



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



PAULA RITA BAPTISTA COSTA

**A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO SOB
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

CANOAS, 2015

PAULA RITA BAPTISTA COSTA

**A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO SOB
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação de mestrado apresentada a banca examinadora do Mestrado Profissional de Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, como exigência para a obtenção de grau de mestre em Saúde do Desenvolvimento Humano

Orientador: Prof.^a Dra. Prísla Ucker Calvetti

CANOAS, 2015

PAULA RITA BAPTISTA COSTA

**A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES EM HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO SOB
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Desenvolvimento Humano, pelo Centro
Universitário La Salle - Unilasalle

Aprovado pela banca examinadora em 02 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Prisla Ucker Calvetti (orientadora)

Docente, Pesquisadora do Mestrado Saúde e Desenvolvimento Humano
Centro Universitário La Salle

Dra. Fernanda Miraglia (Nutricionista)

Docente, Pesquisadora do Mestrado Saúde e Desenvolvimento Humano
Centro Universitário La Salle

Dr. Gabriel Gauer (Psiquiatra)

Docente, Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Dra. Michelli Cristina Silva de Assis (Enfermeira)

Docente, Pesquisadora do Mestrado Saúde e Desenvolvimento Humano
Centro Universitário La Salle

AGRADECIMENTOS

Ao meu noivo Everson Nunes, aos meus pais, Paulo Costa e Marli Costa, e irmã Jessica Costa pela cumplicidade e incentivo para que eu pudesse superar meus limites. A Prof^a. Prisca Calvetti, que me orientou de maneira firme sem jamais perder a delicadeza, não permitindo que me perdesse de mim mesma no emaranhado de tantas descobertas. A todos os professores e aos colegas de mestrado, principalmente os da área da saúde, que em seus debates em sala de aula me desvelaram o SUS e todos os seus desafios.

Ao corpo de profissionais do Hospital de Ponto Socorro, em especial os entrevistados que participaram das entrevistas e, gentilmente, possibilitaram que este trabalho pudesse ser realizado num espaço concreto.

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre”.

(Cecília Meireles)

RESUMO

Nessa dissertação buscou-se compreender qual a percepção dos profissionais referente as práticas de acolhimento em Hospital de Pronto Socorro. Procurou-se discorrer sobre características sobre humanização, buscando compreender a percepção do cuidado destes profissionais. 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. Esta pesquisa tem por objetivo investigar as percepções dos profissionais sobre os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro da região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada mediante entrevista com 15 profissionais. Os dados foram desenvolvidos conforme a técnica de análise de conteúdo de Minayo, as categorias encontradas foram humanização, acolhimento, relações familiares. Os resultados apontam que os profissionais precisam reconhecer o acolhimento como um instrumento para reestruturar e redefinir a atenção em saúde aos familiares em Hospital de Pronto Socorro.

Palavras-Chaves: Humanização. Acolhimento. Família. Profissionais. Hospital.

ABSTRACT

It is understood that all people who come to a health facility must have a recognized need and get an immediate response to their situation, which is still to come in the form of guidance. This article aims to investigate the perceptions of professionals about the care process to the relatives in Emergency Hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. It is a qualitative research conducted through interviews with 15 professionals. Data were developed according to Minayo content analysis technique, the categories found on humanization, welcoming, family relationships. The results show that the professionals need to acknowledge the reception as an instrument to restructure and redefine health care to families in Hospital Hospital Emergency.

Keywords: Humanization. Embracement. Family. Professionals. Hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA: HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)	9
2.1 O Humanismo como Pressuposto Epistemológico	9
2.2 O Acolhimento como Técnica para Humanizar	14
2.3 Humanização Como Prática	16
2.4 Família e Representação Social	19
3 ARTIGO	23
3.1 Os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro sob perspectiva dos profissionais	23
<i>3.1.1 Resumo</i>	23
<i>3.1.2 Abstract</i>	23
<i>3.1.3 Introdução</i>	24
<i>3.1.4 Método</i>	25
<i>3.1.5 Resultados e Discussão</i>	27
<i>3.1.5.1 Princípios do SUS e Princípios da PNH- Humanização</i>	28
<i>3.1.5.2 Acolhimento em Hospital de Pronto Socorro</i>	31
<i>3.1.5.3 Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento</i>	32
<i>3.1.5.4 Significado de Família e Relacionamento familiar</i>	34
<i>3.1.6 Considerações Finais</i>	36
REFERÊNCIAS	38
4 PRODUTO SOCIAL	40
4.1 Objetivo Geral	401
<i>4.1.2 Objetivos Específicos</i>	402
4.2 Cronograma de Atividades	403
5 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
ANEXO B – ENTREVISTA	56
ANEXO C – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA	60

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. (MERHY et al, 1999. p.50).

Peixoto e Batista (2009) consideram que os processos de discussão da Política Nacional de Humanização 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. (ANDRADE, 2006).

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 ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) [BRASIL, 2011]:

- Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida;

- Estética porque traz para as relações e os encontros do dia a dia no pensar estratégias que contribuam para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade;
- Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, garantir direitos, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

O autor Merhy (2004) traz que acesso, universalidade e equidade são fundamentais na garantia dos direitos dos usuários de serviços de saúde, mas não bastam. A escuta dos problemas de saúde trazidos pelos usuários e o cuidado longitudinal permite atentar para as necessidades dos usuários, valorizando a singularidade do sujeito que busca cuidado e podendo contribuir para a construção de uma relação de confiança e afeto.

O acolhimento se insere no SUS como uma proposta de mudança qualitativa no acesso e na utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Em virtude da mudança que propõe, o acolhimento interfere diretamente no processo de trabalho de uma equipe de saúde e no modo como os trabalhadores se relacionam com os usuários que vivem no território assistido. (BRASIL, 2004). Como destaca Teixeira (2005), o tema do Acolhimento, por seu caráter inventivo e promissor, foi significativamente explorado ao longo da última década. O autor atribui a importância que vem adquirindo a discussão sobre o acolhimento e a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços ao tensionamento relacionado ao problema mais geral da garantia de acesso universal ao sistema de atenção, antes voltado para o clássico dilema da “quantidade” de portas-de-entrada do sistema para a “qualidade” dessas “portas”.

Desta forma, pensar nos colaboradores da instituição que contribuem para a construção deste cuidado, que praticam humanização, acolhimento, no acesso as informações do paciente que está recebendo atendimento e que se encontra hospitalizado, torna-se de grande valia para o contexto hospitalar e para a família deste paciente que acompanha e faz parte do processo de cuidado domiciliar.

2 REVISÃO DE LITERATURA: HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO INTERFACES DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

2.1 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, p. 50), “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 - paidéia - seria o ponto de partida e principal instrumento de seleção e avaliação das aptidões de cada um e que a alma humana - psikhê - 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. (SCHILLING, 1997, 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 (dikê) está feita não no sentido de igualdade, mas como a necessidade de que cada um reconheça o seu lugar na sociedade.

Aristóteles (1997), 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, conforme Aristóteles. (ARISTOTELES, 1997, p. 2)

Uma dúvida nos ocorre: estaria justificada a divisão em grupos, onde cada grupo teria suas próprias idéias, eternas? E, na contemporaneidade, quando cada ser afastado de si mesmo, com dificuldades de comunicação com o seu próprio interior e, ainda, esquecido da sua

humanidade, que só se constitui no contato com o outro, estaríamos convencidos de nossas próprias idéias e, pretensiosamente, considerando-as eternas?

Diante dessas dúvidas, cabe-nos refletir se, internamente, temos o sentido da nossa missão enquanto ser humano, sujeito, funcionário, profissional, especialista, todos na condição de pessoas que executam uma tarefa de saúde pública: a missão de transmissão. Segundo Morin (2004, p. 102-103):

A transmissão exige, evidentemente, competência, mas também requer, além de uma técnica, uma arte. Exige algo que não é mencionado em nenhum manual, mas que Platão já havia acusado como condição indispensável a todo ensino: o Eros, que é, a um só tempo, desejo, prazer e amor; desejo e prazer de transmitir, amor pelo conhecimento e amor pelos alunos. O eros permite dominar a fruição ligada ao poder, em benefício da fruição ligada à doação. É isso que, antes de tudo mais pode despertar o desejo, o prazer e o amor no aluno e, no estudante. Onde não há amor, só há problemas de carreira e de dinheiro para o professor; e de tédio para os alunos. A missão supõe, evidentemente, a fé: fé na cultura e fé nas possibilidades do espírito humano. Portanto, é missão muito elevada e difícil, uma vez que supõe, ao mesmo tempo, arte, fé e amor. (MORIN, 2004, p.102)

Arte, fé e amor, pressupostos básicos da humanização na saúde, são categorias nas quais identificamos limitações e dificuldades para a sua corrente operacionalização, pois diante da tecnologia que busca avançar, cada vez mais, no diagnóstico e no tratamento das mais variadas doenças, o ser humano, circunstancialmente doente, passa a ser relegado a segundo plano, pois é desrespeitado na dimensão biopsicossocial espiritual.

Por outro lado, será preciso vencer a acomodação da repetição sem sentido de vida e ousar diante da resistência, pois, “como sempre, a iniciativa só pode partir de uma minoria, a princípio incompreendida, às vezes perseguida. Depois, a idéia é disseminada e, quando se difunde, torna-se uma força atuante”. (MORIN, 2004 p. 101). A questão da acomodação nos parece uma estratégia para nos mantermos longe da avaliação e da crítica, tal qual nichos destituídos da capacidade de interrogar, da capacidade de crescer, de filosofar com outros humanos. Poderemos utilizar deste referencial no que se refere aos processos de trabalho do dia a dia no âmbito da saúde, que por vezes se tornam mecanicistas e automáticos.

Em seus questionamentos, Sócrates (470 – 399 a.C.) (apud STRATHERN, 1997, p. 22), situou a filosofia sobre as bases da razão e a pesquisa filosófica conceptual limitada ao campo antropológico e moral, tentando identificar qual o modo de vida ideal para o homem. Pregava para quem quisesse ouvir, que a virtude se identificava com o saber e o homem só agia mal por ignorância e que a capacidade de distinguir o certo do errado estava na razão das pessoas e não na sociedade. A partir disso, em vez de criticar o mundo, Sócrates acreditava que faríamos

muito melhor questionando a nós mesmos, baseando-se, então, na máxima “Conhece-te a ti mesmo” e no auto-exame, “Eu nada sei, exceto o fato de minha própria ignorância”.

Segundo Marx 1844 (apud AGOSTI, 1970, p. 88) 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. É na sociedade que o homem, por meio do trabalho com outros homens, assegura a satisfação de suas necessidades naturais e transforma a natureza, tornando-a mais próxima de si mesmo. Segundo Marx (1844), o homem cessa de ser humano quando sua sociabilidade natural é negada, como ocorre na sociedade capitalista, na qual o trabalho, que é um fato social, é subtraído por uma minoria. Nos seus manuscritos é dito que:

[...] a supressão positiva da propriedade privada, quer dizer, a apropriação sensorial para e pelo homem da essência humana e da vida humana, do homem objetivo, das realizações humanas, não deve ser concebida simplesmente no sentido de usufruto imediato, exclusivo, no sentido de posse, do ter. O homem se apropria do seu ser universal de maneira universal, quer dizer, como homem total. (MARX, 1844 apud AGOSTI, 1970, p. 90).

Portanto, Marx (1844 apud AGOSTI, 1970, p. 115) defende o humanismo real, que se configura “como um humanismo que não é do eu, mas do nós, e que por ser assim pode aspirar a mais alta dignidade do eu, mediante a realização do homem total”. Em outras palavras, o real humanismo em Marx desvela um homem universalmente desenvolvido. Não o homem perfeito resultado da reforma do indivíduo, mas o homem social, realizado a partir da reforma da sociedade, pois a transformação não se efetua ao nível da consciência individual, e sim ao nível da sociedade. E, segundo Agosti (1970, p. 116), a proposta é “que o anacronismo de uma sociedade inumana seja convertido, com a abolição da propriedade privada, em trabalho coletivo de transformação da natureza para benefício do homem”.

Em contrapartida, Sartre (1973) defende o existencialismo, que prega a existência do ser no mundo, que cria e precede a essência das coisas, e afirma que o existencialismo é um humanismo, pois permite uma possibilidade de escolha ao homem. Ele explica que tanto cristãos quanto ateus admitem que a existência preceda a essência, isto é, a subjetividade é o ponto de partida. Segundo Sartre (1973), é preciso desconstruir a ideia do século XVIII, baseada no ateísmo dos filósofos da época, quando era suprimida a noção de Deus, diante da afirmação que a essência precede a existência, da mesma forma que se declarava que o homem possuía

uma natureza humana existente em todos os homens. Assim, o homem seria o exemplo particular do conceito universal, que existe, se descobre, surge no mundo para depois se definir. O homem é, antes de tudo, um projeto que se vive subjetivamente, pois o existencialismo coloca o homem no domínio do que ele é e lhe atribui a responsabilidade por sua existência.

Algumas interpretações nossas a respeito das afirmações de Sartre (1973): O homem é pura angústia, mas não diante da finitude. Sua angústia se constitui diante da decisão de escolha, pois escolher significa compromisso. (SARTRE, 1973, p. 13). O homem está desamparado, sem um Deus universal, pois não existe o bem a priori, não há consciência infinita e perfeita para pensá-lo. O homem está só, mas livre. O mundo não se molda à vontade do homem, o próprio homem só existe a partir de suas realizações. (SARTRE, 1973, p. 15).

Sartre (1973, p. 21) acredita que: “Não pode haver outra verdade, no ponto de partida, senão esta: penso, logo existo; é aí que se atinge a si própria a verdade absoluta da consciência”. A partir, então, da subjetividade, o homem se constitui digno, e não como um objeto; e, ao se descobrir, descobre também os outros. Cada um descoberto na sua intimidade e na sua liberdade. É o momento da intersubjetividade, um mundo no qual o homem decide o que ele é e o que os outros são. Portanto, o homem como seu projeto não é definido pelos demais, mas reconhecido. Há uma universalidade humana que não é dada, mas construída. (SARTRE, 1973, p. 22)

O homem, no existencialismo, quer a liberdade concreta, e, por causa do compromisso e da descoberta do outro, se obriga a querer a sua liberdade e a dos outros. O resultado, então, é sempre imprevisível, pois consiste de invenção. Sartre (1973, p. 27) afirma que: “Antes de viverdes, a vida não é nada, mas de vós depende dar-lhe um sentido, e o valor não é outra coisa senão esse sentido que escolherdes. Por isso vedes que há possibilidade de criar uma comunidade humana”.

Compreende-se, então, que o homem não é tomado como fim e como valor superior, porque o homem, sendo um projeto, está sempre por fazer-se, embora Sartre considere que o existencialismo é um humanismo. Mas quais são os argumentos para tal afirmação? Diz ele:

o homem está constantemente fora de si mesmo, é projetando-se e perdendo-se fora de si que ele faz existir o homem e, por outro lado, é perseguindo fins transcendentais que ele pode existir; sendo o homem esta superação e não se apoderando dos objetos senão em referência a esta superação, ele vive no coração, no centro desta superação. Não há outro universo senão o universo humano, o universo da subjetividade humana. É a esta ligação da transcendência, como estimulante do homem - não no sentido de que Deus é transcendente, mas no sentido de superação - e da subjetividade, no sentido de que o homem não está fechado em si mesmo, mas presente sempre num universo humano, é a isso que chamamos humanismo existencialista. (SARTRE, 1973, p. 27).

Dessa maneira, Sartre (1973) quer dizer que não há outro legislador além do homem e que não há outro universo além do universo humano. E é fora de si, na transcendência, que o homem vê um objetivo, isto é, a realização particular que parte da ação para a libertação.

Por fim, fica claro que o existencialismo não busca demonstrar que Deus não existe. Busca provar ao homem, caso não se reencontrar e não se convencer, de que nada poderá salvá-lo de si mesmo, nem mesmo uma prova da existência de Deus. (SARTRE, 1973). Retornando a uma ideia Sartre, já examinada, que diz que, a partir, então, da subjetividade, o homem se constitui digno, e não como um objeto, e, ao se descobrir, descobre também os outros, e, ainda, que esse momento é o da intersubjetividade, quando há uma universalidade que não é dada, mas construída, uma pergunta nos motiva a continuar a busca: o que vem a ser ‘intersubjetividade’, senão uma vivência de humanismo entre duas subjetividades, ou mais, socializada numa relação humanizada, quando os sujeitos se constituem dignos, descobrindo-se mutuamente?

A resposta está na descoberta para além da subjetividade, quando visualizamos a questão da transmissão, pois no momento da construção há troca de saberes. Morin (2004, p. 51) exemplifica muito bem, dizendo que:

explicar não basta para compreender. Explicar é utilizar todos os meios objetivos de conhecimento, que são, porém insuficientes para compreender o ser subjetivo. A compreensão humana nos chega quando sentimos e concebemos os humanos como sujeitos; ela nos torna abertos a seus sofrimentos e suas alegrias.

A citação nos desafia a refletir sobre as nossas práticas em saúde nos dias atuais. Será que, quando recebemos pessoas, estamos abertos ao sofrimento e à alegria? Que tipo de relações estamos estabelecendo com nossos semelhantes, também humanos e profissionais? Na busca pela base filosófica do humanismo, constatamos que, desde os tempos remotos da história da Medicina, foi incentivada a postura condizente com a inspiração de confiança ao paciente, ficando clara a importância da ligação entre o médico e o ser humano doente. Esta percepção deve-se a Hipócrates (460 – 370 a.C) (apud Donato, 2010, p.107), que, além de ter sido o maior médico da Antiguidade e um dos fundadores da Biologia, foi o iniciador da observação clínica, acreditando que as doenças resultavam dos humores do organismo e que a cura viria da reação natural do organismo, bastando ao médico ajudar a natureza. Assim, a perspectiva humanista fica evidenciada em suas palavras, quando diz:

Deves cuidar atentamente de ti... dizer só o que for absolutamente necessário. [...] Peço-te que sejas bondoso e leves em conta os recursos do paciente. [...] E se surgir alguma oportunidade de socorrer um estrangeiro em dificuldades, dá-lhe plena assistência. Pois onde há amor pelo homem há, também, amor pela arte. (HIPÓCRATES apud DONATO, 2010, p. 107)

Diante da constatação de que além de promover, manter e recuperar a saúde do paciente, os profissionais da área da saúde, imbuídos de um espírito humanista, deveriam realçar a liberdade do indivíduo, a razão, as oportunidades e os direitos, torna-se imperioso vivenciar uma “nova articulação de saberes e práticas em defesa da vida individual e coletiva, reafirmando a saúde como direito de cidadania” (REIS, 1977), a partir da afetiva democratização.

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.

2.2 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. (UNESCO, 2007).

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, 2001 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, tem 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. (SAVASSI et al, 2006).

O acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania. (BUENO, 2007). O acolhimento é uma técnica que determina a mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre profissionais e usuários, humanizar a atenção, estabelecer vínculo e responsabilização 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. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde.

Dessa forma, "acolher" não significa a solução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta sensível, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde. O acolhimento está mais no ouvir e menos no falar e mais no receber e fazer. É neste momento que deve surgir a criação do vínculo para futuras intervenções, onde se dá a humanização da saúde em seu sentido mais amplo, em que a compreensão é categoria essencial, ou seja:

A compreensão é um conhecimento empático/simpático das atitudes, sentimentos, intenções, finalidades dos outros; ela é fruto de uma mimese psicológica que permite reconhecer ou mesmo sentir o que sente o outro. A compreensão, portanto, comporta uma projeção (de si para o outro) e uma identificação (com o outro), num duplo movimento de sentido contrário formando um ciclo (MORIN, 1999, p.175).

A compreensão está relacionada com as características de vida do usuário, significa entender o processo de entendimento da doença, sua subjetividade em relação ao diagnóstico, faz-se necessário o conhecimento da sua cultura, hábitos, relações, significados que devem ser descobertos para auxiliar no processo interventivo, é importante o reconhecimento do outro e uma identificação, porque permite o entendimento da situação como um todo, evidenciando pontos e suas origens. Para Castri e Mattos (2011), para fazer uma leitura da realidade é imprescindível um autoconhecimento, conhecer nossas próprias limitações e preconceitos, porque na maioria das vezes não nos damos conta que está embutido no profissional as preconcepções e os pré-julgamentos, o diálogo consigo mesmo, e não só com os usuários que necessitam de atendimento. É importante o conhecimento da realidade do usuário, mas a reflexão crítica sobre si mesmo pressupõe a orientação correta e as técnicas mais apropriadas em cada situação de atendimento. (CASTRI; MATTOS, 2011).

No primeiro momento, o acolhimento tem como objetivo o conhecimento do usuário, sua ambientação, e a criação de um primeiro contato que possivelmente resultará em um vínculo para possíveis intervenções, gerando uma melhor adesão ao tratamento. Nessa relação o vínculo caracteriza-se como:

O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona posteriormente com a noção de papel, de status e de comunicação. (PICHON, 1998 p. 31).

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.

2.3 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”. (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, configuram-se os primeiros passos de um processo de prática humanizada em saúde, que inicia pelo atendimento, de onde se infere que as coisas simples do dia adia podem se tornar humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, a partir do acolhimento e da informação correta.

Destacamos alguns tópicos e apresentamos abaixo, conforme Ciampone (2010):

Equação da competência: **C + H + A**

Conhecimento: é o fato ou a condição de conhecer algo com a familiaridade obtida através do aprendizado e experiência. **Habilidade:** é a capacidade de usar o conhecimento de forma eficiente, mas eficaz, na execução ou no desempenho das atividades. **Atitude:** são os sentimentos positivos e a mente aberta em relação a um fato ou situação.

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. (CIAMPONE, 2010).

A partir do que foi dito anteriormente, compreendemos que a base da aplicação desses conceitos está vinculada à questão da identidade, que é fundamental em qualquer momento da nossa vida, principalmente no mundo do trabalho, que é feito de competições e tensões, mas, sobretudo, de relações. A reflexão permanente sobre o próprio comportamento, a autoimagem, o conhecer a si próprio, identificando capacidades, mas também limitações, além do reconhecimento de emoções e sentimentos, conforme autor.

Por outro lado, após o processo reflexivo, **as ações de dar e receber *feedback*** adquirem novo sentido, pois ampliam o olhar e despertam para novas maneiras de lidar com o semelhante. Na interação, conhecemos e nos damos a conhecer através da capacidade de falar e ouvir, mas muito mais pela capacidade de perceber que um simples gesto de acolher o outro, com suas particularidades de humano, enriquecem e perpetuam o diálogo. Na área da saúde, mesmo tendo sido instituída pelo SUS, que possui uma política de saúde que visa à integralidade, à

universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes, observamos que, apesar dos avanços acumulados, ainda são muitos os desafios. Os mais relevantes serão relacionados abaixo, conforme informações do Ministério da Saúde e constatados no cotidiano hospitalar (BRASIL, 2004):

- 1º) Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- 2º) Fragmentação da rede assistencial, dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- 3º) Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- 4º) Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- 5º) Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- 6º) Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- 7º) Desrespeito aos direitos dos usuários;
- 8º) Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- 9º) Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- 10º) Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

De posse dessas constatações, cabe refletir sobre a saúde do trabalhador, este imbuído de facilitar um processo de humanização, a começar por ele mesmo e o usuário, diante das limitações do próprio sistema de saúde, que é novo e que vem se constituindo e se adaptando às infundáveis e, sempre surpreendentes, regras de mercado que causam forte impacto nas relações e, em consequência, passam a exigir novas configurações e adequações no espaço profissional. E, dentro desse pequeno viés aqui aberto, pois não é intenção aprofundar o assunto, nesse momento, perguntamos:

- Quantas pessoas estão incluídas no campo profissional da saúde que, corajosamente, habilmente, desempenham suas funções no cuidado e na manutenção da vida?
- Quem cuida dessas pessoas, quem lhes assiste, humanamente falando?

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.

É preciso, então, intensificar a informação a partir dos caminhos possíveis, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2004) e pautado na política de humanização. A saber:

- a) a troca e a construção de saberes;
- b) o trabalho em redes com equipes multiprofissionais;
- c) a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- d) o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas da saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;
- e) o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde do SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- f) construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Assim sendo, tendo como caminhos para a operacionalização as propostas acima descritas, nossa condição humana busca, como principais objetivos a serem alcançados, a valorização do humano e, das dimensões subjetivas, dos usuários, dos familiares dos usuários, ou seja, das pessoas envolvidas no processo de atendimento em saúde.

2.4 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, 2009, 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, 2009, p. 128).

Destacamos que, na realidade sociocultural das famílias pobres, o âmbito familiar é considerado como espaço privilegiado onde se estabelecem laços ou vínculos que possibilitam a sobrevivência material, psíquica, moral e afetiva diante das situações e problemas cotidianos. Conforme expõe Sarti (2000, p. 47)

A tradição mantém-se como uma referência fundamental da existência. Pensam seu lugar no mundo a partir de uma lógica de reciprocidade em que o que conta decisivamente é a solidariedade dos laços de parentesco e de vizinhança com os quais viabilizam sua existência.

Verifica-se que existe uma particularidade nas relações estabelecidas entre as famílias pobres, sendo que para estas a esfera familiar e comunitária constituem espaços privilegiados de convivência e solidariedade, onde se organizam as estratégias de vida e os recursos necessários à sobrevivência de todos os seus membros.

Classe social, portanto, é um dos elementos definidores dos modos de relacionamento interpessoal, por seus membros carregarem culturas próprias, por compartilharem uma história, pelas experiências vividas, pelas oportunidades educacionais que receberam e pelas condições de vida que experimentaram. (SZYMANSKI, 2002, p. 17).

A questão da sobrevivência e integridade física e subjetiva faz com que as famílias entre si prestem serviços para amenizar situações e privações cotidianas. A comunidade oferece a criação de uma rede de apoio mútuo para os momentos de necessidade aguda, nascida da experiência comum das necessidades meramente supridas. A situação de vulnerabilidade das famílias encontra-se associada à sua condição de pobreza e ao perfil da desigualdade social brasileira, os quais afetam as relações entre os membros dos grupos familiares, refletindo nas mudanças de concepções que os indivíduos fazem de si mesmos, no campo social e não apenas no interior da família.

Tal diversidade obriga a se mudar o foco da estrutura da família nuclear, como modelo de organização familiar, para a consideração das novas questões referentes à convivência entre as pessoas na família, sua relação com a comunidade mais próxima e com a sociedade mais ampla. (SZYMANSKI, 2002, p. 10).

Portanto, no plano das responsabilidades sociais do Estado, não se pode deixar de reconhecer e privilegiar a família como alvo de atenção da política pública. Urge valorizar a família nos seus diversos arranjos e processos de busca de qualidade de vida e, por este motivo, tem recebido lugar de destaque na política de assistência social, visto que a Lei Orgânica da Assistência Social - 1993 (BRASIL, 2013) - prioriza em um dos seus objetivos a proteção à família. Assim, a família se apresenta tendo missão partilhada entre Estado, iniciativa privada e sociedade civil, reforçando as relações de solidariedade e sociabilidade como condição de resistência e sobrevivência dos sujeitos, sendo a família e a comunidade locais de maximização de rendas, apoios e relações para obter capitais.

A grande expectativa é de que ela produza cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, gerando melhor qualidade de vida e socialização junto à comunidade/sociedade. O que se deve salientar é que o lugar de destaque da família, seu potencial protetivo e relacional só terá otimização se ela mesma receber atenções básicas, na partilha de responsabilidades, pois “é, no mínimo, hipócrita atribuir às famílias das camadas empobrecidas de nossa sociedade uma função de proteção às crianças e adolescentes sem lhes oferecer meios para isso”. (SZYMANSKI, 2002, p. 23).

Consideram-se, principalmente, as famílias pobres excluídas do processo de desenvolvimento e da apropriação da riqueza gerada, e de sua relação com a oferta de serviços e apoio públicos. De acordo com Takashima (2000, p. 82):

As milhares de famílias em condições de miserabilidade adquirem, cada vez mais, dimensões complexas e desumanas e constituem uma verdadeira violência social, onde os seres humanos não passam de números descartáveis ou considerados biodegradáveis.

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 ARTIGO

3.1 A percepção das práticas de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro sob perspectiva dos profissionais¹

The perception of the practices of embracement to family in the emergency hospital under the perspective of professional

3.1.1 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. Este artigo teve por objetivo investigar as percepções dos profissionais sobre os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro (HPS) da região metropolitana de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada mediante entrevista com 15 profissionais. Os dados foram desenvolvidos conforme a técnica de análise de conteúdo de Minayo, e foram encontradas as seguintes categorias sobre humanização, acolhimento, relações familiares. Os resultados apontam que os profissionais precisam reconhecer o acolhimento como um instrumento para reestruturar e redefinir a atenção em saúde aos familiares em Hospital de Pronto Socorro.

Palavras-chaves: Humanização. Acolhimento. Família. Profissionais. Hospital.

3.1.2 Abstract

It is understood that all people who come to a health facility must have a recognized need and get an immediate response to their situation, which is still to come in the form of

¹Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

guidance. This article aims to investigate the perceptions of professionals about the care process to the relatives in Emergency Hospital in the metropolitan region of Porto Alegre. It is a qualitative research conducted through interviews with 15 professionals. Data were developed according to Minayo content analysis technique, the categories found on humanization, welcoming, family relationships. The results show that the professionals need to acknowledge the reception as an instrument to restructure and redefine health care to families in Hospital Emergency.

Keywords: Humanization. Greeting. Family. Professionals. Hospital.

3.1.3 Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como uma proposta de aprimoramento da qualidade no atendimento à saúde da população, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento e destacando o processo subjetivo do ato de cuidado. Para tanto, um conjunto de estratégias busca tornar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) disparadores de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde no País^{4,5}.

Nesse sentido, partindo da importância da atuação das equipes no contexto hospitalar, vários estudos têm voltado seu interesse para o profissional de saúde e suas percepções sobre o processo de trabalho e a humanização do cuidado^{18, 19, 20}. Em revisão da literatura, Goulart e Chiari discutem a humanização a partir de sua concepção como política de saúde e como prática profissional, apresentando-a como um objetivo permanente e como uma meta central a ser buscada em qualquer projeto das áreas²¹.

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”¹.

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 outras⁵.

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 SUS⁴. Esta pesquisa teve por objetivo geral investigar as percepções de colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre, bem como o relato de suas práticas e identificar os princípios norteadores na rotina dos profissionais. Todavia, considerando o propósito deste artigo, descrevem-se os dados advindos das entrevistas com os profissionais, concernentes a suas concepções de acolhimento, humanização e relação familiar.

3.1.4 Método

Para subsidiar essa proposta realizou-se busca bibliográfica digital em bases de dados e textual no período dos últimos dois anos, a partir das quais selecionou-se o referencial para dar sustentação à reflexão que, aliada à prática profissional permitiu estabelecer as considerações que se traça nessa abordagem sobre a acolhimento e humanização dos profissionais de saúde. Artigos e pesquisas mostram que acolhimento e humanização são tratados por profissionais da Enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, onde requer atenção e cuidado aos pacientes internados.

Trata-se de estudo qualitativo descritivo exploratório que visou investigar as percepções de colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre. Foram 15 colaboradores de setores administrativos e assistenciais do Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os critérios de inclusão foram: colaborador efetivo na instituição há pelo menos 3 meses; idade entre 18 e 65 anos de idade; sexo feminino e masculino. Quanto aos critérios de

exclusão foram: residentes e/ou estagiários. Os participantes foram sorteados por meio de uma relação dos colaboradores da instituição disponibilizada pelo setor de Recursos Humanos e separado por categoria profissional administrativa e assistencial, foram escolhidos dois profissionais por área para dimensionar a percepção de cada profissional.

Na tabela 1 segue as categorias dos colaboradores entrevistados (N=15):

Quadro 1- Perfil dos participantes entrevistados

Fonte: autoria própria, 2015

OCUPAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO	TEMPO DE OCUPAÇÃO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
Analista de Atendimento	Profissional 1	1 ano	F	24	Superior completo
Analista de Governança	Profissional 2	1 ano	F	38	Superior completo
Enfermeiro	Profissional 3	5 anos	M	31	Superior completo
Enfermeiro	Profissional 4	2 anos	F	31	Superior completo
Médico	Profissional 5	3 anos	F	36	Superior completo
Médico	Profissional 6	6 anos	F	32	Superior completo
Nutricionista	Profissional 7	1 ano	F	37	Superior completo
Nutricionista	Profissional 8	1 ano	F	28	Superior completo
Psicólogo	Profissional 9	4 anos	M	30	Superior completo
Assistente Social	Profissional 10	1 ano	F	30	Superior completo
Agente de Atendimento	Profissional 11	1 ano	F	55	Ensino médio completo
Auxiliar de Higienização	Profissional 12	5 anos	F	43	Ensino fundamental completo
Assistente Social	Profissional 13	3 anos	F	50	Superior completo
Técnico de Enfermagem	Profissional 14	10 meses	F	26	Ensino técnico completo
Técnico de Enfermagem	Profissional 15	5 anos	M	45	Ensino técnico completo

Para a coleta de dados foi utilizado entrevista semiestruturada gravada sobre as características sócio demográficas, processos de acolhimento, humanização valores e família. O questionário foi preenchido pelo pesquisador e realizado em sala reservada no ambiente hospitalar, de acordo com a disponibilidade e a escolha dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitou-se o anonimato, nomeando os participantes pela profissão que exercem foi constituída de perguntas fechadas e abertas. No quadro acima percebemos que os profissionais não possuem um período longo na instituição, isto ocorre devido a mudança da Administração que antes era executada por uma Cooperativa.

A partir de 2010 o Hospital de Pronto Socorro passa a ser administrado por uma empresa de saúde privada com recursos financeiros advindos da Prefeitura do Município. E desta forma,

muito profissionais foram recontratados ou realizado novas contratações a partir deste ano. Na avaliação do perfil dos participantes percebeu-se que o tempo de ocupação varia entre 10 meses a 6 anos e a idade varia entre 24 e 55 anos, em sua maioria mulheres.

Trata-se, sobretudo, de um trabalho de construção de sentido como o resultado de um diálogo, através do qual o pesquisador provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles². Portanto, é uma construção sempre provisória. Os dados coletados foram transcritos e categorizados conforme análise de conteúdo de Minayo³. Para a elaboração e discussão dos resultados foi desenvolvida uma fase exploratória da pesquisa com a busca de referenciais teóricos sobre teses e artigos elaborados nos últimos cinco anos e presentes em bancos de dados como periódicos PubMed, BVS, SCIELO, bibliotecas digitais da PUCRS, UFRGS, dentre outros; a fase de trabalho de campo onde realizou-se as entrevistas; a fase de análise e tratamento do material.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (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.

3.1.5 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 destas vivências emergiram os temas: Princípios do SUS e Princípios da PNH– Humanização; Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento; Significado de Família e Relacionamento Familiar.

3.1.5.1 Princípios do SUS e Princípios da PNH- Humanização

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, surge no cenário como reconhecimento aos resultados das experiências pioneiras do “SUS que dá certo”. Utilizando-se das práticas de humanização nas ações de atenção e gestão, o “SUS que dá certo” possibilitou a legitimação da proposta de humanização como política pública. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que Estados, Municípios e serviços de saúde estavam implantando – práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados.⁵

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, 10 entrevistados responderam que sim e cinco entrevistados responderam que não conheciam sobre este tema.

Diante das respostas os entrevistados expressaram sobre seu conhecimento sobre PNH, percebe-se que alguns relacionam com a Política Nacional de Humanização somente pela palavra Humanização, e não como uma Política. Neste caso, é necessário entender qual o sentido da criação desta prática no âmbito hospitalar. Para profissional 2:

“Eu acho que humanização é se colocar no lugar do próximo, eu vejo nesse sentido. Ver a necessidade pelo qual está passando e tentar se colocar um pouquinho a disposição para entender melhor e saber acolher.”

Para a profissional 11, a PNH

“Foi criada para regular os princípios do SUS (Sistema único de saúde) que coloca em prática as ações de humanização”. 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”, conforme menciona Profissional11.

Mediante as colocações, partimos do princípio do marco teórico dos 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 esgarçam 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.⁴

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 de vida desse paciente, realmente acolher o paciente em todos os aspectos. Desde o hospital até quando ele for para casa.” Explica a Profissional 7.

“Política pública instruída para discutir o processo de humanização e gestão nas casas de saúde”(Profissional 9).

Na visão da Enfermeira 3,

“Esta política iniciou-se em 2003, penso que serve para ajudar no cotidiano das práticas e atenção, e gestão da saúde pública.”

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 poder⁴.

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/MS⁵.

Quando perguntado para o colaborador o que entende por humanização as respostas são variadas: A Profissional 11 menciona que

“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.”

Nesta perspectiva, para Oliveira⁶, 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.

“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. ” Conforme relato da Profissional 3.

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 relacional⁷.

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.

3.1.5.2 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.⁸

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 acolhê-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.” (Profissional 11)

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.” (Profissional 10)

Quando a entrevistada traz a questão da “escuta morta”, refere o quanto é importante estar efetivamente no atendimento e valorizar as demandas trazidas pelo paciente e/ou familiar.

Para o autor Pimentel⁹:

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.¹⁰ 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 direitos¹¹.

Trata-se não apenas de estabelecer normas e procedimentos, mas de algo maior, consequentemente mais demorado, que envolve 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 mudança¹¹. 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.

3.1.5.3 Os Valores Humanos Relacionados ao Atendimento

Pensar em acolhimento também é refletir sobre as características de ser uma pessoa acolhedora. Muitos relataram sobre os valores humanos. Milton Rokeach fala sobre os valores humanos, em sua obra clássica *The nature of human value*¹². O autor comenta que os valores não representam simplesmente palavras ensinadas às crianças; compreendem importantes explicadores de atitudes, sentimentos e comportamentos relacionados com atributos econômicos, sociais e culturais. 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.¹²

A literatura defende que as decisões tomadas pelos indivíduos são intensamente afetadas por seus valores, crenças, competências, metas e personalidade. Em estudos atuais destacam que variáveis influenciam, simultaneamente, diversas categorias de comportamentos podem auxiliar decisões, estratégias, gestão de pessoas, concepção e manutenção de estruturas organizacionais. Pesquisas têm apontado que a já conhecida relação entre as atitudes e o comportamento faz mais sentido quando incorporamos os valores nessa equação. Evidências demonstram que os nossos comportamentos e as nossas escolhas são interpretados pelos indivíduos por meio do significado que é atribuído aos valores que representam¹³.

Na maioria das respostas os profissionais referem que para ter características de uma pessoa acolhedora é necessário ter empatia, se colocar no lugar do outro e ter como premissa o cuidado e atenção ao familiar e/ou paciente.

Para a Profissional 5 ter características de uma pessoa acolhedora:

“é um misto de coisas, é tu ter tempo, carinho e afeto. Para mim é mais empatia, foi uma coisa que minha faculdade inteira frisava, tu ter empatia. Tu ter capacidade de se colocar no lugar da pessoa e agir como se fosse tu ali, doente ou na condição de familiar e eu já estive nessa posição de familiar e realmente é muito angustiante. Esses valores de carinho e afeto nós aprendemos em nossa base familiar.”

Na opinião da Profissional 13,

“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.”

Diante dos modelos existentes e reconhecendo a necessidade de diferenciar os valores humanos de outros construtos com os quais costumam ser confundidos, Gouveia¹⁴ pensou na possibilidade de elaborar uma tipologia alternativa, que apresenta os valores humanos básicos, conceituando-os como:

Categories 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.¹⁴

“Reconhecer a necessidade do outro e ser capaz de oferecer suporte quando necessário, ser coerente com suas ações do dia a dia. E isto aprendemos com quem esteve por perto nos vários momentos da nossa criação, ter ética e ter valores que levaremos para a vida inteira.” (Profissional 9).

Assim como para identificar cada valor básico, Gouveia¹⁴ tomou como referência a Teoria das Necessidades de Maslow, cujos principais fundamentos são: as necessidades humanas são relativamente universais; são neutras ou positivas; obedecem a uma hierarquia; o homem caminha em direção à auto realização; e a pessoa é um todo integrado e organizado.

O desenvolvimento da afetividade implica na capacidade que as pessoas têm para expressar e receber afeto, sendo progressivamente limitada e moldada. Compreender os fenômenos que governam a vida na terra, partindo de uma ação consciente, capaz de modificar contextos próximos, vislumbra a liberação de uma certa criatividade na tentativa de modificar as estruturas sociais estagnadas.

3.1.5.4 Significado de Família e Relacionamento familiar

Sabe-se que o vínculo e o apego entre familiares são vitais para o desenvolvimento do ser humano e são essas vivências que servirão de alicerce para a formação das percepções e capacidades interpessoais de todos os membros, mesmo durante a velhice. Mais especificamente, a percepção de suporte familiar está relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por consequência, ao bem-estar psicológico. O bem-estar psicológico pode ser definido como as crenças pessoais sobre o cumprimento de normas e papéis relacionados ao gênero e a idade, ao envolvimento com os outros, à produtividade, ao reconhecimento social, à autonomia, ao domínio sobre o ambiente, ao valor das realizações, ao cumprimento de metas de vida e a outros aspectos que permitem ao indivíduo sentir-se bem consigo mesmo, quando se compara com outros de seu meio social¹⁷.

Os participantes referem que seus maiores valores são: 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 discussão deste tema, conforme alguns entrevistados: Segundo a Profissional 1,

“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.”

A família é parte integrante de um ambiente sociocultural. Isto significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais e, como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias¹⁵. O cuidado familiar é definido a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver. Entretanto, em cada estágio há especificidades decorrentes do ambiente sociocultural e das características de cada membro, bem como de sua família, e é fortalecido pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos.

Na opinião da Profissional 6, família:

“Não é apenas aquelas pessoas com algum vínculo de sangue, mas aquelas pessoas que estão no seu convívio mais frequente, tanto amigos como pai, mãe, avô e aquelas pessoas que sabem que inevitavelmente em qualquer situação vão estar presentes e vão te apoiar e vão te amar. Não necessariamente pai de sangue ou mãe de sangue, aquelas pessoas que te cuidaram e te criaram e amigos também que estão sempre ali, acho que isso é família.”

“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.” Conforme opinião da Profissional 10.

Em face do contexto diverso em que se inserem indivíduos e famílias, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as diferentes estruturas e dinâmicas familiares, e busquem realizar o cuidado em saúde com abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde¹⁶.

“Considero o atendimento aos familiares no HPS muito diferente de todos os hospitais em que trabalhei, as equipes tem o entendimento que a família faz parte do tratamento e da melhora contínua do paciente, assim como o atendimento médico e de enfermagem, o serviço é alinhado entre a equipe multidisciplinar e isso facilita o dia a dia de trabalho. E como profissional me sinto acolhida pela Instituição.” (Profissional 4).

“Orientar a família sobre a conduta que a nutrição está conduzindo com o paciente faz parte do processo de atenção e cuidado, por exemplo, a dieta que o paciente ele está recebendo. É necessário orientar sobre os alimentos que não devem ser trazidos de casa para o hospital. Para pacientes com dieta enteral é necessário explicar a família todos os manejos necessários caso o paciente receba alta com esta alimentação.” (Profissional 8).

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. Ter esta percepção é essencial para o atendimento às famílias em um Hospital de Pronto Socorro, que recebe inúmeros pacientes e inúmeras famílias que chegam a este hospital angustiadas e solicitantes por algum tipo de informação e orientação: sobre o estado de saúde, exames e localização do paciente.

3.1.6 Considerações Finais

A relação entre os profissionais de saúde e as categorias abordadas revelam que se sentem acolhidos pela instituição onde trabalham, tornando-se mais fácil de exercer o acolhimento e humanização no atendimento aos familiares e pacientes em Hospital de Pronto Socorro. Observa-se também que os profissionais relacionam a humanização como ato de exercer a empatia e a resolutividade em suas ações diariamente. Com a consciência de que a presença da família no ambiente hospitalar é importante e faz parte do tratamento do paciente trazendo segurança e apoio.

Os colaboradores de Hospital de Pronto Socorro apresentaram seu conceito sobre humanização, embora nem todos tenham incluído aspectos relacionados ao cuidado em interagir com o familiar e se colocar no lugar deste. Esse é o ponto de partida para que a humanização se faça presente em sua prática profissional, mas, sozinho, não os capacita para isso. Também é necessário que os profissionais de saúde dominem os diferentes saberes envolvidos na constituição dessa competência e, nesse aspecto, os resultados mostraram limitação sobre o entendimento dos processos de acolhimento aos familiares.

É possível observar que o acolhimento colabora com as áreas multidisciplinares e interdisciplinares. Onde exercer a humanização nos setores em que estão inseridos, desenvolve habilidades, adquirindo conhecimento e atitudes, contribuindo para um serviço mais integrado

e de maior significado. O trabalho coletivo demanda o engajamento da gestão e equipes assistenciais e administrativas, considerando o ambiente de trabalho como um espaço de mobilização de suas habilidades técnicas e interacionais para a resolução de problemas.

Percebe-se que para novas estratégias a sensibilização para os profissionais da assistência e equipe administrativa faz-se necessário com contexto hospitalar no campo do acolhimento aos familiares. A partir deste estudo pode-se observar a necessidade de fomentar novas estratégias para qualificar os processos de acolhimento e humanização aos familiares em Hospital de Pronto Socorro.

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Ed. Hucitec; 2007. p. 15-35.
2. Freitas ME. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise In: Motta FCP, Freitas ME, organizadores. Vida psíquica e organização. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 41-73.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Oliveira SB. 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.
7. Rios IC, Lopes Junior A, Kaufman A, Vieira JE, Scanavino MDT, Oliveira RA De. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(1):112–21.
8. Sá MCN. Um estudo sobre os cuidadores de pacientes internados. Psic. 2002; 3(1):124-41.
9. Pi1. Pimentel PK de A, Coelho Junior N. Some notes about the use of empathy in borderline cases and situations. Psicol Clínica. 2009; 21(2):301–14.
10. Vieira Filho NG, Rosa MD. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. Psicol Teor e Pesqui; 2010 Mar;26(1):49–55.
11. Barros DM, Sá M de C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2473–82.
12. Rockeach M. The nature of human values. New York: The Free Press; 1973.
13. Jesuino JC, Torres CV, Teixeira MLM. Avanços teóricos e metodológicos em valores humanos e gestão: uma introdução ao fórum. RAM Rev Adm Mackenzie; 2012; 13(3):14–7.
14. Gouveia VV. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. Estud Psicol. 2003; 8(3):431–43.

15. Elsen I. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002.
16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
17. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri AL. Qualidade de vida na idade madura. Campinas, SP: Papyrus; 2006. p. 9-56.
18. Lúcia C, Beck C, Maria R, Gonzales B, Denardin JM, Trindade LDL. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. *Texto Context Enferm*. 2007; 16(3): 503–10.
19. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saude Colet*. 2004; 9(1): 7–14.
20. Deslandes, SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.33-48.
21. Goulart BNG de, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1):255–68.

4 PRODUTO SOCIAL

4.1 Objetivo Geral

Sensibilizar para a consolidação da cultura de humanização e contribuir para ampliar a qualidade do atendimento aos usuários e profissionais que atuam em HPS.

4.1.2 Objetivos Específicos

- a) Capacitar os profissionais para um conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania;
- b) conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- c) difundir uma nova cultura de humanização na instituição.

4.2 Cronograma de Atividades

Será apresentado a seguir o cronograma dos assuntos que serão abordados na sensibilização sobre Humanização no Atendimento em saúde:

Quadro 2 – Cronograma
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

Tempo Estimado	06 horas
Assuntos Abordados	Atendimento ao cliente
	Humanização
	Comunicação Efetiva
	Dinâmicas de Grupo

Figura 1 - Fluxograma 1
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

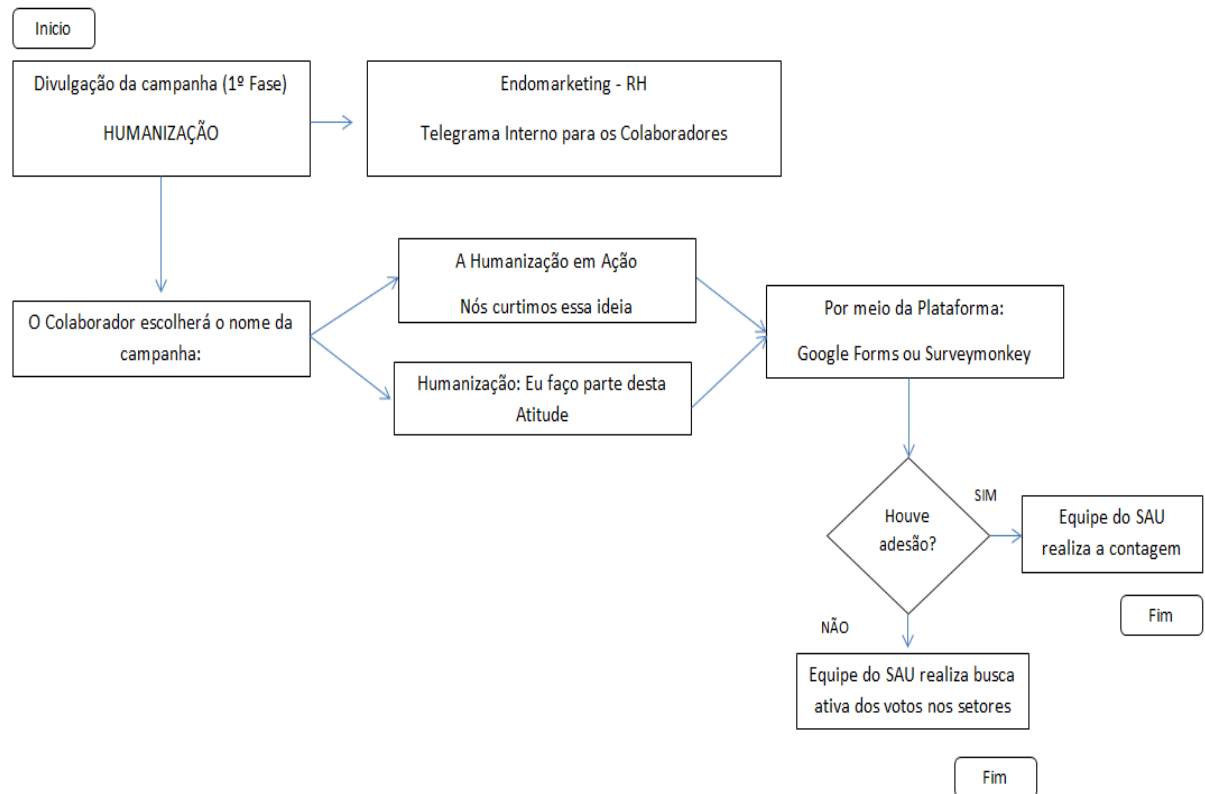


Figura 2 - Fluxograma 1
 Fonte: elaborado pela autora, 2015.

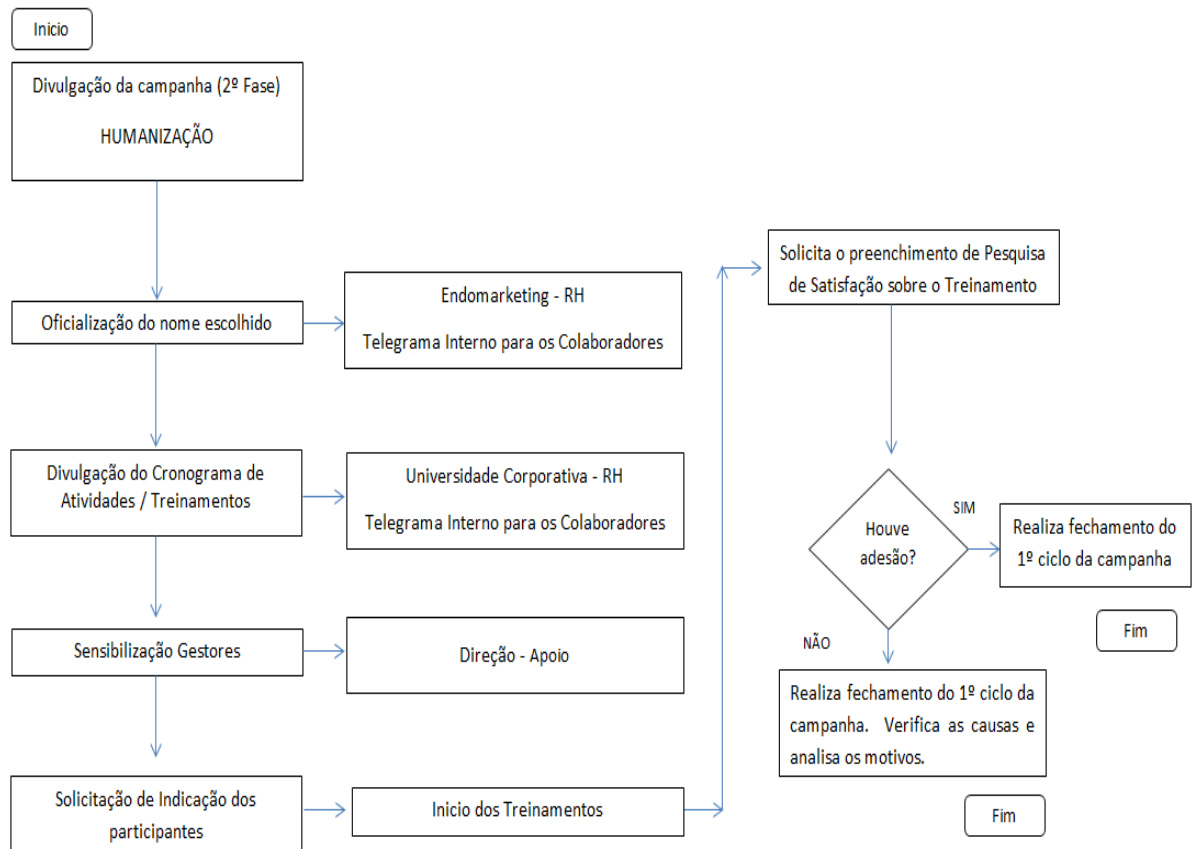


Figura 3 - Cronograma
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

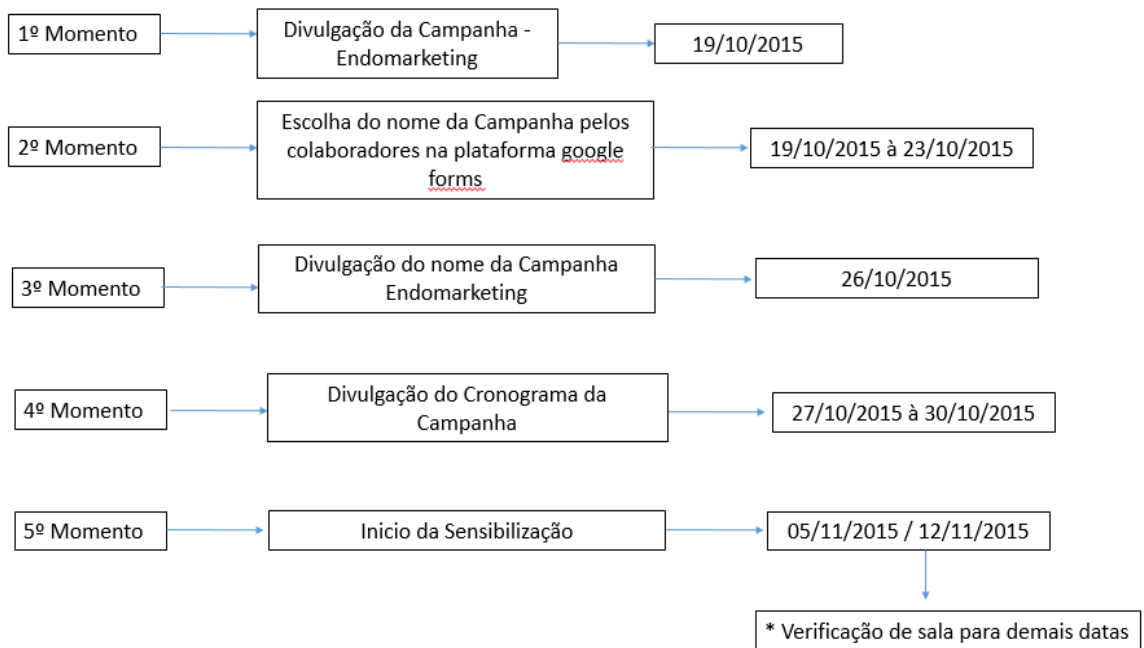


Figura 4 – Plataforma Google Forms
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

Campanha - Humanização no Atendimento em Saúde

O MD Canoas lança a Campanha de humanização e o protagonista é você!
Escolha o nome para a Campanha e participe.



Qual o melhor nome para a Campanha de Humanização?

Escolha entre as opções e colabore deixando sua opinião

- A Humanização em Ação - Nós curtimos essa ideia
- Humanização: Eu faço parte desta Atitude

Submit

Figura 5 – Banner
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

HUMANIZAÇÃO
no **ATENDIMENTO**
em **Saúde**

O Mãe de Deus Canoas lança a
Campanha de **humanização**
E o protagonista é **VOCÊ!**

VOCÊ
escolhe, participa e interage!

"A Humanização em
Ação - Nós curtimos
essa ideia" **OU** "Humanização: Eu
faço parte desta
atitude"

✓ Escolha o nome de sua preferência;
✓ Vote através do formulário: <http://goo.gl/forms/JxtOizMXIc>
ou nossos pontos de votação.


 **PONTOS DE VOTAÇÃO:** HU - RH, refeitório e entrada de funcionários
HPSC - RH

Figura 6 – Cédula de votação
Fonte: elaborado pela autora, 2015.

HUMANIZAÇÃO
no **ATENDIMENTO**
em **Saúde**

O Mãe de Deus Canoas lança a
Campanha de **humanização**
E o protagonista é **VOCE!**

VOCE
escolhe, participa e interage!

"A Humanização em
Ação - Nós curtimos
essa ideia" **OU** "Humanização: Eu
faço parte desta
atitude"

✓ Escolha o nome de sua preferência;

✓ Vote através do formulário:
ou nossas pontos de votação:

 **PONTOS DE VOTAÇÃO:** HU - RH, refeitório e entrada de funcionários
HPSC - RH

5 CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo os colaboradores de Hospital de Pronto Socorro apresentaram seu conceito sobre humanização, embora nem todos tenham incluído aspectos relacionados ao cuidado em interagir com o familiar e se colocar no lugar deste. Esse é o ponto de partida para que a humanização se faça presente em sua prática profissional, mas, sozinho, não os capacita para isso. Também é necessário que os profissionais de saúde dominem os diferentes saberes envolvidos na constituição dessa competência e, nesse aspecto, os resultados mostraram limitação sobre o entendimento dos processos de acolhimento aos familiares.

É possível perceber que a maioria dos profissionais sabem, pelo menos em tese, agir com pertinência em situações que exigem ações que devem ir além dos padrões de atendimento. Tais atitudes esperadas para o contexto de sofrimento em âmbito hospitalar são: sensibilidade para o agir humanizado, com base em suas concepções e com o intuito de minimizar o sofrimento dos familiares. Entretanto, há momentos em que esse saber se mostra inconsistente, com a prática de ações que se restringem ao dia a dia e de modo mecanizado, evidenciando falha no processo de comunicação e interação, contradizendo os conceitos apresentados neste estudo por pesquisadores do campo da humanização. Embora tenham afirmado saber mobilizar conhecimentos e recursos para oferecer o cuidado humanizado, a mobilização de alguns recursos do meio, representados pela interação da equipe e o relacionamento interpessoal, foi colocada como aspecto pouco facilitador para essa prática

A dedicação e o amor que os profissionais mostraram ter pelo que fazem, apesar das dificuldades, do sentimento de impotência e fracasso que muitas vezes aparecem, ainda assim, trouxeram expressões como “eu amo o que faço”. Sem dúvida, estimular, favorecer, fortalecer e investir no afloramento do melhor dos sentimentos é garantir não só a humanização, mas a própria “humanidade” no trabalho em saúde, ou seja, a capacidade de empatia, de acolhimento, de delicadeza, a inferência cuidadosa sobre o corpo e a vida.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se configura como meio para a qualificação das práticas de saúde, através da ampliação do acesso com acolhimento; valorização dos trabalhadores e usuários; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo. Para tanto, faz-se necessária uma assistência humanizada no ambiente hospitalar em todas as unidades para uma mesma direção sob perspectiva interdisciplinar para obter um Sistema Único de Saúde Humanizado.

REFERÊNCIAS

AGOSTI, Héctor P. **Condições atuais do humanismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio Rodrigues. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, G. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARISTÓTELES. **Política**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

BARROS, Delba Machado; SÁ, Marilene de Castilho. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, Aug. 2010.

BECK, Carmem Lúcia Colomé et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.

BRASIL. **Educação como exercício de diversidade**. Brasília: UNESCO; MEC; ANPEd, 2007. (Coleção educação para todos, v.7).

BRASIL. **Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. (Série legislação ; n. 111)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, Wanderlei Silva. Betim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 2007, p. 169-196.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, Suely F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, Suely F.(Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 33-48.

DONATO, Mário; REY, Marcos. **Conquistas humanas**. São Paulo: Donato Editora Ltda, [s.d].

ELSEN, Ingrid. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid;. MARCON, Sonia Silva, SILVA, Mara Regina Santos da (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

FALEIROS, Vicente de P. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREITAS, Maria Ester. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise In: MOTTA, Fernando C. Prestes; FREITAS, Maria Ester de (org.). **Vida psíquica e organização**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000, p. 41-73.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde—contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GOUVEIA, Valdiney V. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. **Estudos de psicologia**, v. 8, n. 3, p. 431-443, 2003.

HIPÓCRATES. On the sacred disease. In: HUTCHINS, Robert Maynard (orgs.). **Great books of the western world**: Hippocrates. Chicago: Encyclopaedia Britannica, 1952, p. 154-160.

JESUÍNO, Jorge Correia; TORRES, Claudio Vaz; TEIXEIRA, Maria Luisa Mendes. Avanços teóricos e metodológicos em valores humanos e gestão: uma introdução ao fórum. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, n. 3, p. 14-17, 2012.

LAROUSSE Cultural. **Grande Enciclopédia**. [S.l.]: Nova cultural Ltda., 1999. (Volume 13).

MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães de; CASTRI, Paula de Almeida (orgs.). **Etnografia e educação**: conceitos e usos. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde**: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o sus no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 15-35.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MIOTO, R. C. T. Famílias e Políticas Sociais. In: Política social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

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

MORIN, Edgar. **O método 3**: O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina, 1999.

NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidencias de pesquisa. In: NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, p. 9-56.

OLIVEIRA, Saulo Barbara de. **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.

PEIXOTO, T. C.; BATISTA, C. HumanizaSUS: problematizando a humanização na saúde, na sociedade. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE PSICOSSOCIOLOGIA E SOCIOLOGIA CLÍNICA, 13. **Anais...** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

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

PIMENTEL, Perla Klautau de Araujo; COELHO JUNIOR, Nelson. Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 301-314, 2009.

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

RIOS, Izabel Cristina et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 1, p. 112-121, 2008.

ROKEACH, Milton. **The nature of human values**. New York: Free Press, 1973.

SÁ, Maria Clara Nogueira de. Um estudo sobre os cuidadores familiares de pacientes internados com doenças hematológicas. **Psic: revista da Vetor Editora**, v. 3, n. 1, p. 124-141, 2002.

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. São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção Os Pensadores, v. XLV).

SAVASSI, LCM; PEREIRA, RPA; TURCI, MA; LAGE, JL; COUTINHO, MK. **Relatório da GESF**: Tema Acolhimento. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatorioacolhimento.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2015.

SCHILLING, Voltaire. **O Sonho de Platão**. Disponível em: <<http://educaterra.terra.com.br/voltaire/politica/platao.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

SCHILLING, Voltaire. **Platão**. Disponível em: <<http://educaterra.terra.com.br/voltaire/politica/platão.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

STRATHERN, Paul. **Platão em 90 minutos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

SZYMANSK, Heloísa. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, Maria do Carmo B. (org.). **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: Cortez, 2000.

TAKASHIMA, Geney M. O Desafio da Política de Atendimento à Família: dar vida às leis-uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, Manoug Sílvio (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JÚNIOR, Ruben Mattos Kenneth R. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; 2005. p.89-112.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; ROSA, Miriam Debieux. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 49-55, Mar. 2010

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A percepção das práticas de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro

Instituição de Ensino: Centro Universitário Unilasalle

Pesquisador Responsável: Paula Costa – (51) 34154500

Instituição Coparticipante: Hospital de Pronto Socorro de Canoas – Sistema Mãe de Deus

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo: “Os processos de acolhimento aos familiares em Hospital de Pronto Socorro

1. JUSTIFICATIVA

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre A Percepção das Práticas de Acolhimentos aos familiares no Hospital de Pronto Socorro de Canoas, sob responsabilidade da pesquisadora Paula Costa, do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque busca conhecer os colaboradores com o intuito de contribuir no aprimoramento do acolhimento ao usuário em saúde. O objetivo deste estudo é investigar as percepções de colaboradores sobre a percepção das práticas de acolhimento aos familiares em no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre.

3. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Se você concordar em participar deste estudo, você responderá a uma entrevista gravada em sala reservada sobre questões referente aos processos de acolhimento aos familiares em instituição hospitalar. As informações obtidas e a identidade do entrevistado será mantida em sigilo. A duração da entrevista é estimada de 45 minutos.

4. DIREITO DE DESISTÊNCIA

Você pode desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Sua decisão de não participar ou de deixar a pesquisa depois de iniciada não o prejudicará.

5. PRIVACIDADE

Você não será identificado. Todas as informações obtidas no estudo serão mantidas em sigilo e o seu anonimato será preservado. Os resultados deste estudo poderão ser publicados com finalidade científica de forma anônima. Os resultados das entrevistas serão armazenados por um período de cinco anos e após serão incinerados.

6. CONTATO DOS PESQUISADORES

Caso você tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones: (51) 34154500 ou (51) 34768452 com o Comitê de Ética do Centro Universitário Unilasalle, este é um órgão composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e por representantes da comunidade, são responsáveis pela avaliação ética e metodológica dos projetos de pesquisa que envolve seres humanos. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

7. RESSARCIMENTO DE DESPESAS

Você não terá despesas com a sua participação na pesquisa.

8. CONSENTIMENTO

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será fornecido uma via para você e uma via será arquivada pelo pesquisador, sendo as duas vias assinadas e rubricadas todas as páginas por ambos.

Declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, torno-me parte, voluntariamente, do presente estudo.

Telefones para contato: _____

Nome do colaborador: _____

Assinatura do colaborador: _____

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Canoas, ____ de _____ de 20____.

ANEXO B – ENTREVISTA

Nome (Identificação Opcional): _____

Função: _____ **Setor:** _____

Tempo de Ocupação: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____ **Sexo:** F () M ()

1. Você conhece sobre Política Nacional de Humanização? Sim () Não ()

Se sim, explique

2. Para você o que é humanização?

3. Você sabe o que é acolhimento? Sim () Não ()

4. Para você o que é acolhimento?

5. Acha que é importante conhecer um pouco mais sobre este tema “acolhimento”?

Sim () Não ()

Por favor, explique:

6. Você acha que entendendo um pouco mais sobre este tema poderia ajudá-lo no seu dia a dia de trabalho? Sim () Não ()

Por favor, explique:

7. Você como colaborador sente-se acolhido?

a. Pela instituição: Sim () Não ()

Por favor, explique:

b. Pelos colegas de trabalho: Sim () Não()

Por Favor, explique:

c. Pela chefia / supervisores: Sim () Não ()

Por Favor, explique:

8. Você se considera uma pessoa acolhedora?

Marque com um X

	SIM	NAO
a) Com minha família		
b) Com meus amigos		
c) Com meus colegas de trabalho		
d) Com minha chefia		
e) Com os pacientes		
f) Com os familiares dos pacientes		

9. Para você o que é ser uma pessoa acolhedora?

10. Atualmente o que é mais importante na sua vida, em ordem do maior para o menor:

1. Família	1.
2. Trabalho	2.
3. Estudo	3.
4. Saúde	4.
5. Espiritualidade	5.

11. Para você qual o significado de família?

12. Como é o atendimento aos familiares na sua Unidade?

13. Relate uma situação de atendimento ao familiar?

14. Quais as principais facilidades no atendimento aos familiares? Relate uma situação.

15. Quais as principais dificuldades no atendimento aos familiares? Relate uma situação.

16. Na sua perspectiva quais melhorias podem ser realizadas para o processo de acolhimento aos familiares na sua unidade? Como imaginas?

17. Deixe sua opinião / observações importantes:

ANEXO C – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA



SALLE - UNILASALLE/RS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: Paula Rita Baptista Costa

Título da Pesquisa: Os Processos de Acolhimento aos Familiares em Hospital de Pronto Socorro

Instituição Proponente: SOCIEDADE PORVIR CIENTIFICO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34853914.4.0000.5307

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 800.421

Data da Relatoria: 08/09/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como finalidade pesquisar Processos de Acolhimentos aos Familiares de pacientes de um Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS. O projeto contém todos os itens metodológicos obrigatórios e apresenta-se bem estruturado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: investigar as percepções de Colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares no Hospital de Pronto Socorro da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS.

Objetivo específico: (i) analisar semelhanças e diferenças nas percepções nos Colaboradores sobre os processos de acolhimento aos familiares nos diversos setores da instituição hospitalar; (ii) analisar como as práticas de acolhimento dos colaboradores podem auxiliar no atendimento aos familiares em instituição

Hospitalar de pronto socorro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora não há riscos.

Benefícios: elaboração de capacitação para os colaboradores da instituição e qualificação dos processos de acolhimento aos familiares do Hospital de Pronto Socorro.

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 06 - 3º andar

Bairro: Centro

CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8452

Fax: (51)3472-3511

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO LA
SALLE - UNILASALLE/RS



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto do ponto de vista metodológico está bem estruturado. Os documentos obrigatórios foram apresentados. Consta apresentação de autorização do Hospital de Pronto Socorro

Patrocinador Principal:

Financiamento Próprio

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Todas as recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Entende-se que o projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

CANOAS, 22 de setembro de 2014

Rodrigo Lemos Simões
(Coordenador)

Endereço: Avenida Victor Barreto, 2288, Prédio 06 - 3º andar

Bairro: Centro

CEP: 92.010-000

UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3476-8452

Fax: (51)3472-3511

E-mail: cep.unilasalle@unilasalle.edu.br