OS PROCESSOS DE ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

Paula Rita Baptista Costa, Prisla Ücker Calvetti (orient)
UNILASALLE CANOAS

Resumo

Entende-se que todas as pessoas que chegam a um serviço de saúde devem ter sua necessidade reconhecida, bem como obter uma resposta imediata à sua situação, ainda que esta venha na forma de orientação. O objetivo investigar as percepções de colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro sob a perspectivados profissionais da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os profissionais precisam reconhecer o acolhimento como um instrumento para reestruturar e redefinir a atenção em saúde. Pensamos na fragilidade do familiar no que se refere a preocupação deste com o paciente que no momento está recebendo atendimento em um Hospital de Pronto Socorro.

Palavras-chave: Humanização, Acolhimento, Família, Profissionais, Hospital

Área Temática: Ciências Médicas e da Saúde

1. Introdução

A Humanização e o acolhimento são modos de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. “Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade” (Merhy et al, 1999).

Peixoto e Batista (2009) consideram que os processos de discussão da PNH precisam provocar debates, desconstruções e reconstruções de saberes sobre sujeito e sociedade, problematizando e estranhando intenções, posturas e posições sobre o papel de cada um nesse processo e sobre a cultura e a realidade do cotidiano dos serviços de saúde. Transformar a cultura é uma tarefa extremamente complexa e processual, que envolve avanços e retrocessos, movimentos de resistência e exigem análises críticas para posicionamentos mais assertivos sobre a representação de tais políticas no momento atual e sobre a forma de implementá-las. Requer conscientização e participação de todos os atores envolvidos no processo: usuários, trabalhadores e gestores.

A proposta de humanização objetiva primordialmente produzir uma nova cultura nos serviços de saúde e transformar práticas tradicionais estritamente tecnicistas e desarticuladas entre os profissionais e a rede de atenção em um trabalho integrado resolutivo e acolhedor. Busca-se uma cultura de atenção à saúde que considere a singularidade dos sujeitos e a complexidade envolvida no trabalho em saúde em suas dimensões subjetivas, sociais, culturais, éticas, estéticas, físicas, políticas, religiosas, entre outras. Dessa forma, trata-se da produção de novas subjetividades, isto é, de novas formas de relacionamento das pessoas consigo mesmas e com as outras.

Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de "estar com" ou "estar perto de", que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS.

Desta forma, pensar nos colaboradores da instituição que contribuem para a construção deste cuidado, que praticam humanização, acolhimento e cuidado no acesso as informações do paciente que está recebendo atendimento e que se encontra hospitalizado. Ou para a família deste paciente que acompanha e faz parte do processo de cuidado no pós-alta.

O objetivo deste trabalho é investigar as percepções de colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre.

2. Referencial Teórico

2.1 A Humanização e Acolhimento interfases da Política Nacional de Humanização (PNH)

2.1.1 O Humanismo como Pressuposto Epistemológico:

O Humanismo teve os seus antecedentes na Grécia Antiga e caracterizava-se como "corrente filosófica que coloca o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores". (LAROUSSE, 1999, p. 3.037). Segundo Platão, filósofo nascido em Atenas, em 428 a.C, *apud* Schilling (1997), "a filosofia tem um fim prático e moral" e diante dessa certeza alimentava

> O sonho de uma vida harmônica, fraterna, que dominasse para sempre o caos da realidade [...] a educação- seria o ponto de partida e principal instrumento de seleção e avaliação das aptidões de cada um e que a alma humana - é um composto de três partes: o apetite, a coragem e a razão; que todos nascem com essa combinação, só que uma delas predomina sobre as demais. A partir daquela que predomina, o homem se qualifica como pertencente às classes inferiores - trabalhadores; às classes dos guardiões - soldados, ou à classe dos governantes - dirigentes da sociedade. (p. 50-1)

Por esse viés, respectivamente, Schilling (2005) caracteriza cada grupo, a partir das idéias de Platão, como o grupo no qual predominam as sensações motivadas pelo apetite; o outro, um espírito corajoso e resoluto, e, o último, guiado pela sabedoria e pela razão. Só assim, cada um ocupando o espaço que lhe é devido, a justiça está feita não no sentido de igualdade, mas como a necessidade de que cada um reconheça o seu lugar na sociedade.

Aristóteles, discípulo de Platão, criticava o fato de que se a cidade é a "unidade da multiplicidade", composta de pequenos grupos de pessoas que são distintas umas das outras,

> [...] torna-se antinatural exigir uniformização, pois vem contradizer a vocação essencial da cidade perfeita que é regida por leis comuns a todos e não apenas por um setor dela, por mais qualificado que seja. E Platão insistia com a sua teoria do conhecimento, dizendo "que esse não se baseia no mundo sensível, de onde recebemos opiniões mutáveis e ilusórias, mas em idéias eternas e que essas idéias já nascem junto com os seres humanos". Dessa maneira, conhecer ou aprender é recordar aquilo que está obscurecido na alma. (p. 2)

Marx (1844) ensina que o humano se constitui, a partir de sua própria natureza, num sujeito social, portanto um sujeito coletivo. Assim, para esse filósofo, o homem é compreendido sob dois aspectos. Por um lado, o ser humano é um ser natural; por outro, possui uma especificidade, isto é, a característica da sociabilidade que o capacita a formar uma sociedade. E é essa procura, essa necessidade do outro que configura o humano.

Qual seria, então, o primeiro passo? O conhecimento. E, em decorrência da vivência de uma **nova articulação**, num contexto onde subjaz a saúde, somos desafiados a perceber o humano como **ser-em-si-mesmo** que, exatamente por ser, humano, e, independente da doença, é um **ser** necessitado de ações, de outros humanos e de afeto. É necessário, portanto, conhecer esse contexto e poder apropriar-se da humanização e acolhimento como técnica, temática que será abordada a seguir.

2.1.2 O Acolhimento como Técnica para Humanizar

O Acolhimento é dado através de um serviço que constitui mecanismos de recepção ao usuário, dando-lhes a devida consideração, respeito, além do reconhecimento mútuo dos direitos e responsabilidades de atenção à saúde.

Atendendo a uma proposta de humanização o acolhimento é mais abrangente e proporciona responsabilidade social de construir novos valores das relações entre profissionais da saúde e usuário. O acolhimento é o momento de conhecer o sujeito em suas múltiplas facetas, buscando um melhor atendimento, identificando as demandas trazidas e seus significados para futuras intervenções. Sendo uma técnica individual que tem uma dimensão social na construção da identidade, fazendo o usuário questionar-se sobre suas referências, a construção das redes, a interação com a instituição, a fuga da realidade, todos esses aspectos precisam ser trabalhados no acolhimento para sua autonomia perante a doença e as mobilizações que geram a partir deste contexto. O acolhimento é uma forma do usuário se ambientar ao processo de trabalho de toda a equipe. O acolher passa pela discussão das relações sociais e a identificação das diferentes demandas, de acordo com a citação abaixo identificamos relações sociais como:

> As relações sociais são vínculos que os homens criam entre si nas condições dadas pela história, vínculos multifacetados, diversificados, determinados pelo modo de produção e articulados entre si. A produção da sociedade, isto é, o processo e sua reprodução ao nível global pela geração de um excedente que é expropriado de muitos e apropriado em poucos, implica a reprodução da força de trabalho e a socialização dos indivíduos como sujeitos desse processo (FALEIROS, 2002, p.127-128).

A conceituação do acolhimento passa, necessariamente, por uma análise sobre o processo de trabalho em saúde. Os serviços de saúde, ao contrário de outros serviços do mundo industrializado, têm como marca a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção da saúde. Nessa relação, os profissionais que trabalham na saúde mudam o foco de trabalho (da doença para o doente) e faz surgir necessidades de novas mediações em saúde, dentre elas o acolhimento.

A partir desse olhar pensamos numa proposta de trabalho que compreenda os enfrentamentos do profissional de saúde que refletirá no atendimento do usuário, gerando com isso vínculo institucional, melhor adesão e uma ambientação agradável para todos os sujeitos envolvidos no processo de humanização. É o que trabalhamos a seguir.

2.1.3 Humanização Como Prática

A participação como co-gestão num processo de prática significa troca de saberes, incluindo os saberes comuns dos usuários, adquiridos em suas comunidades de origem, pois é lá que eles vivem e convivem, e os demais saberes da sua rede social; significa constante diálogo entre os profissionais e muita reflexão sobre os modos de se trabalhar em equipe.

O Ministério da Saúde, por intermédio de seus gestores, refere que, quando se fala de troca de saberes dentro do processo da PNH, não se trata de um “conjunto de pessoas reunidas eventualmente para resolver um problema, mas da produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudanças entre seus componentes”. (www.saude.gov.br)

Saber agir: Saber o que e por que faz. Saber analisar, escolher e decidir. Saber mobilizar: Saber mobilizar recursos de pessoas, financeiro, materiais, criando sinergia entre eles. Saber comunicar: Compreender, processar, transmitir informações e conhecimentos, assegurando o entendimento da mensagem pelos outros. Saber aprender: Trabalhar o conhecimento e a experiência. Rever modelos mentais. Saber desenvolver-se e propiciar o desenvolvimento dos outros. Saber comprometer-se: Saber engajar-se e comprometer-se com os objetivos da organização. Saber assumir responsabilidade: Ser responsável, assumindo os riscos e as consequências de suas ações.

A própria Política de Humanização, quando sinaliza caminhos para a operacionalização do Humaniza-SUS, de uma certa forma está descortinando possibilidades para a superação dos

entraves, mas convém não perder de vista que se trata de possíveis caminhos teóricos que, aos poucos, vão sendo implementados e experimentados por profissionais e usuários. Estes, às vezes, muito pouco ou nada conhecem sobre interações, relacionamentos, humanização, etc. Quantos, ainda, não se conhecem e/ou não se reconhecem como humanos; muitos não sabem o nome completo, não se identificam como pertencentes a uma família ou uma comunidade.

2.1.4 Família e Representação Social

Pensamos na fragilidade do familiar no que se refere à preocupação deste com o paciente que no momento está recebendo atendimento em um Hospital de Pronto Socorro. Entender a família como um todo é perceber o Ser Humano, é ouvir atentamente suas necessidades, acolher as informações obtidas e tentar solucionar, resolver a situação exposta.

Apesar de haver várias discussões sobre o enfraquecimento e desagregação familiar, a família continua sendo lugar privilegiado de socialização. É na família que se aprende a dividir tarefas, a criar estratégias de sobrevivência e é o lugar inicial do exercício de cidadania.

> Dessa forma, a família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida (MIOTO, 1997, p.120).

A família é espaço de proteção e desenvolvimento de seus membros, onde são transmitidos laços de solidariedade, afetividade, valores éticos e culturais através das gerações. Enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.

> A família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto pressupõe compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo. Esta percepção leva a pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudanças, dentro da qual se descarta a idéia dos modelos cristalizados para se refletir as possibilidades em relação ao futuro. (MIOTO, 1997, p.128).

Não resta dúvida de que a família, enquanto segmento-alvo das políticas sociais e promotoras de qualidade de vida, pode contribuir para o avanço qualitativo dos índices que refletem o desenvolvimento humano e comunitário, pois ela é o ponto de confluência das realidades da criança, do adolescente, do jovem, da mulher, do homem, do deficiente e do idoso. Todavia, no contexto social em que se vive, é preciso que haja políticas sociais que garantam condições de sobrevivência, possibilitando apoios e atendimentos em saúde que contribuam para assegurar o cumprimento das tarefas de proteção e cuidados de seus membros postas à família.

3. Metodologia

3.1. Delineamento

Estudo qualitativo descritivo exploratório.

3.2 Participantes e Local

Foram 15 participantes com cargo efetivo administrativo e assistencial. O estudo será realizado no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre.

3.3 Instrumentos

Entrevista semi-estruturada: constituída de perguntas fechadas e abertas sobre características sócio demográficas, processos de acolhimento, humanização e família.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

Os participantes da pesquisa, colaboradores do Hospital de Pronto Socorro foram convidados a participarem do estudo. A entrevista semi-estruturada foi gravada, realizada em sala reservada e individualmente pela pesquisadora.

3.5 Procedimentos para análise dos dados

Os dados coletados por meio de entrevista foram transcritos e categorizados conforme análise de conteúdo de Minayo. Organizados em três fases:

- A fase exploratória da pesquisa;
- A fase de trabalho de campo;
- A fase de análise ou tratamento do material.

3.6 Aspectos Éticos:

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unilasalle (34853914.4.0000.5307). O protocolo seguiu as condições estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Antes da entrevista o pesquisador informou a finalidade do estudo e o participante em concordância assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados e Discussão

As vivências e experiências dos profissionais em saúde com os familiares no Hospital de Pronto Socorro foram retratadas e problematizadas durante a entrevista. A partir da análise e interpretação destas vivências emergiram os temas: Princípios do SUS e Princípios da PNH-Humanização; Acolhimento em Hospital de Pronto Socorro; Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento; Significado de Família e Relacionamento Familiar.

4.1 Princípios do SUS e Princípios da PNH- Humanização

Na intenção de analisar os conceitos de Humanização por meio da percepção dos entrevistados no Hospital de Pronto Socorro e tendo como base os princípios de Sistema Único de Saúde (SUS) e princípios da Política Nacional de Humanização, identificamos a partir da coleta de dados que ao perguntado se estes conhecem sobre PNH, recebemos o retorno de que 10 entrevistados responderam que sim e 5 entrevistados responderam que não conheciam sobre PNH.

Diante das respostas descritivas que os entrevistados expressaram sobre seu conhecimento sobre PNH, percebe-se alguns relacionam com a Política Nacional de Humanização somente pela palavra Humanização, e não como uma Política, o que não se torna totalmente excludente este modo de ver a PNH. Mas é necessário entender qual o sentido da criação desta pratica no âmbito hospitalar. Para (LO38): “Eu acho que se colocar no lugar do próximo, eu vejo nesse sentido, né. Ver a necessidade pelo qual está passando e tentar se colocar um pouquinho a disposição para entender melhor e saber acolher.” (Liane Ojeda, 38 anos, Analista de Governança)

Para (MH55): “A política nacional de humanização foi criada para regular os princípios do SUS (Sistema único de saúde) que coloca em prática as ações de humanização”. (Maria Helena, 55 anos, Agente de Atendimento), (KD24) entende que “A PNH é uma política criada pelo Ministério da Saúde com o intuito de efetivar os princípios do SUS, mediante a inovação e implantação de ações de humanização na saúde. Penso que este tipo de preocupação tende a crescer com o passar dos anos”.

Mediante as colocações partimos do princípio do marco teórico os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira – operados especialmente ao longo das últimas duas décadas

– convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgaçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (BRASIL, 2014,p.6)

Conforme as coletas de dados iam ocorrendo, foi notado que alguns profissionais entendiam que a Política Nacional de Humanização vai além de tão somente falar em atendimento humanizado, referindo-se no quesito gestão em saúde.

"É uma política de gestão que o Sus adota priorizando o contato direto com a família, a questão de ter uma proximidade maior com o paciente, ver as condições vida desse paciente, realmente acolher o paciente em todos os aspectos. Desde o hospital até quando ele for para casa. " (JM, 28). "Política pública instruída para discutir o processo de humanização e gestão nas casas de saúde. (MT, 31). "Está política iniciou-se em 2003, penso que serve para ajudar no cotidiano das práticas e atenção, e gestão da saúde pública. " (CS, 43)

A Política Nacional de Humanização – PNH, segundo o Ministério da Saúde, busca induzir inovações no conjunto das práticas de saúde com o intuito de superar seus próprios limites para tanto é necessário:

> Qualificar a gestão e a atenção à saúde, ou seja, é uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do poder (BRASIL, 2004).

Neste sentido entende-se que ao se iniciar uma política de humanização dos territórios de encontro do SUS, implicaria na prática, na preparação do ambiente físico de encontro de gestores-trabalhadores-usuários, num espaço de saúde que garantisse a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão.Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde. São mais de 7,5 mil instituições que produzem mais de 11 milhões de internações por ano, segundo dados do DATASUS/MS (ano base 2008).

Quando perguntado para o colaborador o que entende por Humanização as respostas são variadas: "Humanização é tratar bem o próximo colocando-se no lugar dele, respeitando-o e tratando-o de forma cortês, ajudando-o no que for preciso". (MH, 55) "Humanização significa dar condição humana a alguma ação. É considerar o ser humano como um ser único, respeitando-o em todos os aspectos". (KD, 24) Nesta perspectiva, para OLIVEIRA (2001, p. 102), humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

"Saber acolher as pessoas no ambiente hospitalar, se tem uma pessoa que ficou muito tempo internada. Procurar estar próximo dos familiares, principalmente daquelas que ficam internadas durante um longo tempo, ver do que mais gosta este paciente. Tornar a estadia não tão maçante quanto estar internado, criar alternativas de uma internação mais suave, mais leve, tentando perceber a particularidade dos pacientes". (LO, 38)

Humanizar o cuidado e a gestão dos processos em saúde remete a um olhar atento para a essência concreta do sujeito, ou seja, trazer para o centro das discussões as peculiaridades e possibilidades do Homem enquanto ser de relações, desta forma: Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação,

de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (Rios, 2009 p. 12).

"Humanização é tudo, engloba tudo. Desde o momento que a pessoa, qualquer pessoa, não precisa ser um paciente, desde o familiar, acompanhante, qualquer pessoa que entra em uma instituição precisa ser acolhido, humanizada porque a gente tem que ter esse perfil dentro da instituição para conseguir mudar esta questão do atendimento. " (CF31).

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (Rios, 2009 p. 11).

Diante do exposto as entrevistadas abordam a humanização como um processo amplo, demorado e complexo, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização.

4.2 Acolhimento em Hospital de Pronto Socorro

Conforme Sá, acredita-se que no hospital o acolhimento adquire um caráter especial, pois a hospitalização ocorre quando o usuário do sistema de saúde necessita de terapêutica e cuidados mais complexos, o que o torna vulnerável tanto ao nível físico quanto emocional. Somam-se a isso, as implicações decorrentes da internação hospitalar, entre as quais se destacam o afastamento do doente do convívio do lar, dos filhos, dos amigos, das suas atividades cotidianas de lazer e trabalho e a introdução de novos hábitos e esquemas de vida. (2002, p. 41).

Quando perguntado aos entrevistados o que entendiam sobre acolhimento e se acreditam ser importante aprender mais sobre o tema, os 15 entrevistados mencionaram que acreditam sim que aprender sobre o tema Acolhimento seria importante para o fazer profissional.

"Acolhimento é atender e orientar o familiar, fornecer informações claras e precisas sobre o paciente e acolhe-lo. Ter credibilidade, segurança, presteza, cortesia e dedicação também faz parte do acolhimento. Acho importante aprender sobre o tema pois o conhecimento que poderemos aperfeiçoar nosso aprendizado e também entender mais sobre esse tema." (MH 55)

A entrevistada seguinte menciona:

"Para mim também envolve muito a humanização. Existem pacientes, determinadas situações em que familiares, vem até o serviço social e não necessariamente são demandas para o serviço social, por exemplo, mas é necessária que eu faça esse acolhimento, essa escuta sensível. Analisar aquela situação especificamente e dar um retorno também. Porque só acolher, escutar e não dar um retorno e não buscar uma solução para aquilo é como se fosse uma escuta morta. Vou passar a analisar outras situações que eu não avaliaria sem o acolhimento. Sem essa ferramenta eu não avaliaria o paciente, o familiar da mesma forma, se eu tiver a sensibilidade de realmente a partir da dinâmica do acolhimento eu passo a atender melhor esse paciente, o atendimento vai ser mais qualificado, inclusive se todos os profissionais tiverem essa pratica, o geral terá como solucionar isso. Multi-profissionalmente é imprescindível. (TD30)

Quando a entrevistada traz a questão da "escuta morta", refere do quanto é importante estar efetivamente no atendimento e valorizar as demandas trazidas pelo paciente e/ou familiar. O autor Pimentel, 2009:

> A escuta utiliza da ferramenta terapêutica empatia, um modo de comunicação entre sujeitos que acontece independentemente da intenção consciente, permitindo que se estabeleça um tipo de troca subjetiva sem a intervenção da fala. Como consequência do impacto desta troca, modificações na experiência dos sujeitos podem ocorrer.

A relação manifesta-se como campo transferencial, na qual o terapeuta ocupa o lugar de suposto-saber, adotando, assim, uma estratégia onde o sujeito tenha sua palavra, seja escutado na sua singularidade, e possa também escutar e apropriar-se desse discurso. (Vieira, 2010)

Percebe-se a sensibilidade do usuário em relação ao sentir-se escutado. É decisivo, para este, que o profissional exerça a escuta deliberada, que lhe permita o aprofundamento na sua dinâmica interior. Afirma que quando não há escuta, regride em seu tratamento, sendo potencializados sentimentos negativos geradores de conflitos interiores, e às vezes decisões trágicas relacionados ao tratamento e relacionamento com a instituição. É preciso desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons. Há posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e usuário, como a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento do usuário como um sujeito que possui direitos. (Barros, 2011)

Trata-se não apenas de estabelecer normas e procedimentos, mas de algo maior, consequentemente mais demorado, que envolve a construção de sujeitos, a valorização da pessoa e dos direitos e deveres de cada um, seja o usuário, o profissional de saúde ou o gestor, em prol do estabelecimento da cidadania na construção de uma nova cultura, um novo modo de agir. Esse, sem dúvida, é um processo que passa pela educação no sentido amplo, educação para a mudança. Trata-se da construção permanente do ser atuante e crítico, responsável e envolvido, ciente do seu papel de integrante de uma coletividade. Isto requer mudanças de atitudes por parte de todos e exige a responsabilização do profissional, o envolvimento de quem está gerenciando, a integração entre as equipes de trabalho e o respeito ao usuário e a sua rede social.

4.3 Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento

Pensar em acolhimento também é refletir sobre as características de ser uma pessoa acolhedora, ao perguntado aos entrevistados as respostas são similares. Muitos relataram sobre os valores humanos que trataremos neste subcapitulo. Milton Rokeach talvez figure como o teórico mais conhecido a escrever sobre os valores humanos. Em sua obra clássica *The nature of human value* (1973), o autor comenta que os valores não representam simplesmente palavras ensinadas às crianças; compreendem importantes explicadores de atitudes, sentimentos, comportamentos etc., estando também relacionados com atributos econômicos, sociais e culturais. Para a mensuração, ele apresenta um conjunto de 36 valores divididos igualmente entre instrumentais (por exemplo, salvação, um mundo em paz) e terminais (por exemplo, inteligente, responsável), sendo estes operacionalizados em razão de uma escala de ordem, produzindo medidas *ipsativas*. Segundo seu modelo, um valor poderia ser definido como

> Uma crença duradoura de que um modo específico de comportamento ou estado último de existência é pessoal ou socialmente preferível a um modo de comportamento ou estado final de existência oposto ou inverso. (Rokeach, 1973, p. 5)

"É respeitar o próximo, é ser educada, amável, cordial e ajudar o próximo." (MH, 55)
"É se preocupar, se colocar no lugar do outro, tratar bem, ter empatia, "enxergar o outro, com os olhos do outro". (KD24) "É estar internamente aberta, internamente disposta a ouvir, mas não é só ouvir, é ouvir e acolher aquela demanda, perceber aquela pessoa, tentar identificar inclusive o que não está me dizendo. Porque a fala é dita no não dito, também. " (TD30)

Diante dos modelos existentes e reconhecendo a necessidade de diferenciar os valores humanos de outros construtos com os quais costumam ser confundidos, Gouveia (2003) pensou na possibilidade de elaborar uma tipologia alternativa. Talvez seu aspecto mais inovador seja assumir a natureza humana como benévola e identificar uma teoria específica da qual deriva sua lista de valores. Esse modelo servirá, neste estudo, de base teórica para compreender os valores, exigindo assim que se faça um maior aprofundamento. Gouveia (2003) apresenta sua tipologia dos valores humanos básicos, conceituando-os como

> categorias de orientação que são desejáveis, baseadas nas necessidades humanas e nas pré-condições para satisfazê-las, sendo adotadas por atores sociais. Tais valores apresentam diferentes magnitudes e seus elementos

> constitutivos podem variar a partir do contexto social ou cultural em que a pessoa está inserida. (p. 293)

Assim como Inglehart (1991), para identificar cada valor básico, Gouveia tomou como referência a Teoria das Necessidades de Maslow (1954/1970), cujos principais fundamentos são: (1) as necessidades humanas são relativamente universais; (2) são neutras ou positivas; (3) obedecem a uma hierarquia; (4) o homem caminha em direção à auto-realização; e (5) a pessoa é um todo integrado e organizado. Teoricamente, esses valores humanos básicos conformam um sistema valorativo fundamentado em três critérios de orientação.

4.4 Significado de Família e Relacionamento familiar

Ao perguntado aos participantes o que é mais importante na sua vida em ordem do maior para o menor: em primeiro lugar a Família, em segundo lugar a Saúde, em terceiro lugar a Espiritualidade, em quarto lugar Trabalho, em quinto lugar o Estudo. Relacionamos a família como base para a introdução deste subcapitulo, conforme alguns entrevistados:
“Família é o selo do amor, da união e a busca pela felicidade.” (MH, 55)
“É nossa base, estrutura de cada pessoa. É o alicerce para o desenvolvimento do ser humano em todos os aspectos da vida. É o início, meio e fim da aprendizagem, é de onde nós construímos enquanto pessoas e levamos para as demais relações.” (KD, 24)
Segundo Castells (1999, p. 169), a principal transformação que está ocorrendo na família é o fim do patriarcalismo, que "caracteriza-se pela autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre mulher e filhos no âmbito familiar". Este sistema, segundo o autor, está enraizado na civilização, em razão da sua perpetuação histórica e cultural, determinando também relacionamentos interpessoais que extrapolam os limites da família. Um dos principais fatores, na perspectiva de Castells (1999), que determinou essa mudança é a inserção das mulheres no mercado de trabalho. Além desses fatores, o autor menciona a difusão de uma idéia de cultura globalizada, na qual está inserida a noção de uma nova identidade feminina, decorrente da emancipação feminina.
“Atualmente existem diversas configurações familiares e a minha família não é necessariamente a família biológica, é meu núcleo familiar, mas não necessariamente consanguíneo. São os meus amigos, as pessoas com quem me relaciono inclusive colegas de trabalho eu acabo considerando minha a família, meus colegas de trabalho em razão da minha história de vida que possibilita que eu tenha esse entendimento de família a relação mais afetiva que eu tenha com alguém, acredito que a emancipação da mulher tenha ajudado para que isso ocorresse. ” (TD, 30)
“Família é estrutura, na minha compreensão família quer dizer isso: estrutura. É a base, o alicerce para tua formação como pessoa, esta é a importância da família. Uma família desestruturada você vai passar muito mais trabalho na formação de personalidade, enfim. Eu acho que a família passa nessa formação direta da pessoa. Tendo uma família desorganizada você sofre muito, vai ser uma pessoa desorganizada, com pouco vínculo afetivo, não vai ter noção de amizade, de acolhimento, até vai ser menos carinhoso com as pessoas. Então acho que a família é muito importante.” (ES 31).
À conclusão, percebe-se que a noção de família envolve atualmente uma complexidade, na medida em que diferentes formas coexistem na mesma cultura, representando uma composição diferenciada da família nuclear tradicional e patriarcal, tanto pelos seus integrantes e pela redefinição de papéis familiares como pela nova distribuição de poder.

5. Considerações Finais

A importância do olhar ampliado para o acolhimento corrobora com as áreas multidisciplinares. Das quais participam diretamente ou indiretamente com pacientes e familiares, citamos como exemplo: Equipe de Enfermagem, equipe médica, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, recepção, higienização, etc. Que podem pensar em acolhimento e

humanização nos setores em que estão inseridos diariamente, desenvolvendo habilidades, adquirindo conhecimento e atitude, poderão contribuir para um serviço mais humanizado e integralizado. Mediante a percepção de ideias e discussões dos colaboradores por meio da entrevista, foi possível perceber que a sensibilização para que seja possível discutir com estes profissionais estes temas e também promover o conhecimento da importância do que é acolhimento, humanização e família. Tendo como *Produto Social*: a Elaboração de capacitação para os colaboradores da instituição, visando qualificar os processos de acolhimento aos familiares do Hospital de Pronto Socorro.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, p 13 – 26, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil; promulgada em 5 de outubro de 1988/obra coletiva de autoria da Editora Saraiva [et al]. 28. ed. São Paulo: Saraiva 2001.

CASTEL, Robert . As armadilhas da exclusão. apud WANDERLEY Maria A. B. et all (orgs). Desigualdade e a Questão Social. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2000.

FALEIROS, Vicente de P. Estratégias em Serviço Social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da Língua Portuguesa, 4. ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2001.

MERHY, E. et al. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In:. Hospitalar. Brasília, 2000.

MERHY, Emerson Dias. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experenciando o SUS no Cotidiano. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004, 296p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo, 1992.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MORIN, Edgar. A cabeça bem-feita: repensar a reforma - reformar o pensamento. Tradução: Eloá Jacobina. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORIN, Edgar. O método 3: O conhecimento do conhecimento. Traduzido por Juremis Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1999.

Movimento Sanitário. *In:* TEIXEIRA, S. F. (org). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 61-90, 1989.

OLIVEIRA et. al. A gestão por processos e a interface humana: identificando, descrevendo e classificando os processos de gestão de pessoas. Simpósio em Excelência da Gestão e tecnologia. 2008.

PICHON, Enrique Rivière. Teoria do vínculo. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

REIS, Afonso T. Acolhimento: um novo trabalho em equipe. Polígrafo. Coordenação da Atenção à Saúde do Adulto. Secretaria Municipal de Saúde, BH.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos Santos. O SUS como processo de inclusão social e os desafios de sua implementação. O DIREITO SANITÀRIO: Oportuna discussão. SARTI, Cynthia Andersen. Família e Individualidade: um problema moderno. CARVALHO, Maria do Carmo B. (org.). A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: Cortez, 2000.SARTRE, Jean Paul; HEIDEGGER, Martin. O existencialismo é humanismo. Coleção Os Pensadores XLV. Tradução e notas de Vergílio Ferreira. Editor: Victor Civita. [s.d].SZYMANSK, Heloísa. Teorias e “teorias” de famílias. CARVALHO, Maria do Carmo B. (org.) In: A Família Contemporânea em Debate. São Paulo: Cortez, 2000.

TEIXEIRA, S. F. (org). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.