerados elementos passivos; é preciso instigar o amadurecimento da consciência política e fortalecer o conselho local de saúde que deve mostrar-se como um eficaz estimulador nas questões a serem solucionadas.

Farias (2007, p. 62) chama atenção para o fato de que a atitude de acolher “pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde.” Contudo, os aspectos técnico-operacionais, preponderantes “nas instituições e nas ações dos profissionais, se sobrepõem à atitude humana de valor ético social, de responsabilidade e respeito.”

Na visão de Neves e Rollo (2006, p. 6), a organização das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento, não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Os autores acrescentam que.

Para superar estas dificuldades, é necessário que outros saberes e técnicas sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de saúde. A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde. É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (propiciador de alterações), como algo que qualifica uma relação e, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro que é aquela que se dá na recepção.

Com base nesse entendimento, o acolhimento extrapola a recepção do usuário nos serviços de saúde, sendo uma ferramenta de extrema importância para os usuários, os profissionais e os gestores nas ações de saúde, pautado na ética e na valorização da vida.

As propostas de humanização da saúde indicam o surgimento da necessidade de avançar nas considerações sobre o acolhimento como dispositivo

de uma política de humanização e, portanto, comprometido com as considerações e os aspectos éticos indissociáveis que “vão desde o reconhecimento da saúde como direito, até as questões implicadas nas relações de responsabilização e vínculo estabelecidas entre os sujeitos protagonistas da assistência e da gestão em saúde.” (FARIAS, 2007, p. 15).

Silva e Alves (2008, p. 80) reforçam a ideia de que o acolhimento, como estratégia para o processo de produção de saúde, significa que os clientes serão atores nesse processo e que toda equipe multiprofissional terá uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades trazidas pelo usuário. Desse modo, a referida estratégia passa a resolver os problemas do cliente de forma mais rápida; o profissional escuta suas queixas, medos e expectativas; responsabiliza-se para dar uma resposta pactuada perante o problema, unindo as necessidades imediatas com a oferta dos serviços. Neste contexto, o acolhimento “não atua como ação pontual, mas sim como um processo que une inúmeras ações que pressupõem um encontro do sujeito profissional com o sujeito demandante de forma humanizada e resolutiva.”

Logo, o acolhimento procura saber quais as reais necessidades dos clientes para tentar resolvê-las com rapidez e eficácia, além de contribuir para diminuir as filas nas recepções dos serviços, proporcionar aos usuários assistência de qualidade e contribuir, em totalidade, para a humanização no serviço.

De acordo com Coimbra (2005), o acolhimento, em uma de suas expressões, apresenta-se como dispositivo ou ferramenta utilizada para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, ao visualizar o acesso universal, a melhoria na qualidade da assistência e ao favorecer a relação usuário/trabalhador, ampliando a intervenção.

Para Fracoli e Bertolozzi (2003), o acolhimento é uma ferramenta de trabalho que incorpora o potencial subjetivo presente nas relações humanas, devendo ser apropriado por todos os profissionais de saúde, em todos os âmbitos de atenção, sem ficar limitado ao bom atendimento.

Nessa mesma linha de raciocínio, Merhy et al. (1997) consideram que o trabalho em saúde não pode ser compreendido pela lógica de tecnologias duras, expressas pelos equipamentos e saberes bem estruturados. Para os autores, as

tecnologias possuem caráter de ações mais estratégicas e se configuram em processos de intervenções com atuação no campo das relações e encontros de subjetividades.

Schimith e Lima (2004) acrescentam que, em virtude disso, se observa a ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte dos usuários, principalmente pela valorização dos saberes dos demais profissionais de saúde e não apenas do saber médico. Com isso, o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, ao contribuir para a satisfação do usuário/paciente.

Matumoto (2003) vê o acesso aos serviços de saúde como uma etapa a ser vencida pelo usuário que busca a satisfação de uma necessidade de saúde. O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem no atendimento mediante a utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

Esta temática ganha relevância, de acordo com Manfroi (2007), quando se constata que as práticas dos profissionais e das equipes de saúde, a organização da rede de serviços e as políticas governamentais da área, nem sempre têm atendido essas prerrogativas. Por isso, o autor ressalta que é preciso construir uma linha de cuidado centrada no acolhimento, orientação e encaminhamento do usuário por uma rede cuidadora, através de uma malha de cuidados progressivos em saúde, potencialmente resolutivos e geradores de projetos de afirmação da vida. Este seria um desafio que deve ser ultrapassado pelos atores implicados com o ideário do Sistema.

Outro desafio a ser enfrentando é citado por Bolela (2008) quando relata que, no âmbito hospitalar, algumas situações que consideram o paciente em sua integralidade e singularidade nem sempre são compreendidas e valorizadas pela equipe de saúde, e onde se faz presente a dicotomia entre fazer técnico/humanização, como polos distintos e difíceis de serem conciliados no ato complexo de cuidar. Segundo o autor, este fato faz um alerta para necessidade de repensar o cuidado produzido e instituído nesse ambiente, utilizando para este fim a estratégia do acolhimento.

Sá (2002), também expressa seu pensamento sobre o acolhimento durante o atendimento hospitalar, com um caráter especial, uma vez que a hospitalização ocorre quando o usuário do sistema de saúde necessita de terapêutica e cuidados mais complexos, o que o torna vulnerável tanto no nível físico quanto no emocional. Além disso, há uma somatória das implicações decorrentes da internação hospitalar, a exemplo do afastamento do doente do convívio do lar, dos filhos, dos amigos, das suas atividades cotidianas de lazer e trabalho, com a introdução de novos hábitos e esquemas de vida. O autor explica que estas dificuldades surgem tanto nos indivíduos internados quanto naqueles que atuam como acompanhantes durante esse processo.

Schneider et al. (2008) veem o acolhimento como uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, ao reconhecerem o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Na opinião de Mehry (2002), o acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, que busca alterar as relações entre trabalhadores e usuários e as dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção.

Segundo o referido autor, é importante criar um vínculo de confiança entre trabalhadores da saúde com usuário/família, já que não ocorre a cumplicidade entre ambos, e a terapêutica proposta poderá entrar em dificuldades. É preciso que os profissionais da saúde tenham em mente que a meta de cuidado acolhedor não deve deter-se na doença; deve transcender os aspectos biológicos e valorizar a cultura, nível socioeconômico, crenças e valores adquiridos ao longo da história de vida de cada ser. No campo da saúde, o objetivo não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado.

Obviamente que, para acolher, é preciso ser acolhido, o que pode ocorrer quando se reorganiza o próprio processo de trabalho em saúde cujas ações ainda são centradas no modelo biomédico. O paciente e a sua família precisam se sentir

seguros, confortáveis e amparados pela instituição para, desta forma, manter a autonomia/cidadania e oportunidade de expressão (SCHNEIDER et al., 2008)

Nesse enfoque, Mehry (2002) reforça que, ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/usuário e trabalhadores da saúde. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde. A incorporação do acolhimento, como tecnologia leve, no cuidado em saúde pelos trabalhadores deste setor, tende a sedimentar um trabalho de qualidade e com relações mais horizontalizadas. As tecnologias leves são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre estes sujeitos.

Conforme o autor, as tecnologias leves devem deixar de ser problemas de recepção, tornando-se, de fato, objeto da prática de toda a equipe de saúde. O estabelecimento de vínculos entre trabalhadores da saúde e usuários requer responsabilidade e compromisso com as necessidades que os usuários apresentam. É no encontro do trabalho vivo (trabalho em ato) com o usuário que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos de interseção e as tecnologias das relações que se dão através das práticas de acolhimento.

Dessa forma, para efetivar o acolhimento, na prática, a equipe de saúde deve estar apta a estabelecer uma relação humanizada com o usuário e sua família. E, para que a equipe de saúde tenha essa capacidade, é necessário que ela também seja acolhida, seja compreendida em toda sua dinâmica de trabalho (SCHNEIDER, 2008).

Os autores Franco, Bueno e Mehry (1999) enfatizam que o acolhimento pode evidenciar os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazer as necessidades de saúde. No entanto, quando o acolhimento é ignorado, não há produção de responsabilização pelo usuário, já que o acolhimento propõe principalmente reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, da resolutividade e do atendimento humanizado para quem dele necessita.

2.5 Relação médico paciente/usuário: discurso da literatura

A relação médico-paciente (RMP) é um tema bastante debatido, principalmente neste novo milênio, seja em eventos científicos da área médica seja em publicações de artigos disseminados em periódicos especializados da referida área, que têm como finalidade principal resgatar o valor dessa relação numa perspectiva mais humanizada do cuidar.

É importante lembrar que a RPM tem sido uma preocupação da Medicina no decorrer dos tempos. De acordo com Nascimento Júnior e Guimarães (2003), esta ciência, desde os seus primórdios, ressaltava a RPM como um suporte que permitia a apreensão de informações durante o exame físico, facilitando assim o diagnóstico e o emprego da terapêutica da época.

A Medicina ocidental, em sua origem, possuía, como fio condutor, uma visão holística, isto é, o homem era reconhecido como um “ser dotado de corpo e espírito”, dessa forma era considerada como uma ciência fundamentalmente humanística. Nesse sentido, o médico não necessitava ser um grande cientista; tinha, contudo, que ser fundamentalmente um humanista que, “[...] na elaboração do seu diagnóstico levava em consideração não somente dados biológicos, mas também dados ambientais, socioculturais, familiares, psicológicos e, até mesmo, espirituais.” (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003, p.102). Portanto, a relação médico-paciente tinha como embasamento a valorização do ser humano no momento do cuidar.

Nesse contexto, é inegável a contribuição de Hipócrates, a fim de fundamentar a visão holística do cuidar. Para Brunini (1998), o registro histórico mais relevante e duradouro, para a cultura ocidental, acerca da relação médico-paciente, é o *Corpus Hippocraticum*, coletânea de aproximadamente sessenta escritos atribuídos a Hipócrates, médico e filósofo grego que se tornou conhecido como o “pai da medicina.”

Hipócrates estabeleceu, primordialmente, um método realmente científico de tratamento médico. A partir do estudo ordenado do corpo humano e da observação clínica das doenças e seus estágios, ele deixou para trás as tradições egípcias e babilônicas, segundo as quais o exercício da medicina era reservado aos sacerdotes

e xamãs, por estar conexo mais às magias e às feitiçarias do que às ciências naturais ou biológicas. Essa transição anunciou que os escritos hipocráticos estão permeados pela concepção sacerdotal do exercício da Medicina, própria da Antiguidade (DINIZ, 2006).

Gradativamente, a partir de Hipócrates, o médico aproximava-se do método científico, distanciando-se do sacerdotalismo. Dessa forma, o modelo hipocrático estabelecia dois suportes basilares para subsidiarem o exercício da Medicina: “o exame físico e, especificamente, a relação médico-paciente.” Esta relação contribuía para a apreensão das informações necessárias que iriam orientar a conduta médica quanto à definição do diagnóstico e da terapêutica a ser empregada. Portanto, este modelo reforçava a prática médica humanística, enfatizando o valor da relação médico-paciente aliada ao conhecimento científico. Foi adotado pelos médicos do Ocidente e “perpetuou-se historicamente com a evolução da Medicina, apesar das mudanças e rupturas ocorridas no decorrer da história.” (NASCIMENTO JÚNIOR; GUIMARÃES, 2003, p.103).

Teixeira (2009) corrobora tal preceito, ao relatar que, nos primórdios da humanidade, a prática médica baseava-se em uma RMP que priorizava a arte de ouvir e examinar, atenciosamente, o indivíduo, acima de qualquer intervenção terapêutica. Assim, o médico exercia influência no psiquismo do enfermo e na cura das enfermidades, à medida que demonstrava a solidariedade, o amparo e a segurança.

Com o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia, da genética, da biomedicina e da semiologia, houve o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, emergindo sofisticados métodos auxiliares de diagnóstico e tratamento, transformando o exercício da Medicina numa prática tecnológica e de alto custo, desprezando, dessa forma, o interesse pela RPM e os efeitos benéficos desse método terapêutico humanístico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Pessini (2004) opina que, atualmente, passamos uma verdadeira crise do humanismo. Ela ocorre, segundo o autor citado, principalmente, em consequência do avanço acelerado da tecnologia no campo da Saúde, na qual o paciente deixa de ser o centro de atenção do cuidar em decorrência dos aparatos instrumentais, fato

este, que contribui para o distanciamento da relação entre o profissional e o ser paciente no momento do cuidar.

Dantas Filho e Sá (2009, p. 192) ressaltam que, “[...] ao se transformar a relação médico paciente em uma relação praticamente contratual, excluiu-se o principal componente desta relação da confiança mútua”, chegando-se, atualmente, ao extremo “de se comparar a relação médico-paciente à relação do consumidor com o fornecedor de serviços ou equipamentos, sendo esta relação inclusive regulada por novos códigos e leis.” Desse modo, propiciando um grande aumento “do número de denúncias e processos contra médicos é resultado, quase que exclusivamente, dessa deterioração e mudança do ponto central da relação médico paciente.”

Os autores acrescentam que a tecnologia se incorporou ao exercício da profissão de saúde e ocasionou declínio do aspecto subjetivo da relação. Como exemplo dessa prática tecnicista, destaca-se o contato inicial e direto do médico com o paciente na consulta médica, como evidencia a citação a seguir:

O modelo de consulta médica tradicionalmente ensinado nas faculdades no início do curso clínico inclui a anamnese e o exame físico [...] A anamnese tem sido ensinada e treinada como um grande *check list* que deve ser preenchido, rápida e objetivamente, seguido por um exame físico já orientado para a hipótese diagnóstica que deve ser, o mais rapidamente possível, confirmada e documentada pelos exames complementares. Quanto mais exames, quanto maior a complexidade; quanto maior a quantificação das variáveis biológicas dos pacientes, maior a qualidade e segurança da consulta em si e da indicação terapêutica dela originada. Tudo o que foge desse modelo padronizado pertence a uma espécie de subproduto da consulta médica, conhecido como relação médico-paciente (DANTAS FILHO; SÁ, 2009, p. 192).

Bettinnelli et al. (2004, p.89) salientam que são inegáveis os benefícios proporcionados pela introdução da tecnologia na área da Saúde, os quais colaboram expressivamente para a atuação dos profissionais da respectiva área, em particular para o médico, além e para o tratamento do paciente, ante os avanços surpreendentes que surgem a cada dia. Entretanto, os autores advertem que o progresso tecnológico, apesar de ser imprescindível à resolutividade do cuidar do ser humano, não garante a satisfação do paciente. A tecnologização da vida “[...]”

ampliou, de maneira exponencial, a assimetria do poder e do conhecimento, tornando as relações totalmente desiguais.” Portanto, é necessário que a utilização da tecnologia seja apenas um instrumento de apoio ao processo relacional entre o profissional e o paciente, e não um foco central desta relação.

Nessa linha de consideração, a Medicina moderna acabou por afastar-se da sua missão fundamental, de pensar no ser, no humano e, dessa maneira, a sociedade tem exigido cada vez mais, dos médicos, uma postura mais humana, um retorno do cuidar às suas origens, a volta do humano na sua prática diária. Segundo Dantas Filho e Sá (2009), há quem veja, como motivo do desprezo da relação médico-paciente e os efeitos benéficos deste procedimento terapêutico humanístico, o desenvolvimento da biomedicina no século passado, a arte semiológica e a presença do médico, que cederam espaço aos sofisticados métodos auxiliares de diagnóstico que, de acordo com Teixeira (2009), associados aos exageros da prescrição medicamentosa pluralista e heróica, transformaram o exercício da Medicina numa prática tecnicista e de alto custo.

Sá Júnior (2001) acrescenta que, o tempo limitado para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais fatores que impossibilitam a empatia do profissional de saúde com o paciente, caracterizando a RPM como uma mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas.

Contudo, convém salientar que os profissionais da Saúde, em particular o médico, devem priorizar, no seu atendimento, a pessoa como centro de sua atenção, uma vez que ela necessita, antes da realização de um exame com um equipamento de alta tecnologia, expressar as suas expectativas e necessidades diante de um problema de saúde, e ser esclarecida em suas dúvidas, entre outros aspectos. Desse modo, é de fundamental importância que o cuidador valorize este momento singular de sua relação com o ser paciente, uma vez que a relação entre ambos é superior a qualquer avanço tecnológico.

Tizzot (2007) expõe que o médico, atualmente, não pode mais falar do paciente como um ser passivo e entregar-se inteiramente a tratamentos para ele desconhecidos, mesmo que isto possa lhe trazer a confortável e esperançosa sensação de ter, no outro lado da relação, alguém com dedicação exclusiva e capacidade ilimitada para abreviar o seu sofrimento. Para o autor, a Medicina atual

requer transparência nas relações, de modo que esses dois polos estejam cientes de seus direitos e reais expectativas.

Essas expectativas podem ser confirmadas ou refutadas logo no primeiro contato, um dos mais importantes momentos, e dele, como explica Opitz Júnior (2005, p. 51-52), vai depender, em grande parte, a boa ou má evolução do referido relacionamento. De acordo com o autor, quando o resultado daquele contato não é dos melhores, dificilmente o médico conseguirá inspirar confiança no paciente. “Há de ocorrer uma nítida empatia entre médico e paciente para que o próprio doente abra seu coração e diga o que precisa ser dito sem constrangimento”, ou seja, quanto mais fácil for o primeiro contato, mais forte poderá ser o grau de confiança do paciente em seu médico. “Este não poderá frustrar nunca as esperanças que o paciente deposita nele. Nesse ponto está a chave do êxito. O médico não pode criar expectativa maior do que aquela que o doente pode ter”, o que significa dizer que ele deve transmitir esperanças, mas sem criar ilusão. É oportuno concordar com o autor ao avaliar que esse equilíbrio é o que existe de arte no exercer a profissão, pois a habilidade do médico está na dosagem certa do que falar.

Ao justificar a motivação pela qual se estabelece a relação médico-paciente, Opitz Júnior (2005) afirma que é *sui generis* uma vez que, na maioria das vezes, ela se verifica em decorrência de uma doença. A razão que leva o paciente a procurar o médico costuma ser a dor, o sangramento, a febre, enfim, um mal que o aflige.

Com base em tal entendimento, constata-se que a valorização da relação médico-paciente tem reflexo no cuidar humanizado, que admite uma atitude capaz de acolher, reconhecer e desempenhar, com competência e sensibilidade, uma assistência direcionada às necessidades do ser paciente (FROTA, 2001).

É importante lembrar que, para que ocorra uma relação médico-paciente satisfatória, é imprescindível que tanto o profissional como o enfermo assumam a sua parcela nesta relação. Nesta perspectiva, merecem destaque as recomendações propostas pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP, 2001).

No tocante ao compromisso por parte do médico, destacam-se as seguintes ações: promover um atendimento humanizado, valorizando o bom relacionamento pessoal e a dedicação de tempo e atenção necessária para cada paciente,

respeitando a sua singularidade; saber ouvir o paciente, esclarecendo suas dúvidas a partir de uma linguagem simples e acessível ao seu entendimento, buscando compreender suas expectativas, realizar o registro adequado de todas as informações no prontuário entre outros.

Quanto ao paciente, o referido documento recomenda que este deve reconhecer que o médico, como qualquer outro ser humano, tem qualidades e defeitos; valorizar o profissional principalmente no que concerne às suas qualidades; evitar exigir o impossível do médico, visto que ele só poderá oferecer o que a ciência e a Medicina desenvolveram até o momento; respeitar a autonomia profissional e os limites de atuação do médico.

No que tange à relação médico-paciente, algumas questões são fundamentais, por exemplo, o respeito mútuo entre o profissional e o doente, de forma que o médico, ao colocar-se no lugar do paciente, passa a ter uma compreensão para com este, buscando uma relação de forma solícita, conforme as suas necessidades e como o paciente gostaria de ser tratado. Por outro lado, o paciente deve reconhecer que o médico, antes de ser um profissional, é um ser humano, e que, por isso, tem suas limitações.

Silva (2005) comenta que o cuidar representa uma arte que abrange valores transcendentais aos ideais técnicos e de cura, uma vez que se caracteriza pelo zelo, atenção, compromisso e solicitude para com o outro, motivando, assim, as relações entre o cuidador e o ser cuidado.

Dessa forma, urge que o médico valorize a relação com os pacientes e as suas famílias, tendo esta relação como base do processo terapêutico, utilizando, para esse fim, a comunicação como instrumento do processo do cuidar (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005).

Ayres (2004) relata que todas as oportunidades de encontro entre o médico e o paciente podem ensejar uma possibilidade de comunicação, pois esta é inerente ao comportamento humano e permeia todos os seus atos no desempenho de suas funções. Etimologicamente, o vocábulo **comunicar** advém do latim *comunicare* e significa **pôr em comum**. Portanto, na interação médico-paciente, as informações recebidas virão através do conteúdo da informação, da comunicação não verbal (expressões faciais, corporais) e da maneira como a comunicação é realizada

(comportamento dos interlocutores), e incongruências entre elas tornam a comunicação disfuncional. Logo, a comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais as pessoas se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos.

Vale salientar que a comunicação é uma necessidade humana básica, é um processo continuado que torna o ser humano um ser social. Dessa forma, o conhecimento dos métodos de comunicação é fundamental para a interação do médico, haja vista que sua capacidade de interação está relacionada com as competências profissionais (MATOS et al., 2009).

No entendimento de Miceli (2009), a comunicação também pode ser inadequada ou insatisfatória, dependendo de aspectos de conteúdo e de relação. “Desde que, sobretudo para a abordagem centrada no paciente, a relação médico-paciente passou a ser valorizada como um importante fator contribuinte para o resultado do tratamento” (p. 78), diversos estudos apontaram falhas na informação de conteúdos (geralmente aquém do desejado pelos pacientes) e na relação (médicos distantes, rudes ou centralizadores). É por isso que há necessidade do desenvolvimento de uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes para uma melhor qualidade na relação.

Para Stefanelli e Carvalho (2005), a comunicação é o processo de compartilhamento de símbolos e, ainda, de apreender-lhe os significados e o caráter de contínua mudança no tempo em que ela ocorre. Assim, a comunicação é um importante fator na compreensão do processo vivido pelas pessoas, sendo essencial para um cuidado médico vislumbrar melhor assistência ao paciente que está vivenciando a ansiedade e o estresse decorrentes do processo de doença (MORAES et al., 2008).

Destarte, a comunicação emerge como instrumento facilitador do processo de interação médico-paciente, ponderando o ser humano de forma singular. Para tal, o médico deve ser capaz de apreender as mensagens emitidas, interpretá-las e procurar compreender as características individuais e necessidades de cada indivíduo, com o objetivo de constituir um relacionamento baseado na confiança e no respeito mútuo (PUPULIM; SAWADA, 2002).

Caprara e Rodrigues (2004, p.143) destacam que a comunicação possibilita uma “aprendizagem indispensável para uma intervenção médica eficiente, que perceba o processo do adoecer para aquele paciente que se insere numa experiência de fragilidade e ameaça ao seu estado de ser saudável e ativo.”

Por esse prisma, cabe destacar que um processo de comunicação eficiente é indispensável para a prática de uma assistência médica de qualidade, personalizada e holística. A prestação da assistência exige, cada vez mais, que o profissional desenvolva e aperfeiçoe esta habilidade com o objetivo de proporcionar uma relação de confiança, almejando facilitar a interação terapêutica (PUPULIM; SAWADA, 2002).

Logo, através de uma comunicação efetiva, o médico, pode oferecer uma assistência de forma holística, com o fim de possibilitar à sua clientela o entendimento e enfrentamento dos problemas, bem como a percepção do seu papel como sujeito ativo no processo de restabelecimento e bem-estar geral (SILVA, 2002).

Com base em tal entendimento, é oportuno relatar que a interação compartilhada repleta de significados, presente na comunicação, é subsidiada por uma relação dialogal que se constitui com base em chamados e respostas expressas tanto verbais quanto não verbais, cada uma com seu significado no encontro inter-humano.

Nesse enfoque, Moraes (2005) explana que a comunicação verbal, quando instituída de maneira satisfatória, permitirá ao paciente, fazendo o uso de palavras, expressar suas dúvidas, inquietações e insatisfações, assim como facilitará a compreensão no que diz respeito à sua enfermidade, tratamento e prognóstico, aliviando significativamente a tensão diante da fragilidade imposta pela doença. É oportuno mencionar que a comunicação verbal exterioriza o ser social por meio da fala e da escrita, sendo um aspecto fundamental para melhoria do cuidado, criando oportunidades de aprendizagem para o paciente, sendo, portanto, de suma relevância a comunicação verbal para fortalecer a relação médico - paciente.

Por outro lado, a comunicação não verbal fortalecerá também o vínculo afetivo entre o médico e o paciente, provocando um sentimento de confiança e reciprocidade, ambos contribuindo para um cuidado humano. Esta envolve

manifestações de comportamento expressas por gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outras.

Barbosa et al. (2009) elucidam que a observação do que o paciente informa, por meio da postura e gestos, melhorará a qualidade da assistência médica. A linguagem corporal transmite mensagens nem sempre conscientes ou ditas verbalmente. O contrário também é verdadeiro: o médico deve ter consciência da mensagem que transmite ao paciente em relação à sua postura, gestos e aparência.

Assim, a comunicação não verbal permite aos médicos distinguir os reais sentimentos dos pacientes ante a sua patologia, além de ser um recurso importante no que tange ao surgimento de dúvidas ocorridas durante o processo de comunicação que deve ser efetivado a partir de uma relação de confiança entre pessoas. Por meio da comunicação não verbal, é possível perceber dificuldades de verbalização, insatisfações do ser doente quanto ao cuidado que vem recebendo, uma vez que nessa comunicação se observa um processo de exteriorização do ser psicológico (SILVA, 2002).

Urge destacar que a comunicação terapêutica, baseada na linguagem verbal e não verbal, é essencial para a prática de um cuidado humano e promove um espaço de aprendizagem para o paciente. Neste sentido, possibilitará maior aproximação entre o paciente e o médico, pautada em uma relação de confiança (MORAES, 2008). Neste enfoque, a comunicação é uma das ferramentas empregadas para fortalecer a relação entre o médico e o paciente, mediante uma interação harmônica, em que a informação assume um papel preponderante, como um dos deveres mais relevantes da Medicina, particularmente na anestesiologia.

Segundo Carneiro et al. (2011, p.77), a informação, a palavra transmitida e compreendida.

[...] constitui-se, desde os adágios populares às letras dos juristas e dos poetas, um caráter irrevogável de preciosidade, que serve para conhecer, cativar, edificar, destruir, ensinar, refutar, animar ou, simplesmente, comunicar ao mundo, isto é, por em comum quem somos, o que pensamos e aquilo que sentimos e para onde aponta nossa vontade.

Nesse sentido, os autores mencionados referem que a informação integra a essência do ser humano e da humanidade, posto que assim como não existe

informação sem percepção, linguagem e possibilidade de compreensão, também não existe humanidade sem o reconhecimento do outro e daquilo que ele expressa em suas potencialidades e fragilidades. É a partir desse pressuposto que Leloup (2007) sugere que o médico é, antes de tudo, um intérprete dos signos e da linguagem, capaz de criar uma vivência comum - a da comunicação e do cuidado.

Considerando a informação como linguagem, Wittgenstein (2008, p.179) sugere que “tudo o que pode ser em geral pensado pode ser pensado claramente. Tudo que pode ser dito, pode ser dito claramente.” Nesta perspectiva, o médico, na relação com o paciente, averigua e localiza informações com o paciente, por meio daquilo que sua linguagem expressa, seja através de palavras, gestos, ruídos, silêncio, fisionomia, postura corporal, ou qualquer outro mecanismo.

Contudo, essa totalidade da linguagem do paciente deve ser clara para esses profissionais, a fim de que eles possam encontrar os achados, sinais e sintomas capazes de serem interpretados e traduzidos em um diagnóstico médico para futura terapêutica. O fato é que os profissionais também deverão ser claros para comunicar suas prescrições de cuidados. Consoante esse argumento, é imprescindível que o paciente receba esclarecimentos sobre os procedimentos considerados necessários ou indispensáveis para o correto desempenho dos procedimentos adotados (FRANÇA, 2000).

É mister enfatizar que, no processo de comunicação entre o médico anesthesiologista e o paciente, é necessário evitar expressões técnicas que dificultem a compreensão. Nestes termos, o paciente deve compreender o sentido das informações transmitidas pelo médico, com exposição das alternativas de tratamento; recebimento de orientações acerca dos procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos e conscientização sobre as possíveis complicações e/ou sequelas que possam ocorrer (SANTOS, 2010).

Fundamental é, pois, que o médico escute o paciente, dando provas e créditos de que está prestando atenção, dialogando. Fernandes (2005) destaca isto como essencial para o estabelecimento de qualidade da relação. Vale ressaltar que o paciente precisa falar e, sendo ouvido, passa a ser reconhecido como um ser igual; logo, fazendo-se compreender, ele se revela livre e pleno de sentimento de dignidade ao expressar sua autonomia. Com base em tal entendimento, Carneiro et al. (2011) aludem que, a informação (discurso) e a comunicação em saúde devem

compor instrumentos promotores da dignidade do paciente e de proteção a qualquer ofensa à dignidade do ser humano, levando-se em consideração as ideias de autonomia do usuário, da privacidade e de consentimento informado livre e esclarecido.

Os autores Oliveira, Sá e Silva (2007) destacam que a autonomia do paciente é um direito recente na história da ética médica, uma vez que, no início do século XIX, eram os médicos que determinavam o que deveria ser feito. Apenas a partir do segundo terço do século XX, é que os códigos de deontologia médica passaram a indicar a obrigação do profissional de informar o diagnóstico previamente ao doente para conseguir o seu consentimento.

A palavra autonomia tem sua origem nos termos gregos *auto* e *nomos*, e significa faculdade para governar a si mesmo. Para Molina et al. (2003, p.19), o princípio da autonomia expressa o livre arbítrio das pessoas, “os direitos humanos à dignidade, à privacidade e à liberdade e autodeterminação dos indivíduos.”

Durant (2003) verifica que a autonomia do paciente, no campo da saúde, não significa apenas recorrer ao seu autogoverno, mas ajudá-lo a descobrir ou escolher o que está de acordo com o sentido do respeito da dignidade humana. Portanto, negar ou ocultar informações ao paciente infringe o direito à verdade e o direito à confidencialidade, além de interferir na participação na tomada de decisões sobre sua vida pessoal, confrontando, dessa forma, o princípio da autonomia.

Convém enfatizar que o princípio da autonomia do paciente, de ser respeitado pelo médico deve considerar a maneira própria de compreender o mundo do enfermo, deixando de lado a atitude paternalista e hipocrática, ainda arraigada no pensar e operar do profissional de saúde (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

Nesse enfoque, Andrade (2011) comenta que o exercício da autonomia do paciente depende diretamente do relacionamento entre a família, o profissional de saúde e o paciente, sendo de responsabilidade do profissional médico articular esta relação, proporcionando uma comunicação eficaz com a família e o paciente, consentindo que o mesmo assegure sua capacidade de se autogovernar e de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais com abordagem no seu próprio sistema de valores.

A esse respeito, Viera (2003) acrescenta que o paciente maior de idade é detentor do direito de decisão sobre aceitar, ou não, submeter ao procedimento; depois de receber as informações pertinentes e suficientes, ele poderá manifestar-se contra sua participação no tratamento. No caso de o paciente aceitar o tratamento, terá direito ao sigilo profissional, sendo que só ele poderá revelar aos demais, mesmo aos parentes, que se submeteu a tal procedimento.

Cumpra assinalar que, no momento do cuidar, é imprescindível que o profissional de saúde, em particular o médico, respeite a autonomia do paciente, bem como a sua privacidade, haja vista que este é um princípio proveniente da autonomia que engloba a honra, a intimidade e a vida privada dos pacientes, designando que são os próprios indivíduos que têm direito de determinar que suas informações pessoais sejam mantidas sob seu controle, como têm direito de comunicar a quem, quando, onde e em que condições as informações pessoais devam ser reveladas (SACARDO, 2001).

De acordo com Garrafa (2005), a privacidade está diretamente relacionada ao próprio paciente, no que concerne aos diagnósticos, tratamentos, bem como os dados sobre seu estado de saúde, devendo ser considerada como um dever institucional.

Massarollo, Sacardo e Zoboli (2006) elucidam que se deve pugnar pelo princípio básico da manutenção da confidencialidade da informação que os profissionais de saúde possuem sobre um determinado paciente (segredo profissional) e respeitar que o diagnóstico e toda a informação relacionada ao paciente, que pertençam a este ou aos responsáveis legais em caso de incapacidade ou de menores de idade.

Os autores Fortes e Spinetti (2004) comentam que o direito à privacidade deriva do dever da manutenção do segredo por todos os elementos da equipe de saúde, lembrando que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas todas aquelas que a equipe de saúde descobre no exercício de sua atividade, mesmo havendo desconhecimento do usuário.

No que tange ao consentimento informado do usuário na relação médico-paciente, este tem o objetivo de manter o pacto de confiança e a dignidade humana, por meio da autonomia do usuário da saúde (RICOEUR, 2008).

O consentimento informado está relacionado a um processo que envolve a troca de informações entre os pacientes e profissionais de saúde, em especial os médicos, e as escolhas realizadas de forma autônoma. Conseqüentemente, o processo de consentimento informado promove o respeito a uma autorização autônoma para uma intervenção em saúde, o que vai além de uma anuência ou concordância, enfatizando-se que todo consentimento informado é possível e passível de anulação (ZUBEN, 2007).

Vianna et al.(2010, p.154) reforçam que o consentimento informado utiliza, como ferramenta, a informação e está em sintonia com a valorização da autonomia do paciente. Logo, está subentendido o respeito pela vontade do paciente “em conhecer ou não o seu estado clínico, assim como a verdade sobre sua evolução e possíveis tratamentos.”

Portanto, a informação assume papel preponderante para fortalecer a relação médico – paciente. No campo da anestesiologia, França (2000) enfatiza que o paciente deve receber esclarecimentos sobre os procedimentos considerados necessários ou imprescindíveis para o correto desempenho do ato cirúrgico, ou de qualquer outro procedimento adotado.

Nesse contexto, Tavares (2003) afirma que a informação é um pré-requisito fundamental para o consentimento do paciente e a legitimidade do ato terapêutico a ser praticado pelo profissional e remete ao princípio da autonomia ou princípio da liberdade, segundo o qual todo indivíduo tem o direito de ser autor do seu destino e de escolher o caminho que lhe convém. Uma das formas de expressão da autonomia do paciente consiste em aceitar, ou não, submeter-se a determinado procedimento após receber as informações necessárias sobre ele.

Santos (2010) alerta que, no processo de comunicação entre o anestesiolegista e o paciente, é preciso evitar expressões técnicas que dificultem a compreensão, além de repetir as informações quantas vezes forem necessárias. A autora lembra que o paciente precisa compreender o sentido das informações, com apresentação das alternativas de tratamento; receber orientações a respeito dos procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou preventivos; saber das possíveis complicações e sequelas decorrentes de determinada intervenção, obter informações quanto à eficácia do tratamento, dores, desconfortos, custos e duração do tratamento, entre outras informações relevantes.

Meneses (2001, p.427) argumenta que, além de fornecer informações, o anestesiológico deve, especialmente, preparar o paciente, no campo médico e psicológico; prever possíveis dificuldades; acalmar o doente; conquistar-lhe a colaboração e confiança e preparar-lhe o organismo para o ato cirúrgico. O autor acrescenta que não se deve praticar a anestesia sem consentimento do paciente, ou em caso de impedimento, pelos que o tiveram a seu cargo.

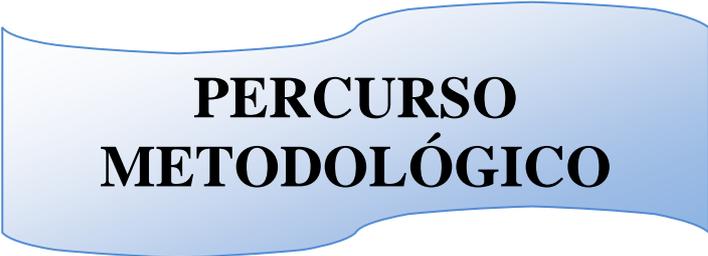
Udelsmann (2006) destaca que o paciente tem o direito de ser informado a respeito do ato médico e de discutir com o profissional as informações recebidas, havendo respeito ao princípio da universalidade, visto que todos os pacientes têm direito a uma anestesia de qualidade, independentemente de raça, religião, sexo, classe social, orientação política ou qualquer outra variável.

Ao assistir o paciente, o médico, particularmente o anestesiológico, precisa possuir competência em comunicação (habilidades técnicas, reflexão na ação e atitude ante o sofrimento do paciente) e competência emocional (capacidade de reconhecer e gerenciar as emoções que surgem na consulta). Para bem acolher o paciente, o profissional deve possuir qualidades de superfície (tom caloroso, respeito às diferenças e às opiniões do paciente, e cordialidade, levando-o a sentir-se bem-vindo) e qualidades profundas como empatia (saber colocar-se no lugar do outro), contenção emocional (saber escutar) e assertividade (saber qual caminho seguir em cada momento). Além de estabelecer uma relação interpessoal com o paciente, o profissional deve formular um diagnóstico e propor um plano terapêutico, não devendo menosprezar os acompanhantes (BORRELL, 2004).

Nesse sentido, o médico anestesiológico, ao assistir o paciente, deve ser solícito e demonstrar interesse não simplesmente pela sua patologia, mas, em especial, pela sua condição de ser humano, visto que a humanização dos cuidados em saúde “pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitimem o humano das pessoas envolvidas.” (PESSINI, 2004, p. 3).

Assim, para promover o cuidado humanizado ao paciente que irá submeter-se a uma intervenção cirúrgica, é indispensável que o médico anestesiológico, no seu cotidiano profissional, busque estabelecer uma relação empática mediante uma comunicação verbal e não verbal com o paciente, pautada em princípios éticos que

valorizem o respeito à autonomia do mesmo, bem como a sua privacidade e sigilo de dados confidenciais.



**PERCURSO
METODOLÓGICO**

3.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa constitui um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa, a qual teve como foco central investigar a compreensão de médicos anesthesiologistas sobre o fenômeno do acolhimento. No entendimento de Sacardo (2001), a pesquisa exploratória tem a finalidade de conhecer um determinado campo de estudo e fomentar questões para dar continuidade a futuros estudos.

Quanto à abordagem qualitativa, sua escolha para nortear este estudo se deu por ser a que melhor respondia ao seu propósito. Minayo (2008) destaca a importância do uso desse enfoque para a análise de fenômenos que compreendem respostas a questões particulares que envolvem significados, crenças, valores e atitudes que não podem ser operacionalizados ou mensurados a partir de equações estatísticas.

Ao discorrer sobre pesquisa qualitativa, Chizzotti (2007) refere que esta se fundamenta em dados coligidos nas interações interpessoais, na coparticipação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos, partindo do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objeto e à subjetividade do sujeito.

3.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), situado na cidade de João Pessoa-PB, cenário de prática de saúde de média e alta complexidade, sendo referência para os usuários do Sistema Único de Saúde. A escolha do HULW foi feita por ser o local em que a pesquisadora desenvolveu atividades profissionais quando da residência médica em anesthesiologia, bem como por este se constituir, a *priori* um cenário favorecedor para a implementação da Política de Humanização do SUS.

3.3 Participantes da investigação

Os participantes do estudo compreenderam dezesseis médicos anesthesiologistas em atividade no centro cirúrgico do HULW, que aceitaram, livremente, participar da investigação, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que permitiram o uso do sistema de gravação das entrevistas. Vale ressaltar que, em pesquisas com abordagem qualitativa, a ênfase não se dá no número de participantes envolvidos na investigação, pois a representatividade é assegurada pela capacidade de se refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões a partir dos discursos emergidos, possibilitando a compreensão do fenômeno investigado.

Assim sendo, neste estudo, a amostra foi definida a *posteriori*, após o mecanismo de saturação ou repetição dos dados empíricos. Ao discorrer sobre esta questão, Duarte (2002) salienta que, numa metodologia de base qualitativa, o número de sujeitos participantes do estudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como do grau recorrência destas informações.

3.4 Procedimentos para coleta dos dados

A apreensão dos dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2010, após agendamento prévio com os participantes, por meio da técnica de entrevista por ser essa estratégia a que melhor se adequava ao alcance dos objetivos do estudo. Cruz Neto (2004) considera a entrevista uma conversa a dois, com propósitos definidos, que permite a coleta de dados objetivos e subjetivos que respondem a um determinado fim. Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004), por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados em profundidade por meio de outra estratégia de coleta de dados.

Para garantir a fidedignidade dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio após consentimento do entrevistado para o uso de gravador. Conforme Belei et al. (2008), o uso de gravador é indicado na realização de entrevistas, para que seja ampliado o poder de registro e captação de elementos da comunicação de

extrema importância para desvelar o fenômeno sob análise, aprimorando a compreensão da narrativa.

No tocante ao instrumento de coleta de dados, este compreendeu um roteiro de entrevista semiestruturada, envolvendo quatro questões norteadoras referentes ao objeto da pesquisa (Anexo I): Qual a sua compreensão a respeito do acolhimento? Como você percebe o acolhimento na sua prática profissional? O que você acha da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuário do SUS? Quais as estratégias que você adota para humanizar a sua relação com seu paciente no momento do acolhimento?

3.5 Aspectos éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – sob o protocolo de Nº 396/10. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito do caráter do estudo; de seus objetivos; do livre consentimento; do sigilo dos dados coletados, assim como do direito de declinar da sua participação, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ou dano. Firmou-se o compromisso da pesquisadora em seguir as observâncias, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras para a pesquisa, envolvendo seres humanos no país.

3.6 Processo de análise dos dados: discurso do sujeito coletivo

Após a etapa de transcrição do material empírico obtido a partir das entrevistas, foram realizadas leituras sistemáticas e objetivadas do referido material, o qual foi analisado na perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000). O Discurso do Sujeito Coletivo compreende um conjunto de falas individuais das quais são retiradas as ideias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo, buscando clarificar a representação social de um determinado fenômeno.

O Sujeito Coletivo se expressa por meio de um discurso emitido a primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Após a identificação da palavra ou expressão que revele a essência do sentido da resposta (ideia central) e encontradas palavras ou expressões adequadas para representar os depoimentos (expressões-chave), temos as categorias (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000). A categorização permite que vários depoimentos/discursos sejam colocados na mesma categoria, sendo considerados iguais ou equivalentes, porque expressam a mesma ideia.

Dessa forma, foi possível chegar à categorização por meio dos discursos que expressaram a mesma ideia ou complementar, considerando que as falas apresentadas em cada categoria compuseram um discurso único de todos os sujeitos. Em seguida, as respostas às questões de cada um dos entrevistados foram identificadas com total resgate da literalidade da fala dos sujeitos, e as categorias foram delimitadas.

No intuito de sumarizar o exposto, ressalta-se que a operacionalização desse procedimento analítico obedeceu aos seguintes passos: seleção das expressões-chave de cada discurso particular as expressões-chave são segmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo; identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave constitui a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente; identificação das ideias centrais semelhantes ou complementares; reunião das expressões-chave referentes às ideias centrais, semelhantes ou complementares, num discurso síntese, que é o discurso do sujeito coletivo.

Em um último momento, com base nas ideias centrais, reunidas e devidamente embasadas no discurso literal dos sujeitos que expressassem o modo de pensar dos médicos inseridos no estudo, quanto ao acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anestesiológicas e usuários do SUS, foi construído o Discursos do Sujeito Coletivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo é constituído de dados qualificadores dos participantes do estudo e informações específicas referentes à análise da temática acolhimento. Neste tópico, buscou-se, acima de tudo, apreender a lógica que orientava e dava sentido ao discurso do sujeito coletivo, aqui representado pelo posicionamento de médicos anesthesiologistas frente à ação de acolher. O discurso apresentado é refratário e ambíguo, como a própria subjetividade. Assim, pode ser entendido como um conjunto de textos nem sempre interligados e, por vezes, contraditórios.

A estruturação do discurso do sujeito coletivo, produzido ante à temática sob análise, deu-se a partir das seguintes questões norteadoras: **Qual a sua compreensão a respeito do acolhimento? Como você percebe o acolhimento na sua prática profissional? O que você acha da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuário do SUS? Quais as estratégias que você adota para humanizar a sua relação com o seu paciente no momento do acolhimento?**

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

As variáveis relativas às características dos anesthesiologistas, evidenciadas na Tabela 1, a seguir, compreendem: sexo, tempo de formado, pós-graduação e tempo de atividade no campo da anesthesiologia. Quanto ao sexo, a maioria dos participantes era do sexo masculino. Este achado recebe influência da especialidade, ao longo do tempo, ser exercida essencialmente por homens, apesar da crescente inserção da mulher nesse exercício nos últimos anos. Quanto ao tempo de formado dos participantes, houve predominância do período compreendido entre trinta a trinta e cinco anos, demonstrando, assim, que os anesthesiologistas pesquisados possuem um período prolongado de atividade médica. Quanto ao engajamento dos profissionais em cursos de pós-graduação, observou-se que além de todos possuírem especialidade em anesthesiologia – condição obrigatória para o exercício dessa prática, dois são também especializados em acupuntura, um em medicina do trabalho, um em medicina da família e um com especializado em clínica médica.

Tabela 1 – Distribuição das características qualificadoras dos participantes do estudo. João Pessoa-PB, 2010.

Variável	Amostra (n = 16)	
	n	%
Sexo (%)		
Feminino	4	25,0
Masculino	12	75,0
Tempo de Formado		
10 I--- 15 anos	1	6,0
15 I--- 20 anos	4	25,0
20 I--- 25 anos	3	19,0
25 I--- 30 anos	1	6,0
30 I--- 35 anos	7	44,0
Pós-Graduação		
Anestesiologia	16	100
Clínica Médica	1	20,0
Medicina da Família	1	20,0
Medicina do Trabalho	1	20,0
Acumputura	2	40,0
Tempo de Anestesiologista		
05 I--- 10 anos	1	6,0
15 I--- 20 anos	7	44,0
20 I--- 25 anos	1	6,0
25 I--- 30 anos	2	13,0
30 I--- 35 anos	5	31,0

Fonte: Dados da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Quanto à análise das questões norteadoras do estudo proposto, estas foram analisadas qualitativamente mediante a técnica do discurso do sujeito coletivo e apresentadas em quadros.

No concernente ao discurso do sujeito coletivo, em resposta à questão referente à sua compreensão sobre acolhimento, observaram-se duas ideias centrais, expressas nos quadros 1 e 2: **receber o paciente de forma humanizada e humanização da relação médico-paciente**. Estas ideias, apesar de evidenciarem

congruência em seu sentido, enunciam especificidades. Além disso, guardam consonância com as proposições da política pública de humanização do SUS.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
<p style="text-align: center;">Receber o paciente de forma humanizada</p>	<p><i>O acolhimento para mim significa recepção, é o primeiro contato que você tem com o paciente. O momento que ele tem contato com o profissional que vai atender... Bom, eu acho que o acolhimento é receber o paciente [...] vendo suas necessidades [...] como uma pessoa, acolhida por um grupo de pessoas... Acolhimento é você receber uma pessoa com carinho, com dedicação, principalmente no ambiente hospitalar, para que ela sinta-se, que está chegando num local onde vai ter pessoas amigas que vai tratá-la bem... É como eu recebo meu paciente durante o ato anestésico [...] É o bom tratamento, a boa recepção com o paciente, a boa orientação na hora do atendimento. Eu acho muito importante a pessoa ser bem orientada [...] Acolher é você receber bem, dar atenção [...] É como se fosse um humanismo, é ter educação com o paciente, ter calma, ter compromisso... Acolhimento é você passar para o paciente um pouco de confiança, amizade, compreensão e fraternidade. É receber bem, acolher. Esse acolhimento tem que ser feito pelo grupo lá [...] psicólogos, assistentes sociais [...] para que o paciente chegue na sala de cirurgia bem mais tranquilo, com algumas informações. É você se colocar no lugar do paciente.</i></p>

Quadro 1 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 1.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Na ideia central **receber o paciente de forma humanizada**, evidencia-se que a compreensão a respeito do acolhimento por parte dos participantes da pesquisa é a recepção do paciente de forma humanizada, pois, nesse momento, ocorre a primeira interação entre médico e usuário durante o atendimento. É neste contexto que o médico anestesiológico compreende que deve tratar o paciente com carinho e

ser acolhedor. O reconhecimento da importância do acolhimento nas ações médicas foi muito enfatizado pelos participantes do estudo, conforme está assinalado no discurso que se segue:

[...] O acolhimento pra mim significa recepção, é o primeiro contato que você tem com o paciente. O momento que ele tem contato com o profissional que vai atender.

O discurso do sujeito coletivo dos médicos inseridos no estudo, expressa também o reconhecimento dos médicos anestesiológicos no que se refere à compreensão do acolhimento como prática que busca a humanização do cuidado:

[...] Acolhimento é uma forma [...] de atender o usuário do SUS de uma forma humanizada, respeitosa, em que o profissional que está à frente, normalmente um médico, ele possa ouvir alguns questionamentos, as queixas e dar um encaminhamento para as soluções.

O discurso do sujeito coletivo dos participantes da pesquisa revela, ainda, que o médico, ao realizar o acolhimento, demonstra seu lado fraterno, humano e sensível, especialmente ao perceber o usuário receptor do cuidado dispensado pelo anestesiológico como um ser que precisa de atenção, carinho, cuidado e respeito: “[...] acolhimento é você passar para o paciente um pouco de confiança, amizade, compreensão e fraternidade [...].”

Segundo Deslandes (2005), a humanização do atendimento engloba, fundamentalmente, aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o acolhimento, além de estar relacionada também a um maior diálogo, bem como à melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. A autora ainda destaca o reconhecimento das expectativas de ambos os elementos referidos como sujeitos do processo terapêutico. Enfim, o desafio da humanização significa o desafio da alteridade o qual se realiza na aceitação legítima desta com suas diferenças e singularidades intrínsecas.

Campos (2000) entende que a humanização traz consigo a necessidade do cultivo da solidariedade e o empenho no apoio social, e assim inibir ou desmotivar aos poucos a tendência essencial da sociedade capitalista de superação a todo custo do outro, ao invés de cooperação, que é o ideal da humanização.

De acordo com o discurso do sujeito coletivo dos entrevistados, durante o acolhimento o papel do médico anesthesiologista amplia-se, tanto previamente, a anestesia, como durante o seu curso, pois ele passa a escutar mais ativamente os problemas do paciente, preocupando-se e responsabilizando-se por todos aqueles que demandam seus cuidados. Nesta perspectiva, o acolhimento inclui também o sentido de afeição e preocupação. Assim, o anesthesiologista precisa ter sensibilidade para saber ouvir o ser cuidado com educação, estabelecendo com ele uma boa relação, pautada na confiança, amizade, compreensão, atenção, compromisso e resolutividade de suas ações, como revela a fala seguinte:

[...] acolher é você receber bem, dar tudo, atenção, [...] é ter educação com o paciente, ter calma, ter compromisso, e ter resolução em saber ouvir e saber resolver de alguma forma o problema do paciente.

O posicionamento do sujeito coletivo ora ressaltado está em consonância com o pensamento de Franco, Bueno e Merhy (1999) sobre acolhimento. Para estes autores, tal ação adquire uma expressão significativa em todo lugar em que ocorre um encontro entre provedores e receptores de cuidado em que se operam processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a construção dos vínculos e dos compromissos e projetos de intervenção.

Ramos (2001) entende que o acolhimento deve sumariar atitudes inspiradas por ações que demonstrem resolutividade. Campos (2000), define o acolhimento como uma relação humanizada efetiva, caracterizada por uma escuta qualificada dos profissionais de saúde aos usuários do sistema. Ainda segundo este autor, os recursos tecnológicos são um valioso auxiliar da prestação de serviços aos usuários.

Guimarães (1997), na esteira de Campos (2000), vê no acolhimento um facilitador da construção do vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário, integrando-o melhor ao sistema.

Conforme exposto, o anesthesiologista, ao acolher, precisa saber ouvir o usuário em sua totalidade, não só como portador de uma patologia, mas como um ser especial, que possui suas características, valores e essência que, muitas vezes, se encontra fragilizado nos aspectos físico, emocional, social e espiritual (SILVA; ALVES, 2008). Esta visão deve sempre permear as ações do médico, tanto no

acolhimento, como nas orientações sobre exames, medicações, dieta, atividade física, entre outros.

Outra questão que foi pontuada pelos anesthesiologistas participantes da pesquisa está relacionada à humanização da relação com os usuários e com a equipe de trabalho, proporcionando acesso efetivo, individualizado e integral às ações de saúde. Souza et al. (2008) enfatizam que o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender da melhor forma o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário capacitar os profissionais para recepcionar, atender, escutar, dialogar.

Essa concepção de acolhimento guarda relação com as pressuposições sobre o tema versadas por Prochnow et al. (2009) as quais salientam, entre seus atributos ou características essenciais, maior humanização do atendimento nas unidades de saúde, ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que demandam algo dos serviços de saúde, efetiva responsabilização dos profissionais com a saúde desses cidadãos. Com esse mesmo entendimento sobre o assunto, Solla (2005) afirma que o acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas, promovendo a escuta de forma adequada e humanizada.

Acolhimento implica transformar a maneira como vem ocorrendo o acesso à saúde por parte da população, desde a “porta de entrada” por meio de medidas, como recepção ao paciente, agendamento de consultas e programação de serviços, além de contribuir para a humanização e a melhoria da qualidade da atenção, uma vez que envolve a reorientação dos profissionais em sua relação com os usuários (GOULART; CHIARIS, 2010). Nesse contexto, diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que, em relações intercessoras com os usuários, produzem o cuidado (FRANCO; MERHY, 2007).

Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Humanização da relação médico-paciente</p>	<p><i>Uma maneira de atender o usuário do SUS de forma humanizada e respeitosa... Seria o atendimento ao paciente para conhecê-lo, para tentar humanizar o processo... Acolhimento é a relação médico-paciente adequada, podemos chamar assim, de uma humanização na medicina... É informar, aconselhar e tranquilizar o paciente a respeito da sua anestesia... Acolhimento, no meu entender, [...] é a técnica de humanização, uma técnica de relacionamento médico-paciente... É fazer o paciente adquirir confiança naquelas pessoas que vão cuidar dele [...] É humanização, é a maneira como você cuida do paciente, uma maneira humana... É o relacionamento médico-paciente, em que há um nível de confiança, de respeito. O paciente começa a confiar. Sente-se mais próximo do médico. Não sente a distância médico-paciente. Não sente o médico como um Deus, sente mais próximo, mais humano... [...] Essa prática do acolhimento melhora muito a relação médico-paciente. Eu entendo como um conjunto de ações. A humanização, ela não é feita por um único profissional; ela é multiprofissional, feita por todos os segmentos e setores envolvidos na assistência, que tenha um olhar diferenciado para o usuário. Humanização para mim é tratar o paciente com carinho, com dedicação, com presteza, com confiança, e também, acima de tudo, com respeito.</i></p>

Quadro 2 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 1.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

O discurso do sujeito coletivo dos médicos envolvidos na pesquisa, expresso na ideia central 2, revela a **humanização da relação médico-paciente** como uma forma de acolhimento. Isso requer, por parte do médico, atitudes no atendimento que estejam em conformidade com o respeito ao usuário. Esse discurso evidencia o reconhecimento dos anestesiólogistas participantes do estudo, quanto à importância de uma boa relação médico-paciente para a humanização da assistência, sendo

esta compreendida como um “método de humanizar a medicina”: “[...] humanizar é a maneira como você cuida do paciente, uma maneira humana. [...] acolhimento é a adequada relação médico-paciente, podemos chamar de uma humanização da medicina [...]”

Nessa perspectiva, Backes, Lunard Filho e Lunardi (2006) referem que a humanização é muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção. Significa estreitar relações interprofissionais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração e a razão, se manifestem nas relações de trabalho do dia-a-dia.

Outra concepção que emergiu no discurso do sujeito coletivo dos profissionais participantes da investigação, foi a compreensão do acolhimento como humanização da relação médico paciente: Acolhimento, no meu entender, “[...] é a técnica de humanização, uma técnica de relacionamento médico-paciente.” Percebe-se que cuidado humanizado é aquele que contempla a valoração e o respeito, trazendo confiança para quem vai ser cuidado, garantindo melhores condições para um atendimento de qualidade.

A postura acolhedora de cada profissional no serviço é primordial para que se estabeleça o acolhimento e a humanização da assistência. As dificuldades existem, mas a força de vontade de cada um, a qualificação e capacitação profissional, a postura adequada, a transmissão de confiança para a população, juntamente com o estabelecimento de vínculos com a mesma, tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde, adequando-se medidas que possam garantir atendimento a todos de forma humanizada (SILVA; ALVES, 2008).

Pesquisa realizada por Souza et al. (2008), em diferentes cenários de cuidado, revela que os profissionais de saúde citam o acolhimento como um elemento importante para organizar a demanda e o processo de trabalho, porém reconhecem que tal ação exige muito esforço e dedicação de vários profissionais, aspecto também abordado pelos participantes da pesquisa: “[...] a humanização não é feita por um único profissional, ela é multiprofissional, feita por todos os segmentos e setores envolvidos na assistência, que tenha um olhar diferenciado para o usuário.”

Somente um médico humanizado pode compreender o cuidado humanizado. Vale ressaltar que a relação entre médico e paciente não é apenas uma relação profissional e racional. Desse modo, não pode ser substituída por máquinas. Tratando disso, Van der Molen e Lang (2007) destacam a importância de serem incorporadas nessa relação às habilidades técnicas e as necessidades de se particularizar a aplicação das técnicas por meio de atitudes reflexivas que consideram cada encontro com o sujeito do cuidado como único e singular.

Os autores ressaltam ainda a importância da prática reflexiva em oposição à prática automatizada. Para que essa realidade se concretize, observa-se uma necessidade crescente em desenvolver uma comunicação mais aberta entre médicos e pacientes.

Ayres (2004) define como encontro terapêutico efetivo o encontro entre profissionais de saúde e usuários para uma efetiva humanização assistencial. Faz parte importante desse processo a subordinação dos aspectos técnicos profissionais à dimensão dialógica que deve manter assistentes e assistidos no mesmo patamar.

Conforme observado nos quadros 3 e 4, o discurso do sujeito coletivo dos médicos participantes da pesquisa, em resposta à questão: **Como você percebe o acolhimento na sua prática profissional?** Os anestesiólogistas nortearam suas falas em torno de duas ideias centrais: **uma ação importante para qualificar a assistência médica e uma prática que precisa ser melhorada.**

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Uma ação importante para qualificar a assistência médica</p>	<p><i>Uma coisa muito importante. É por meio do acolhimento que se estabelece uma relação de confiança médico-paciente, uma boa qualidade de atendimento, uma satisfação do paciente em relação ao seu tratamento e a sua passagem pelo hospital. É uma forma do profissional, normalmente um médico [...] ouvir questionamentos e queixas do usuário e dar um encaminhamento para as soluções. É você atender bem o paciente, procurando ouvi-lo, atendendo todas as suas necessidades e, com isso, proporcionar um atendimento de qualidade. É o atendimento que deve ser feito ao paciente da melhor maneira possível, a partir do momento de sua chegada ao hospital. Acolhimento seria o atendimento ao paciente para conhecê-lo. É ter resolução, saber ouvir e saber resolver, de alguma forma, o problema do paciente. É submeter o paciente a um procedimento anestésico na melhor situação possível. Dar o melhor para que o paciente seja bem atendido. O importante é você tratar bem, ouvir bem e atender suas necessidades da melhor maneira possível, sem ficar postergando o sofrimento do paciente.</i></p>

Quadro 3 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 2.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

A ideia central **uma ação importante para qualificar a assistência médica**, revela que os anesthesiologistas percebem o acolhimento como algo importante para promover uma assistência resolutiva e de qualidade:

É uma forma do profissional, normalmente um médico [...] ouvir questionamentos e queixas do usuário e dar um encaminhamento para as soluções [...]

É você atender bem o paciente, procurando ouvi-lo, atendendo todas as suas necessidades e, com isso, proporcionar um atendimento de qualidade.

Nesses depoimentos, percebe-se que os participantes do estudo têm em mente que acolher o usuário no serviço de saúde requer atenção, respeito, empatia e responsabilização dos profissionais, tendo como resultado a qualificação e a organização do cuidado em saúde a partir das demandas desse usuário. Corroborando essa assertiva, Ferreira, Cotta e Oliveira (2008), bem como Franco e Merhy (2007), destacam alguns pontos como princípios para organizar o serviço de forma que esta esteja centrada no usuário: reorganizar o processo de trabalho, a fim de que esse desloque o eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional, e qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania.

Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
<p align="center">Uma prática que precisa ser melhorada</p>	<p><i>Trabalhamos nas urgências [...] Temos pouco tempo de contato com o paciente. Muitas vezes, abordamos o paciente no momento em que vamos praticar o ato anestésico... Muito aquém, precisa melhorar muito, viu? [...] Tem que ter. Porque você só faz alguma coisa se você conhecer as necessidades [...] principalmente do paciente do SUS que sofre para fazer um exame, para fazer uma cirurgia [...] Demora! [...] O aparelho quebrado! Tem dificuldade [...] O profissional viajou, não tem profissional. Então, todos esses fatores dificultam mais ainda o tratamento do paciente do SUS... Precisa de profissionais bem remunerados, trabalhando com condições de trabalho dignas e adequadas. Precisa de hospitais bem equipados [...] Muitas vezes, você trabalha no limite. Faz um procedimento sem ter as condições adequadas... Precisa de tempo. Para humanizar, você tem que ter uma coisa chamada tempo [...] Humanização leva tempo. Tempo para escutar o paciente, de realmente ouvir, ouvir toda a história dele. Dar uma resposta para ele, que o direcione. Sem tempo não existe humanização. Na prática diária, eu não vejo isso. O acolhimento deveria ser como uma rotina, envolvendo com todos os profissionais dos serviços... Existem pessoas que [...] tratam muito seco, muito artificial, muito robótica [...] Às vezes, a gente vê que a mãe vem sozinha e fica num ambiente desconhecido. Quando termina a cirurgia, eles não têm informação adequada.</i></p>

Quadro 4 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 2.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Vale ressaltar que são diversos os aspectos em que o ser humano precisa de cuidados. No campo da assistência à saúde, essa necessidade se torna mais complexa, demandando uma efetiva funcionalidade das instituições envolvidas na implementação desse cuidado, pois é para esses cenários que as pessoas se

dirigem quando estão “doentes” ou submetidas a algum tipo de dor ou sofrimento. Nesse contexto, verifica-se, na maioria das vezes, que, quando o acolhimento não se efetiva, observa-se um descuidar, o que, de algum modo, desperta no grupo pesquisado a consciência de que essa **prática [do acolhimento] precisa ser melhorada**, eixo organizativo do discurso do sujeito coletivo presente na ideia central 2, conforme enuncia o trecho que se segue:

[...] você só faz alguma coisa se você conhecer as necessidades [...] principalmente do paciente do SUS que sofre para fazer um exame, para fazer uma cirurgia [...] Demora! [...] O aparelho quebrado! Tem dificuldade [...] O profissional viajou, não tem profissional. Então todos esses fatores dificultam mais ainda o tratamento do paciente do SUS.

O reconhecimento dos anestesiólogos de que a prática do acolhimento no âmbito do SUS precisa ser melhorada se dá, entre outros fatores, por estes verificarem inúmeros problemas na funcionalidade dos serviços de atenção à saúde, especialmente na atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade. Entre esses problemas, identificam-se falta de profissionais acolhedores, déficit de recursos técnicos, inexistência de uma política de capacitação dos diferentes atores envolvidos no cuidado, demanda reprimida e outros. Não devemos esquecer que a estratégia do acolhimento é uma ação que visa oferecer serviços de saúde a partir de critérios técnicos, éticos e humanitários (RAMOS; LIMA, 2003).

Ramos e Lima (2003) ressaltam ainda que, para os profissionais de saúde exercerem uma prática de acolhimento com atuação positiva sobre a qualidade dos serviços, eles devem colocar-se no lugar do usuário, sentindo, assim, suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para a instância do sistema que seja capaz de responder a essas demandas. Com o mesmo entendimento sobre a questão, Cordeiro (2002) salienta que acolher diz respeito a dar crédito, ouvidos, agasalhar, receber, atender, admitir. Considerando o sistema de saúde, pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços e também a oferta de assistência adequada, ou seja, posicionamentos e comportamentos inclusivos.

Outra problemática evidenciada no discurso do sujeito coletivo dos médicos envolvidos na pesquisa que enseja melhora na prática do acolhimento no cenário do SUS refere-se ao distanciamento entre o provedor e o receptor de cuidado, seja pela falta de contato do médico com o paciente, seja em decorrência da precariedade da estrutura de alguns serviços.

Existem pessoas que [...] tratam muito seco, muito artificial, muito robótica [...] Às vezes, a gente vê que a mãe vem sozinha e fica num ambiente desconhecido; Quando termina a cirurgia, eles não têm informação adequada.

Precisa de hospitais bem equipados [...] Muitas vezes você trabalha no limite. Faz um procedimento sem ter as condições adequadas.

Para Lima (2004), a corresponsabilidade entre provedor e receptor do cuidado requer vínculo efetivo entre estes. Além disso, esta ação deve ser realizada considerando as especificidades de cada caso ou de cada situação de cuidado. A mudança da cultura de atenção exige capacitação e constante aprimoramento dos profissionais para aumentar sua capacidade de analisar e intervir em seus processos de trabalho, de maneira adequada para o usuário e para si. Cabe destacar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, do direito e da solidariedade humana.

Considerando a pergunta três em questão: **O que você acha da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuário do SUS?** O discurso do sujeito coletivo dos médicos envolvidos na pesquisa possibilita verificar que os anestesiológicos acham: **uma abordagem holística do paciente**, bem como **uma estratégia que melhora a relação médico-paciente**.

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
	Humanização, como o próprio nome já diz, é você tratar bem o paciente, fazer uma anamnese bem feita, estar sempre presente ao seu lado, olhando a monitorização, o pulso, as pupilas, a mucosa e a perfusão do paciente. No caso

**Uma abordagem holística do
paciente**

da anestesia, você tem que estar lá. Sempre olhando como é que estão as condições clínicas do paciente, auscultando o paciente, estando sempre vigilante. A vigilância é importantíssima. É um contrassenso você humanizar o humano, mas é necessário. A prática deve ser humanizada, tratando o indivíduo como um ser humano que tem todos os outros contextos: social, psíquico, econômico. Tudo isso está envolvido. Humanizar é tratar o ser humano com um ser que tem uma consciência, que tem outras necessidades além de um fígado doente, de um pé quebrado, tratando como um ser humano que tem família, que tem emprego, que tem dúvidas, que tem vulnerabilidades. Humanizar pra mim é isso, é tratar melhor a pessoa, prover o cuidado humano, não tratá-la como uma peça, como uma doença, como uma perna [...] Tratar o paciente como uma pessoa, não como um número. Considerar sua doença, seu sofrimento, sua angústia. [...] Acolher é humanizar a assistência. É atender com a alma, atender com o espírito. Entender o outro. Escutar o que o paciente tem pra dizer, dar atenção. Eu acho que é esse conjunto de [...] práticas, de ações, é colocar a alma no atendimento. Humanização é você considerar as pessoas iguais, dando carinho e atenção. É fazer com que elas se sintam humanas. [...] quando precisar de uma ajuda, de uma cirurgia, de um atendimento médico, pois são pacientes carentes [...] que se sentem frustrados por terem um nível social diferente [...] O acolhimento já é uma forma de humanização. É, você receber, acolher e orientar bem o paciente [...] É você ter idealismo pela profissão, você ter consciência da importância do seu trabalho diante da anestesia. Medicina a gente faz porque tem vocação. Vejo o paciente holisticamente, como um indivíduo verdadeiro que tem um contexto social, uma família que está num lugar sem pessoas conhecidas [...] Hoje, começa uma nova consciência, com coisas como o

	acolhimento, humanização! É outra visão! Uma nova visão da medicina!
--	---

Quadro 5 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 3.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

No que concerne a ideia central 1- **uma abordagem holística do paciente** -, os participantes do estudo entendem que essa estratégia se dá quando se vê o paciente como um todo. Apesar de o holismo ser um jargão bastante conhecido no campo da saúde, muitas vezes, o paciente é reduzido ao aspecto físico, sendo considerado, no geral, apenas a dimensão material do seu corpo, tornando-o, assim, objeto de desvelo. A despeito disso, o discurso do sujeito coletivo dos participantes da investigação enuncia a importância do atendimento integral à pessoa e sinaliza realização efetiva dessa assistência, conforme se verifica nos relatos a seguir:

[...] A prática deve ser humanizada, tratando o indivíduo como um ser humano que tem todos os outros contextos: social, psíquico, econômico.

[...] Humanizar é tratar o ser humano com um ser que tem uma consciência, que tem outras necessidades além de um fígado doente, de um pé quebrado, tratando como um ser humano que tem família, que tem emprego, que tem dúvidas, que tem vulnerabilidades.

Conforme observado, o discurso do sujeito coletivo dos médicos entrevistados, referente ao seu entendimento sobre cuidado holístico, correlaciona-se com a compreensão de Leite e Strong (2006, p. 204) sobre o fenômeno: “visão do ser humano inserido num contexto biopsicossocial, como um ser singular que traz consigo sua história de vida e seus valores culturais.” Para o alcance dessa meta, Gallian (2001) ressalta a necessidade de uma reflexão histórico-filosófica para que se possa humanizar a medicina e as ciências da saúde em geral. Só um cuidado humano suscita uma abordagem holística.

Na perspectiva do cuidado integral, o indivíduo não deve ser focado apenas em seu problema de saúde, pois isso contradiz a proposta de humanização. Assim sendo, o discurso do sujeito coletivo dos profissionais inseridos no estudo, utiliza as tecnologias leve de cuidado para implementar esse atendimento, envolvendo corpo e alma, como evidencia o seguinte trecho:

[...] atender com a alma, atender com o espírito. Entender o outro. Escutar o que o paciente tem para dizer, dar atenção. Eu acho que é esse conjunto de [...] práticas, de ações, é colocar a alma no atendimento.

Outros aspectos salientados pelos médicos anesthesiologistas para humanizar a relação médico-paciente é tratar o paciente pelo nome, compreender seus anseios, dialogar, informar, conforme evidencia o discurso seguinte: “[...] Tratar o paciente como uma pessoa, não como um número. Considerar sua doença, seu sofrimento, sua angústia.”

Ampliando a concepção do processo de humanização, Martins (2004) comenta que esse evento começa com o entendimento adequado e contemporâneo do conceito de saúde e de bem-estar do indivíduo, promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual.

No discurso dos anesthesiologistas entrevistados, expresso na ideia central 2, referente a sua percepção da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação entre os médicos e os usuários do SUS, observa-se que estes consideram o fenômeno como **uma estratégia que melhora a relação médico-paciente.**

Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
	<p><i>O acolhimento tem que ser feito com todo usuário do sistema, não apenas com o do SUS. Todo paciente é um ser único. Eu acho que o acolhimento tem que existir para todo mundo. A prática do acolhimento é importantíssima para melhorar essa relação médico e usuário do SUS... A tranquilidade e a confiança do paciente contribuem para que o ato anestésico corra a contento. A interação entre o profissional da área médica e o paciente deixa-o mais tranquilo... uma prática necessária para aproximar cada vez mais a relação médico-paciente. O acolhimento é fundamental tanto na relação do paciente com as instituições como com o médico. Humanização pra mim é tratar o paciente com carinho, com dedicação, com presteza, com confiança e, acima de tudo,</i></p>

<p>Uma estratégia que melhora a relação médico-paciente</p>	<p><i>com respeito... É uma mudança de paradigma que produzirá bons resultados. É a essência do exercício da medicina. É tratar o seu semelhante como um semelhante, e não como um objeto de trabalho [...] É exercer a medicina na certeza de que você está lidando com outra pessoa, outro ser humano, A Medicina é uma profissão que é humanitária por excelência, por natureza. Quanto mais precoce o acolhimento, melhor a relação médico-paciente do SUS. Humanização é um conjunto de vários fatores: melhorar o relacionamento médico-paciente [...] Procurar sempre se colocar no lugar do paciente. É o que chamamos de empatia. Ao se colocar no lugar do paciente, o médico identifica quais são suas dificuldades, e o que ele pode melhorar [...], melhorar a dor desse paciente! No caso do clínico, quais são os exames necessários para que o paciente tenha o diagnóstico precoce? O que a equipe multidisciplinar pode fazer para resolver o problema do paciente? [...] É dedicação, atenção. É você ter compromisso com a pessoa que está necessitada, dedicar o que você aprendeu, o melhor para a pessoa que está ao seu lado. Acho que melhora a relação médico-paciente. É isso aí! [...] Aproximação! Você passar a respeitar o paciente nesse aspecto. O respeito ao doente. No acolhimento, eu procuro acolher. Acho importantíssimo você respeitar o doente, você respeitar o doente do SUS. A maneira de acolher o doente é assim: é vendo ele como uma pessoa que é sofreda, uma pessoa que lutou! que precisa!</i></p>
--	--

Quadro 6 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 3.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Entre os diversos fatores que corroboram com a qualidade da interação referida, os profissionais entrevistados salientam a importância de suscitar no paciente um sentimento de confiança, aspecto favorecedor de um ato anestésico tranquilo, conforme elucida essa fala: “[...] A tranquilidade e a confiança do paciente contribuem para que o ato anestésico corra a contento.” Esse discurso deixa

transparecer a importância da conduta humana e solidária como um dos pressupostos fundamentais na assistência humanizada ao paciente do SUS.

O discurso do sujeito coletivo dos participantes do estudo menciona, também, que a assistência humanizada é uma estratégia que deve envolver todas as pessoas inseridas no processo de cuidar em saúde, não apenas aqueles que recebem atenção no âmbito do SUS: “[...] O acolhimento tem que ser feito com todo usuário do sistema, não apenas com o do SUS. Todo paciente é um ser único. Eu acho que o acolhimento tem que existir para todo mundo.” Nesse sentido, os profissionais de saúde devem ser responsáveis por uma prática que tenha em seu cerne o acolhimento, materializado no zelo, na solidariedade, no carinho e no respeito do ser humano sem nenhum tipo de acepção.

É oportuno enfatizar que o profissional de saúde deve acolher os pacientes de modo amável, compreensivo e com carinho, para que eles se sintam valorizados e à vontade para manterem uma relação interpessoal em que, com base na empatia, na confiança e na linguagem acessível, se estabeleça uma interação saudável. Nesse processo interativo, o profissional de saúde sai do lugar de “semideus”, tornando-se humano, e o paciente passa a ter uma atenção mais direta, compartilhando e dividindo responsabilidades no sentido de resolver sua demanda de cuidado.

Considerando tal fato, Ramos (2001) entende o acolhimento como uma postura que o trabalhador em saúde deve procurar desenvolver por meio de ações resolutivas. Segundo o autor, o acolhimento é um facilitador do vínculo entre profissionais de saúde e usuário, proporcionando maior adesão ao tratamento e uma melhor organização dos serviços.

O discurso do sujeito coletivo dos médicos participantes do estudo em resposta à quarta pergunta em questão: **Quais as estratégias que você adota para humanizar a sua relação com seu paciente no momento do acolhimento?** organizou-se a partir de três na ideias centrais: **observação dos direitos do paciente, comunicação terapêutica e consulta pré- anestésica.**

Ideia Central 1	Discurso do Sujeito Coletivo
	<i>Trato igual aos pacientes particulares, às vezes até um pouquinho mais [...] com mais amor. Eles necessitam de mais</i>

<p style="text-align: center;">Observação dos direitos do paciente</p>	<p><i>carinho, de mais acolhimento. Esses pacientes do SUS a gente deve dar realmente um bom acolhimento, até por fator humanitário. Procuro tratá-lo com todo respeito e carinho, deixando ele bem à vontade para que ele se sinta parte da sociedade, do contexto sócioeconômico [...] para que ao buscar a saúde pública, ele encontre realmente tudo aquilo que se deve dar ao ser humano: carinho amor, ética, tudo em prol da saúde do paciente [...] A atenção à saúde do usuário do SUS tem que ser de forma humanizada. Esses usuários realmente [...], como já disse, vêm fragilizados [...] fragilizados emocionalmente e fisicamente. A família também fica lá fora [...] as mães, os pais que não conseguem acompanhar. Essas pessoas são muito fragilizadas em todos os aspectos. Elas carecem e necessitam de nós [...] como médicos, como cidadãos, como agentes que lidam com o ser humano.</i></p>
---	--

Quadro 7 - Ideia central 1 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 4.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

No concernente à ideia central **observação dos direitos do paciente**, observa-se que os médicos anesthesiologistas reconhecem a consideração desses direitos como algo importante para humanizar a relação entre médico e usuário do SUS, ressaltando, em especial, a escuta ativa de seus problemas e o atendimento de suas demandas de cuidado numa perspectiva de igualdade, conforme assinalado nesse discurso:

[...] Trato igual aos pacientes particulares, às vezes até um pouquinho mais [...] com mais amor. [...] A atenção à saúde do usuário do SUS tem que ser de forma humanizada. [...] Para que, ao buscar a saúde pública, ele [o usuário do SUS] encontre realmente tudo aquilo que se deve dar ao ser humano: carinho amor, ética, tudo em prol da saúde do paciente.

O Código de Ética Médica, historicamente, sempre se preocupou em garantir os direitos do paciente, sendo estes ampliados no Código de Ética atual, vigente a partir de 13 de abril de 2010, o qual determina, dentre outras garantias, a

observação ampla da autonomia do paciente (CFM, 2010). Corroborando esse arcabouço legal referente aos direitos do paciente, o Ministério da Saúde divulga documento oficial – “Cartilha dos Direitos do Paciente” – a qual recomenda que, no âmbito do atendimento do SUS o usuário tenha garantido o seguinte: acesso ao tratamento; respeito e dignidade; privacidade e confidencialidade; segurança pessoal; identidade; informação e consentimento (BRASIL, 2006).

A Portaria do Ministério da Saúde de nº 675, de 30 de março de 2006, regida por seis princípios básicos de cidadania, assegura a qualquer cidadão o direito ao ingresso digno no sistema de saúde, seja ele público ou privado. Essa prerrogativa legal destaca: todos têm direito a ser atendido com ordem e organização; quem estiver em estado grave e/ou maior sofrimento precisa ser atendido primeiro; é garantido a todos o fácil acesso aos postos de saúde, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos; o paciente e seus parentes têm o direito de receber informações claras sobre o seu estado de saúde, bem como a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação. Além disso, a referida portaria ressalta que o profissional deve respeitar o corpo do paciente, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança.

Quanto ao direito de informação, o médico, ao se comunicar com o paciente, deve demonstrar segurança e confiança, tendo em mente que ele tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição sociocultural. Na relação entre os atores envolvidos no processo de cuidar, tanto o médico quanto o paciente vêm, gradativamente, modificando-se no sentido de experimentarem uma interação de proximidade, apesar da relação de poder estabelecida entre eles. Nessa condição de proximidade, observam-se forças dinâmicas em que se entrecruzam necessidades, desejos, expectativas, valores, sentimentos, angústias, pressões e outros aspectos (CONEVIVA; SILVA JÚNIOR, 2008).

Cabe destacar que, no geral, a Medicina moderna acabou por afastar-se da missão fundamental, de pensar o ser cuidado, individual ou coletivo, na perspectiva do humano, o que requer reflexão por parte daqueles que exercem a profissão, demandando, por vezes, um retorno às suas origens, em que se verificava maior valorização da pessoa na sua prática diária (DANTAS FILHO; SÁ, 2009). A terapia humanística, o desenvolvimento da biomedicina no século passado, a arte

semiológica e a presença do médico no contexto familiar ou na proximidade do leito, cederam espaço aos sofisticados métodos auxiliares de diagnóstico, que, associados aos exageros da prescrição medicamentosa pluralista e heróica, transformaram o exercício da Medicina numa prática tecnicista e de alto custo e, por vezes, desumana (TEIXEIRA, 2009).

Os médicos anesthesiologistas são afetados substancialmente por essa prática tecnicista, por isso precisam estar mais vigilante com o acolhimento do paciente, principalmente com o atendimento dos princípios fundamentais do Código de Ética Médica (CFM, 2010):

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Pasche (2008), vê o acolhimento como construção de respostas satisfatória às necessidades, passando ao largo da lógica da organização dos serviços, que deve ter no mesmo acolhimento o ideal máximo da realização de seu mister funcional. Além disso, sendo uma diretriz ética é inegociável e, por isto. Uma direção fundamental para a construção de redes de atenção, redes de cuidado.

Ideia Central 2	Discurso do Sujeito Coletivo
	<p><i>Atendendo bem o paciente, escutando-o, esclarecendo todas as suas dúvidas, tranquilizando com relação ao procedimento para que ele chegue tranquilo na sua cirurgia, na sala de cirurgia... Falo uma coisa bonita sobre a paciente. Digo que vai dar tudo certo conto uma piada, peço pra respirar dez vezes, faço um relaxamento... Me identifico para o paciente. Procuo ouvir as suas queixas, entender seu sofrimento, o que é que ele está sentindo. Procuo tranquilizar o paciente, colocando-me à disposição dele para atender suas necessidades [...] Entro sorrindo no quarto do paciente, deixando-o mais descontraído [...] Procuo fazer o</i></p>

Comunicação terapêutica	<p><i>acolhimento, dar o máximo de conforto, de informação, tanto aos pacientes, quanto aos familiares. Sempre converso com o paciente o máximo possível... [...] Mostro ao cliente, que eu estou ali como ser humano, não como um profissional frio! técnico! Ajo de uma forma alegre, eu não trago os problemas que estão lá fora, nem problemas pessoais, nem problemas profissionais. Tento ser o mais próximo do paciente possível. Proporciono a ele um momento de descontração, um momento em que eu utilizo palavras que ele saiba compreender e não estranhar o ambiente no qual ele está inserido naquele momento [...] Você recebe um obrigado, que é muito bom. Procuro fazer, melhorando o relacionamento, entre eu e ele, o relacionamento médico-paciente. Tenho atenção com a pessoa [...] Procuro me comunicar com o paciente, dar informação.</i></p>
--------------------------------	---

Quadro 8 - Ideia central 2 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 4.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Quanto à ideia central **comunicação terapêutica**, o discurso do sujeito coletivo dos entrevistados ressalta a relevância desse instrumento básico do cuidar como estratégia para humanizar suas ações, conforme enunciam as falas em destaque:

Falo uma coisa bonita sobre a paciente. Digo que vai dar tudo certo, conto uma piada, peço pra respirar dez vezes, faço um relaxamento [...].

Me identifico para o paciente. Procuro ouvir as suas queixas, entender seu sofrimento, o que é que ele está sentindo. Procuro tranquilizar o paciente, colocando-me à disposição dele para atender suas necessidades [...] Entro sorrindo no quarto do paciente, deixando-o mais descontraído.

Tento ficar o mais próximo possível do paciente. Proporciono a ele um momento de descontração, um momento em que eu utilizo palavras que ele saiba compreender e não estranhar o ambiente no qual ele está

inserido naquele momento [...] Você recebe um obrigado, que é muito bom. Tenho atenção com a pessoa [...] Procuo me comunicar com o paciente, dar informação.

A comunicação terapêutica consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento para ajudar a pessoa a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios para enfrentar seus problemas, a exemplo daqueles relacionados à saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Convém salientar que a comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre o médico e o paciente, mas é uma ação que deve ser planejada e individualizada, não devendo ser realizada de forma intuitiva.

Para Coneviva e Silva Júnior (2008), na comunicação com o paciente faz-se necessário o uso de uma linguagem de compreensão clara, sem nunca fugir da verdade, respeitando-se o ritmo do paciente, sem produzir desesperança nem ferir a sua autoestima. Os autores acrescentam ainda que, na abordagem da comunicação efetiva como direito do paciente, o médico necessita saber escutar, isentar-se de preconceitos, evitar julgamentos morais, perda da delimitação dos papéis e o descompasso semântico – uso de palavras ou jargões técnicos que para o médico tem um significado e para o paciente tem outro, às vezes, o oposto. Nesse processo de comunicação, os médicos precisam lidar com a diversidade cultural e com a aprendizagem de novos valores.

No entendimento de Miceli (2009), a comunicação também pode ser inadequada ou insatisfatória, dependendo de aspectos de conteúdo e de relação. Segundo a autora, diferentes estudos referentes à comunicação médico-paciente apontam falhas na informação de conteúdos (geralmente aquém do desejado pelos pacientes) e na relação (médicos distantes, rudes ou centralizadores).

Entretanto, a despeito de tecnologias cada vez mais avançadas, no modelo biomédico as técnicas de relação utilizadas pelos médicos na interação com os pacientes mostraram-se insatisfatórias para muitos deles, dificultando a comunicação entre médicos e pacientes e podendo comprometer a adesão aos tratamentos e os resultados dos tratamentos advindos destas tecnologias. Para uma boa prática médica, o acesso à tecnologia deve se somar à interação satisfatória entre médico e paciente (MICELI, 2009).

No discurso do sujeito coletivo dos médicos envolvidos no estudo, ainda em resposta à questão ora apresentada, os médicos ressaltam o uso da **consulta pré-anestésica**, como estratégia de acolhimento para humanizar o cuidar, pois, muitas vezes, a anestesia gera temor, quase sempre maior do que a própria intervenção cirúrgica.

Ideia Central 3	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Consulta Pré- Anestésica</p>	<p><i>Na visita pré-anestésica, me identifico. A gente conversa [...] O acolhimento é a gente conversar o dia a dia, para o paciente sentir que é igual, todo mundo é igual. Você vai tirando as dúvidas, conforme o nível a linguagem dele. Você não pode usar uma linguagem técnica. Oriente sobre a medicação e o jejum. Explico o porquê de se parar o remédio [...] Os pacientes saem agradecidos [...] Doutora, agora estou confiante, agora fiquei mais tranquilo. O paciente fica confiante, ele vai tranquilo. Nós anestesistas realizamos o acolhimento na visita pré-anestésica. O acolhimento eu acho que é 30% da cirurgia [...] O paciente fica confiante, ele vai tranquilo para a cirurgia. A gente faz a visita pré-anestésica e pós-anestésica. A visita pré-anestésica é o primeiro contato do anestesista para conhecer o doente. Inicia o primeiro contato [...] O paciente vai querer questionar sobre a cirurgia. Se esclarece tudo o que ele quiser saber. Orienta com relação ao procedimento anestésico. O paciente já vai para a cirurgia conhecendo você, vai chegar de forma mais tranquila e melhor acolhido, sabendo que seu problema vai ser resolvido da melhor maneira possível e que confia nos profissionais que vão fazer esse procedimento. O mais importante é esse apoio psicológico que a gente vai dar ao doente [...] Sempre me identifico, quando eu chego... Primeiro eu chamo o paciente pelo nome [...] Aquele bom dia ou boa tarde, ou boa noite! Um grau de empatia.</i></p>

	<p><i>Às vezes, até chego a conversar sobre outros assuntos que não a cirurgia pra deixá-lo mais relaxado. Pergunto pela família, quem é que está acompanhando, pergunto dos medos que ele tem e o que está lhe preocupando mais. Às vezes os pacientes têm mais medo da anestesia do que da cirurgia. Às vezes, a cirurgia é enorme, mas ele está preocupado com a anestesia, se vai dormir, se vai acordar, se as pernas vão mexer de novo. Gosto muito de ouvir as pessoas na consulta pré-anestésica. É de fundamental importância. O usuário traz informações importantes sobre as medicações que faz uso, as alergias. É importantíssimo para nós anestesistas saber disso. Na medida do possível, a gente procura fazer esse acolhimento ao nosso usuário. De forma educada, procurando tranquilizar, procurando ouvi-lo, para que o paciente não tenha medo do procedimento, medo do desconhecido. Na consulta, procuro me identificar [...] pergunto como vai, trato o paciente como gente! Como pessoa! Dou o apoio necessário. Com isso, você está ajudando alguém. [...] Fazer uma consulta real e atualizada, sem pressa, dando resolutividade ao problema.</i></p>
--	--

Quadro 9 - Ideia central 3 e discurso do sujeito coletivo em resposta à questão 4.

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, João Pessoa, 2010.

Assim sendo, no discurso que se segue, os médicos pesquisados enunciam a importância da consulta pré-anestésica como uma ação eficaz para o estabelecimento de diálogo entre o médico e o paciente.

[...] Na visita pré-anestésica, me identifico. A gente conversa [...] O acolhimento é a gente conversar o dia a dia, para o paciente sentir que é igual, todo mundo é igual.

[...] A visita pré-anestésica é o primeiro contato do anestesista para conhecer o doente. Inicia o primeiro contato.

[...] Você vai tirando as dúvidas, conforme o nível a linguagem dele. Você não pode usar uma linguagem técnica. Oriente sobre a medicação e o jejum.

Considerando o papel do anestesiológico no processo de acolher, Meneses (2001) salienta: preparar o paciente, no campo médico e psicológico, prever possíveis dificuldades, acalmar o doente, conquistar-lhe a colaboração e confiança e preparar-lhe para o ato cirúrgico. Nesse sentido, o anestesiológico precisa observar cuidadosamente cada detalhe durante os procedimentos; conscientizar-se de que a prudência é tão necessária quanto a pronta intervenção e que pode implicar a redução de erros; manter-se firme em seus atos; manifestar paciência com o doente e com seus familiares; e ser empático e colocar-se no lugar do outro. Isso significa ter como prática constante a humanização do atendimento.

A segurança na anestesia fundamenta-se em um exame clínico minucioso do quadro do paciente e no planejamento da técnica anestésica que será utilizada, aspectos que devem ser considerados na consulta pré-anestésica. Por essa ocasião, também é imprescindível prestar ao paciente todos os esclarecimentos necessários, até mesmo informando-o claramente sobre os riscos relacionados aos procedimentos adotados. Seguindo-se as condutas técnicas corretamente, minimiza-se a possibilidade de imprevistos que não possam ser controlados pelo profissional no processo da anestesia.

A consulta pré-anestésica também envolve a determinação do tipo de anestesia que o paciente utilizará. Isso não constitui apenas um procedimento mecânico, nem significa a decisão preferencial do anestesista, mas é, sim, uma questão eminentemente clínica que considera o quadro e as características de cada paciente, seu estado físico e mental, seu diagnóstico, suas condições fisiológicas, influências farmacológicas, tipo de operação que o paciente necessita realizar e, também, na medida do possível, suas escolhas (FRANÇA, 2000).

Para Meneses (2001), o paciente tem direito a avaliação pré-anestésica, sendo esta de responsabilidade intransferível do anestesiológico. Nessa avaliação, o paciente deve ser informado sobre a sequência do pré e do pós-operatório, com grau de detalhamento compatível com o seu entendimento cognitivo. Além disso, o

médico anesthesiologista deve fazer uma abordagem direta, simples e objetiva quanto aos riscos, dor, desconforto, exames e outros aspectos.

Considerando o exposto, a *American Society of Anaesthesiologists (ASA)* propôs, em 1987, as normas de cuidados anestésicos com o objetivo de normatizar a avaliação do paciente, a qual deve incluir revisão do prontuário, entrevista com o paciente, exame físico, exames laboratoriais, anestésias prévias, medicações em uso e/ou consultas com especialistas. Testes adicionais devem ser solicitados, considerando-se o custo benefício, possíveis danos causados por testes invasivos e armadilhas devido a resultados falso-negativos ou falso-positivos. Como norma, a quantidade de testes adicionais deve ser guiada por idade, estado físico, comorbidades e porte do procedimento (SOLCA, 2006).

A promoção de avaliação pré-cirúrgica de excelente qualidade é o principal determinante para um bom preparo pré-operatório e definição da conduta intraoperatória (BISINOTTO et al., 2007). Esta alerta os anesthesiologistas para a condição clínica dos pacientes, favorecendo o planejamento dos cuidados pré, intra e pós-operatórios necessários em condições especiais. Quando realizada em nível ambulatorial, essa avaliação permite uma análise mais aprofundada, tornando possíveis investigações adicionais e melhora do estado clínico; diminuindo os custos hospitalares, as suspensões das cirurgias, a média de permanência e melhorando a qualidade do preparo (HALASZYNSKI; JUDA; SILVERMAN, 2004).

Bisinotto et al. (2007) ressaltam que um dos efeitos mais relevantes da avaliação pré-anestésica eletiva foi a redução do número de procedimentos cirúrgicos cancelados, além da diminuição da solicitação de exames pré-operatórios. Os autores destacam, também, que houve decréscimo do número de testes laboratoriais e consultas médicas em mais de 50% quando a responsabilidade pela preparação cirúrgica foi designada somente ao serviço de anesthesiologia.

Desse modo, pode-se inferir que a consulta pré-anestésica constitui ferramenta relevante para o desempenho de uma prática de cuidado humanizado e acolhedor por parte do anesthesiologista, assim como para a redução da morbimortalidade advindas de procedimentos cirúrgicos.

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**

Este estudo se desenvolveu a partir da necessidade de se compreender o que os médicos anestesiológicos conhecem da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anestesiológico e usuário do SUS. O acolhimento ao paciente, no curso da anestesia, é muito importante, pois permite que o profissional produza escuta qualificada, aliada ao processo de cuidado humanizado, possibilitando melhora da interação entre o médico e o paciente.

Nessas considerações, salienta-se que os dados aqui produzidos revelam uma realidade que foi recortada e que traduz experiências e vivências experimentadas de modo particular, retratando, em parte, a compreensão do fenômeno acolhimento por parte de anestesiológicos, bem como a forma de pensar desses profissionais sobre a operacionalização dessa estratégia de atenção à saúde.

Frequentemente, a meta de um processo de investigação é explicar, interpretar fatos e coisas relacionadas ao objeto de estudo e, posteriormente, expor desafios e proposições, tendo presente a realidade observada. Porém, não são estas as pretensões da pesquisadora nesse tópico do estudo, pois, assume-se que ele não forma conclusões sistemáticas, apenas apresenta ideias e considerações provisórias. A abordagem da pesquisa qualitativa empreendida na sua tessitura teve como foco a compreensão do fenômeno na perspectiva do sujeito e, portanto, do individual, não cabendo generalizações, mas um processo de reflexões que deve ser continuado. Ante essa circunstância, Foucault (1994) destaca que existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar e refletir.

Uma vez pontuadas essas reflexões, passa-se a sumarizar a impressão do fenômeno observada pela pesquisadora. Os anestesiológicos, profissionais de grande importância na abordagem do processo saúde-doença, especialmente por exercer sua prática profissional envolvendo pessoas fragilizadas que precisam ser acolhidas, apontam a importância de se valorizar a abordagem humanística no atendimento a esses indivíduos, apesar de, em alguns casos, evidenciarem que tal abordagem ainda é realizada de modo incipiente, precisando ser melhorada.

Assim sendo, evidencia-se que existe um longo caminho a se percorrer para se chegar a um ideal de assistência ao usuário do SUS, demandando um processo de mudança, que perpassa por questões éticas que se relacionam com reorientação

de práticas e atitudes que venham gerar acolhimento, humanização e resolutividade no contexto do sistema de cuidados em saúde.

Apesar das dificuldades expostas, ficou evidente que o acolhimento tem sim um grande potencial para reverter a lógica de saúde vigente, com a utilização de ferramentas que dependem somente da disposição dos profissionais em construir uma nova prática de cuidado humanizado. Logo, para executar o cuidar é imprescindível que o profissional possa ir além da queixa clínica que o usuário traz. É preciso entendê-lo como ser social sujeito à influência constante do ambiente em que está inserido.

Conforme observado, este estudo demonstra a necessária e urgente abordagem do acolhimento nos currículos dos cursos de Graduação e Pós-Graduação no âmbito da Medicina, pois trata-se de temática essencial na contemporaneidade que deve ser observada nos diferentes cenários de cuidado em saúde, onde existem muitos que sofrem pacientemente com medo do desconhecido e do não acolhimento.

É, pois o acolhimento constituído de um conjunto de ações que visam promover um cuidado humanizado e efetivo, quando os envolvidos no processo tomarem consciência de que o cuidado é o foco de suas ações precisarão incorporá-lo a sua vivência cotidiana. Deste modo, o acolhimento constituirá uma estratégia que utilizará a escuta como um instrumento para repensar o saber-fazer na medicina.

Considerando a prática específica dos anestesiólogos, convém salientar que, em virtude de essa especialidade médica estar atrelada ao conhecimento técnico-científico, os profissionais nela envolvidos carecem de fortalecimento dos vínculos estabelecidos entre aqueles que participam do seu cuidado, de modo que estes possam experimentar um atendimento singular e acolhedor, sem temores e receios no curso da prática anestésica.

Ficou evidenciado, através do discurso do sujeito coletivo dos médicos anestesiólogos inseridos no estudo, que muitos deles estão a par do acolhimento, uma vez que suas citações estão permeadas de termos correlatos da referida estratégia, como, ouvir, receber, encaminhar. Ressaltamos que a postura acolhedora de cada profissional é primordial para que se estabeleçam o acolhimento

e a humanização da assistência, desde a postura adequada, a transmissão de confiança para o usuário, juntamente, com o estabelecimento de vínculos com o mesmo. Tudo isso pode facilitar, de forma eficaz, a construção de um novo modo de se trabalhar em saúde.

Para Matumoto (2003), o acolhimento deve ser também considerado como um processo de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde nos vários momentos e tipos de atendimento.

Ressalta-se, também, a experiência vivida por parte da pesquisadora, tornando-se oportuno registrar diferentes aspectos e emoções que povoaram o seu trilhar durante a produção deste estudo, particularmente as reflexões críticas suscitadas durante a sua construção – processo conduzido por muitas mãos, particularmente dos médicos anesthesiologistas, que tão bem acolheram essa realização. Foram encontros singulares e de muitas trocas que resultaram num discurso coletivo que não pôde ser desvelado em sua totalidade.

Ante o exposto, o estudo possibilita um novo olhar no que concerne à valorização do acolhimento como ferramenta de suma importância para fortalecer o vínculo médico anesthesiologista e usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C.G. et al. Direitos do paciente na terminalidade com enfoque no cuidar humanizado. In: COSTA, S.F.G. et al. (Orgs.). **Direitos do usuário em serviços de saúde**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2011.

ALVES-MAZZOTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método das ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2004.

AYRES, J. R. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 15-17, 2004.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n.2, p. 221-227, 2006.

BARBOSA, L.A.R.R. et al. A Percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.3, p. 363-370, 2009.

BELEI, R.A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, v. 30, p. 187-199, 2008.

BETTINELLI, L. A. et al. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L. BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BISINOTTO, F.M.B et al. Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário: dificuldades e resultados. **Rev. Bras. Anestesiol.**, v. 57, n. 2, p.167-176, 2007.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOLELA, F. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, São Paulo, 2008.

BORRELL, C.F. **Entrevista clínica: manual de estratégias prácticas**. Barcelona: Doyma, 2004.

BRASIL. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/covil/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 14 set 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Áreas temáticas BVS MS humanização.** Publicações. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização: humaniza SUS.** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRUNINI, C. **Aforismos de Hipócrates.** São Paulo: Typus, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p. 219-30, 2000.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARNEIRO, A.D. et al. Direitos do usuário à informação: responsabilidade ético-jurídica de médicos e enfermeiros. In: COSTA, S.F.G. et al. (Orgs.). **Direitos do usuário em serviços de saúde.** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2011.

CARVALHO, C. A. P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq. ciênc. saúde.**, v.15, n.2, p.93-95, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no centro de atenção psicossocial**. 2005.190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2005.

CONCEIÇÃO, T. S. A política nacional de humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009.

CONEVIVA, R.; SILVA JUNIOR, O.C.E. O paciente cirúrgico: relação médico paciente. **Medicina**, v.41, n.3, p.252-258, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp>. Acesso em 20 jun. 2010. Acesso em: 20 dez. 2010.

CORDEIRO, F. A importância do acolhimento no projeto cabeça feita. In: BARA, A. et al. **Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver**. São Paulo: Associação Palas Artes, 2002.

CREMESP. **Guia da relação: o que melhora a relação médico-paciente**. São Paulo: Publicações Cremesp, 2001.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

DANTAS FILHO, V. P; SÁ, F. C. O cuidado na prática médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 189-194, 2009.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 615-626, 2005.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DINIZ, D.E. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar”**: trajetórias da medicina hipocrática. 2006. 160 f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DUARTE J. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2002.

DURAND, G. **Introdução Geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003.

FARIAS, L. C. **Acolhimento na atenção básica**: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. 2007. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização à distância. **Rev Bras Educ Med**, v. 32, n. 3, p. 291-300, 2008.

FERNANDES, C. R. D. **Atuação do médico com relação ao paciente portador de HIV em contexto ambulatorial**. 2005. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2005.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328-1333, 2004.

FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**: manual de enfermagem, 2003. Disponível em:<<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 24 set. 2010.

FRANCO, A. L.S.; BASTOS, A. C.S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no Programa de Saúde da família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 1, p. 246-255, 2005.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANÇA, G. V. **Os deveres do cirurgião**. 2000. Disponível em: <http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/obrigacao_meio_resultado.htm>. Acesso em: 11 fev. 2011.

FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife, 2000. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Recife: ABEn, 2001. p.179-185.

GALLIAN D. M. C. **A (re) humanização da medicina**. 2001. Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 10 set. 2010.

GARRAFA, V. Introdução à bioética. **Revista do Hospital Universitário UFMA**, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GOTARDO, G. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus-tratos**. 2003. 122f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GROSSEMAN, S; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Rev. bras. educ. med**, v. 32, n. 3, 2008.

GOULART, B. M. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GUIMARÃES, E.M.G.T. **Acolhimento no centro de saúde Noraldino de Lima: investigação sobre o acesso e resolatividade**. 1997. 56f. (Trabalho de Conclusão de Curso/Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

HALASZYNSKI, T.M.; JUDA, R.; SILVERMAN, D.G. Optimizing postoperative outcomes with efficient preoperative assessment and management. **Crit. Care Med.**, v. 32, Sup. 4, p. S76-S86, 2004.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEITE, T. A. A. F.; STRONG, M.I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, 2006.

LELOUP, J.Y. **Uma arte de cuidar: estilo alexandrino**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

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

MANFROI, E.M. **Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde**. 2007. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Vale dos Sinos, Caxias do Sul, 2007.

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

MARTINS, A. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MASSAROLLO, M. K. B; SACARDO; D. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. Autonomia, privacidade e confidencialidade. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P (Orgs.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Barueri: Manole, 2006. p.136-52.

MATOS, R.E. et al. Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, p. 176-81, 2009.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, São Paulo, 2003.

MELLO, S. B. A humanização sob o ponto de vista do gestor de saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 167-171, 2006.

MENESES, J. A. G. Dilemas bioéticos na prática da anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 51, n. 5, p. 426-430, 2001.

MERHY, E.E. et al. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MICELI, A. V. P. **Laços e nós: a comunicação na relação médico paciente com câncer e dor crônica**. 2009. 127f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOLINA A. et al. Bioética: uma abordagem para iniciantes. In: MOLINA, A. et al. (Orgs.). **Bioética e humanização: vivências e reflexões**. Recife: EDUPE, 2003.

MORAES, M.S.T. **Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras**. 2005. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2008.

NASCIMENTO JÚNIOR, P. G.; GUIMARÃES, T. M. M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. **Revista Bioética**, Brasília, v.11, n.1, p.101-114, 2003.

NEVES, C. A. B.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde). 2. ed. Brasília-DF, 2006.

OLIVEIRA, A.C.; SÁ, L.; SILVA, M.J.P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 60, p. 286-90, 2007.

OPITZ JÚNIOR, J. B. **Erro médico em cirurgia do aparelho digestivo: contribuição para o estudo das provas técnicas, periciais e documentais e suas implicações jurídicas**. 2005. 92f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2005.

PASCHE, D. F. **Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde**. Seminário a Humanização do SUS em debate. Vitória, 2008.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PONTES, A. C. LEITÃO, I. M. T. A. RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.3, p. 312-8, 2008.

PROCHNOW, A.G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n.1, p. 11-18, 2009.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, 2004.

PUPULIM, J.S.L; SAWADA, N.O. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. **Simp. Bras. Comum. Enferm.**, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/prc>>. Acesso em: 05 fev. 2011.

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

RAMOS, D. D. **Acesso e Acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde**. 2001. 129f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RICOEUR, P. **O justo**. 2. ed., v.2. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.

SÁ JÚNIOR, L.S.M. Evolução no conceito de ética médica, **Medicina**, v.127, p. 32-36, 2001.

SÁ, M.C.N. Um estudo sobre os cuidadores de pacientes internados. **Psic.**, v.3, n.1, p.124-41, 2002.

SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas**: uma abordagem bioética. 2001. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANTOS, M. de F. O. O exercício da anesthesiologia em sua dimensão bioética. In: SALLES, A. A. (Org.). **Bioética**: reflexões interdisciplinares. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 67-79.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto enferm.**, v.17, n. 1, p.81-9 , 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>>. Acesso em: 15 set. 2010.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 74-84, 2008.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estud. pesquis. psicol.**, v.5, n.1, p. 92-101, 2005.

SILVEIRA, E. R. **Acolhimento**: uma trilha em construção - a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde Saco Grande /Florianópolis. 2003. 95 f. (Monografia/Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2003.

SOLCA, M. Evidence-based preoperative evaluation. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v.20, n.2, p.231-236, 2006.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n.4, p. 493-503, 2005.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p.100-110, 2008.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri (SP): Manole, 2005.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-40, 2007.

TAVARES, M. R. Aspectos bioéticos do consentimento livre e esclarecido. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 31, n. 2, p. 7-11, 2003.

TEIXEIRA, M. Z. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 13-18, 2009.

TIZZOT, E. L. A. Princípios da relação contratual entre o médico e o paciente. **Femina**, v. 35, n. 8, p. 529-531, 2007.

UDELSMANN, A. Bioética: aspectos de interesse do anestesiológico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 3, p. 325-333, 2006.

VAN DER MOLEN, H.T.; LANG, G. Habilidades da consulta na escuta médica. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. p.47-66.

VIANNA, L.G. et al. Relação médico-paciente idoso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p150 - 159, 2010.

VIEIRA, T. R. Aspectos éticos e jurídicos da recusa do paciente testemunha de Jeová em receber a transfusão de sangue. **Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da Unipar**, v. 6, n. 2, p. 221-234, 2003.

VISENTIN, A.; LABROCINI, L.; LENARDT, M.H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber do diagnóstico. **Acta Paul. Enferm.**, v.20, n. 4, p. 509-13, 2007.

WITTGENSTEIN, L. **Tractatus logico-philosophicus**. São Paulo: Edusp, 2008.

ZUBEN, N. A. V. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Idéias e letras, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Prezado Colega;

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **“Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anestesiológico e usuários do SUS”**. Cujos objetivos são: investigar a compreensão de médicos anestesiológicos a respeito do acolhimento; averiguar como os anestesiológicos percebem o acolhimento na sua prática profissional; identificar a percepção de médicos anestesiológicos sobre a prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuários do SUS; verificar quais as estratégias adotadas por estes profissionais para humanizar a sua relação com o paciente no momento do acolhimento.

A pesquisa tem como responsável a médica Maria de Fátima Oliveira dos Santos, sob orientação a Professora Dra. Solange de Fátima Geraldo da Costa, esta será realizada no Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa – PB, no período de setembro a outubro de 2010.

Para tanto solicito a sua autorização para gravar a entrevista proposta para o estudo. Vale ressaltar que, serão assegurados, neste estudo, os direitos de participantes em pesquisa constantes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O sigilo de identificação dos participantes e qualquer divulgação dos resultados e a garantia do anonimato, bem como a liberdade de desistência em qualquer momento do processo de investigação sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento ao participante, e o direito ao participante de ser esclarecido em qualquer momento da pesquisa com a pesquisadora.

Diante do exposto, declaro que fui informado(a) pela pesquisadora dos objetivos desta pesquisa da qual estou sendo convidado a participar.

Solicito também a sua autorização para publicar em periódicos os dados oriundos desta pesquisa. Assino o presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido como forma de firmar minha concordância.

João Pessoa, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Pesquisadora: Maria de Fátima Oliveira dos Santos CRM-PB 4201

Fone: (83) 9121-9252

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados dos participantes:

Sexo:

Tempo de formado:

Tempo de atuação como anesthesiologista:

Curso de pós-graduação:

Dados da pesquisa:

- 1) Qual a sua compreensão a respeito do acolhimento?

- 2) Como você percebe o acolhimento na sua prática profissional?

- 3) O que você acha da prática do acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico e usuário do SUS?

- 4) Quais as estratégias que você adota para humanizar a sua relação com seu paciente no momento do acolhimento?

ANEXO

ANEXO A
CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



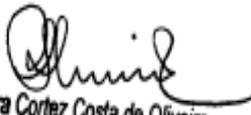
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 27/07/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar APROVADO o projeto de pesquisa intitulado ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAR A RELAÇÃO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA E USUÁRIOS DO SUS. Protocolo CEP/HULW nº. 396/10, da pesquisadora MARIA DE FÁTIMA OLIVEIRA DOS SANTOS.

No final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 29 de julho de 2010.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW