

MICHELLY LÚCIA SILVA

**ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO CONTÍNUO DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E
REORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

FORMIGA/MINASGERAIS

2010

MICHELLY LÚCIA SILVA

**ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO CONTÍNUO DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E
REORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Stela Maris Aguiar Lemos

FORMIGA/MINASGERAIS

2010

MICHELLY LÚCIA SILVA

**ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO CONTÍNUO DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO E
REORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Stela Maris Aguiar
Lemos

Banca Examinadora

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Prof. _____ UFMG

Aprovada em Belo Horizonte _____ / _____ / _____

Aos meus familiares que sempre me apoiaram.

A Equipe de Saúde da Família Bela Vista, pelo companheirismo, dedicação e ética nos trabalhos realizados na comunidade.

A todos os membros da comunidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista

Agradeço a Deus que sempre esteve comigo me protegendo e abençoando a todos os momentos.

Aos meus familiares pela paciência.

A minha tutora Isabel e orientadora Stela por toda atenção prestada e amizade cultivada.

Aos meus colegas pelas experiências compartilhadas.

“Os males de que padece o ser humano, em seu maior número, vêm dele mesmo.”

AUTOR DESCONHECIDO

Resumo

Este estudo trata o acolhimento como alternativa na forma de atendimento dos serviços básicos de saúde, insere-se no modelo técnico-assistencial. Em defesa da vida, apresenta-se como proposta de humanizar os serviços de saúde, ampliar o acesso aos usuários e promover qualidade de vida. O projeto Acolhimento do Ministério da Saúde almeja tecer uma vida de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre os profissionais de uma equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si suficientes para produzir saúde, bem estar, equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Este trabalho teve por objetivo analisar na literatura a correlação do acolhimento com a Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-Chave: Acolhimento, Saúde, População, SUS, PSF.

Abstract

This study treats the host as an alternative form of care of basic health services, falls within the technical-assistance model. In defense of life, presents itself as a suggestion to humanize the health services, expand access to user and promote quality of life. The design of the Home Ministry of Health aims to weave a life of trust and solidarity between people, between a team of professionals and the population it serves. As vast as the accumulation of technical Knowledge, they are not by themselves sufficient to produce health, wellness, balance between the physical, psychological and social of a person or company. This study aimed to analyze the correlation of literature with the host of the Family Health Strategy.

Keywords: Hosting, Population, Health, SUS, PSF.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF – Programa de Saúde da Família.

NOB – Normas Operacionais Básicas.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

p. – Página.

n. – Número

ed. – Edição.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
2- JUSTIFICATIVA	11
3- METODOLOGIA.....	12
4- REVISÃO DA LITERATURA.....	13
4.1 - Caracterização de Estratégia de Saúde da Família	13
4.2 - Dimensões do Cuidado e Acolhimento	14
4.3 - A Essência de uma Assistência Humanizada	19
4.4 - O Profissional da Área de Saúde Acolhendo Cliente Através da sua Relação de Ajuda.....	21
4.5 - Aspectos Importantes e Características Necessárias na Construção do Acolhimento.....	24
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	32

1- INTRODUÇÃO

O acolhimento representa um importante instrumento para a humanização da atenção à saúde, mas alguns profissionais acreditam que o ato de acolher está relacionado somente com “o receber bem”, “escutar o usuário”, mas, o acolher vai muito, além disto, ele vem para garantir o acesso universal, reorganizar o processo de trabalho e fortalecer o vínculo entre profissional/usuário (OLIVEIRA, 2008, p.15).

“O PSF vem para reverter o modelo assistencial vigente (curativo/hospitalocêntrico) para um modelo humanizado onde o foco é o vínculo estabelecido entre os membros da ESF/Usuários e Familiares” (PINHEIRO, 2005, p.23).

O acolher deve ser uma prática adotada por todos os membros da Equipe de Saúde da Família, não sendo necessário um local específico, podendo ser aplicado seja na recepção, sala de triagem, consultório médico; pois devemos considerar o acolhimento em todas as ações de saúde.

Esse trabalho tem por objetivo geral analisar na literatura científica a correlação do acolhimento com a Estratégia de Saúde da Família.

Como objetivos específicos: (1) caracterizar a estratégia de saúde da família, (2) explicar as dimensões do cuidado e acolhimento, (3) analisar o acolhimento do profissional da área de saúde ao cliente na sua relação de ajuda e (4) citar os aspectos importantes e características necessárias na construção do acolhimento.

2- JUSTIFICATIVA

O que se percebe no cotidiano, que muitos dos profissionais realizam o acolhimento, mesmo não o conhecendo através de embasamento teórico, e para que haja uma efetividade no emprego do acolhimento na prática diária é necessário que entenda-se e conheça-se o conceito com precisão para que se possa confrontá-lo positivamente teoria versus prática.

Na intenção de entender o processo de acolhimento bem como o papel dos profissionais de saúde relacionados ao tema é que surgiu o interesse em pesquisar sobre esse assunto.

3 - METODOLOGIA

Esse trabalho tem como tema de pesquisa o acolhimento na saúde básica, buscando caracterizar a estratégia de saúde da família, explicar as dimensões do cuidado e acolhimento, analisar o acolhimento do profissional da área de saúde ao cliente na sua relação de ajuda e citar os aspectos importantes e características necessárias na construção do acolhimento, para a construção desse trabalho foi escolhido estudo exploratório e descritivo realizado através de uma revisão bibliográfica com autores que falam sobre o tema proposto proporcionando um real entendimento do assunto.

Minayo (2004) define a pesquisa exploratória que tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Assim, buscou-se o apoio na pesquisa exploratória envolvendo o levantamento bibliográfico de alguns artigos que abordam o acolhimento na estratégia de saúde da família.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva identifica as características de determinada população ou fenômeno.

Foram realizadas buscas nas duas principais bases de dados em saúde, a MEDLINE, de abrangência mundial, desenvolvida pela *National Library of Medicine* (Washington, USA) e a LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, de responsabilidade da BIREME (São Paulo, BR.), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br ou www.bireme.br).

Também foram realizadas buscas no SCIELO (*Scientific Eletronic Library on line*) biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de períodos científicos brasileiros, disponíveis em: www.scielo.br.

As palavras-chave são: acolhimento, vínculo, reorganização, estratégia, saúde.

A busca foi realizada lançando-se mão de trabalhos científicos, revistas e livros, os quais em sua maioria correspondem às publicações dos últimos 13 anos, correspondendo ao período de 1986 a 2009.

4- REVISÃO DA LITERATURA

4.1 - Caracterização de Estratégia de Saúde da Família

Segundo Costa Neto (2009) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um novo modelo de atenção que, em substituição ao anterior exclusivamente curativo, articula ações promocionais e preventivas. Em outras palavras, projeta no modelo tradicional, práticas coletivas que levam a saúde para perto das famílias, melhoram a qualidade de vida da população e beneficiam grupos. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

No Brasil, a organização do sistema de saúde vem sofrendo transformações desde o século passado, caminhando de um modelo sanitarista do início do século XX para um médico assistencial privatista nos anos de 1980, até hoje vigente: o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da consolidação do modelo médico assistencial, após o início dos anos de 1970, as principais características tornaram-se o privilégio da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, com uma política voltada para a produção de serviços e geração de lucros (RICCI, 2008).

Com a criação do SUS, redirecionaram-se as diretrizes: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade” (BRASIL, 2000, p.162).

Desde então, a efetiva implantação do SUS ocorreu no fim de 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde. No entanto, a regulamentação da transferência de recursos aos estados estava pouco detalhada, e o modelo de atenção à saúde continuava voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independente da qualidade dos resultados alcançados(SANTOS, 1992).

Em 1996, surgiu a proposta de uma nova norma operacional do SUS, a NOB 01/96, que reorienta a forma de repasses financeiros e possibilita autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada, incentivando mudanças no modelo de atenção à saúde e avaliação de resultados. Implantada em janeiro de 1998, ainda estabelece tetos financeiros para todas as esferas de governo, incentivando ações e programas. Em 1996, surgiu a proposta de uma nova norma operacional do SUS, a NOB 01/96, que reorienta a forma de repasses financeiros e possibilita autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada, incentivando mudanças no modelo de atenção à saúde e avaliação

de resultados. Implantada em janeiro de 1998, ainda estabelece tetos financeiros para todas as esferas de governo, incentivando ações e programas (BRASIL, 2006).

O PSF estruturou uma nova lógica no modelo de atenção básica à saúde e, em meados de 2004, passou a ser nomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), baseada em uma política nacional de humanização. A sua implantação reflete-se no acolhimento, no comprometimento pactuado do profissional com o usuário, na interdisciplinaridade e permanente comunicação horizontal da equipe e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, objetivando proporcionar ao indivíduo o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-las. (WELGATCH; SAMALEA, 2008).

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira. (BRASIL, 2002, p. 3).

Reorganizar esse modelo de assistência implica mudança de hábitos e conceitos, fazendo-se necessário um esclarecimento dos objetivos, da função e das estratégias da equipe para a população e, principalmente, da importância e das formas de participação da comunidade nesta atual fase da saúde no Brasil (BRASIL, 2008).

4.2 -Dimensões do Cuidado e Acolhimento

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É uma interação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, em que o primeiro tem papel ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidador, e o segundo atua passivamente e, por sua situação, pode contribuir no cuidado se desempenhar papel menos passivo (WALDOW, 1998).

Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004) consideram que o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e ao seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnicacientífica e humana.

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota de valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser

resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros. Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004 apud Leite in MOHALLEM; RODRIGUES, 2007, p. 195).

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2003).

Boff (2003) ainda afirma que a sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, está criando, contraditoriamente, cada vez mais incomunicação e solidão entre as pessoas. Nesse aspecto, esse autor faz um contraponto entre a realidade concreta e a realidade virtual, pois, para ele, a realidade virtual afeta a vida humana naquilo que ela possui de mais fundamental: o cuidado e a compaixão.

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) afirmam que o ato de cuidar pressupõe um encontro afetivo, com laços de humanidade e efetivo, do ponto de vista de identificação e resposta às necessidades singulares de saúde do usuário. É uma dimensão comportamental que deve ser mobilizadora de todos os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde para uma atenção focada no usuário.

Leite (2002) aborda que o cuidado relacionado à equipe de saúde refere-se às ações que ela dispensa ao paciente. Essas ações, de acordo com a sua natureza, classificam-se em ações da área técnica ou instrumental, que englobam os cuidados físicos e terapêuticos e que correspondem às atividades técnicas da assistência da equipe de saúde, bem como as ações da área expressiva, que englobam atividades relativas à manutenção do equilíbrio emocional do paciente e dizem respeito ao aspecto humano do relacionamento equipe de saúde e paciente.

Segundo Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) na discussão do acolhimento nos serviços de saúde, deve-se correlacioná-lo aos princípios do Sistema único de Saúde, os quais foram estabelecidos na Lei. 8.080, tais como: Universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, direito à informação e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Mohallem e Rodrigues (2007) afirmam que o cuidado com o ser humano deve se manifestar em atitudes que valorizem e dignifiquem a vida humana, o respeito ao próximo, estando este presente, ausente, consciente ou inconsciente. O compromisso de tornar humanas as nossas relações profissionais com os colegas, paciente e ambiente depende de um compromisso individual como ponto de partida. O cuidado humanizado deve fundamentar-se essencialmente na construção de valores morais e éticos, crenças, saberes, deveres e limites da expressão verbal e não-verbal.

Segundo Ferreira (1986) o termo acolher é definido como: dar acolhida ou agasalho a; hospedar, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, atender a.

Vasconcelos, Grillo e Soares (2009,p.35) o conceito do acolhimento deve ser visto:

de uma forma de relação em que o profissional de saúde, que se reconstrói em seu processo de trabalho, atua de forma a possibilitar que o usuário construa sua própria saúde, com autonomia. Para tanto, ele ouve com atenção, admite o saber do outro em seu mundo de saberes acadêmicos, leva em consideração o que o outro expressa, qualquer que seja o modo de comunicação.

No ponto de vista dessas autoras, o ato de acolher de modo que demonstre a preocupação com o outro, a disponibilidade para cuidar, para fazer o melhor possível constitui-se uma das dimensões mais importantes do acolhimento.

“O acolhimento é uma ação assistencial que muda a relação entre o profissional e o paciente através de métodos mais humanos, éticos e de solidariedade” (FRANCO, 1999, p.27).

“O acolhimento implica em prestar um atendimento com resultado e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde garantindo a eficácia desse serviço” (FRANCO, 1999, p.28).

A ação de saúde centrada na lógica da proteção e promoção da saúde traduz-se neste compromisso com a qualidade de vida com o direito do cidadão. Assegurar este compromisso tem se constituído em um desafio para os serviços de saúde. Dentre as possibilidades que se coloca para enfrentá-lo, destaca-se o acolhimento, que compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, o estabelecimento de uma relação vincular, a responsabilização, a atenção resolutiva, a promoção da cidadania e autonomização do usuário, conforma-se como uma ação técnico-assistencial. Ação que pressupõe, em última instância, a mudança da relação profissional e usuário através de parâmetros, éticos, de solidariedade e de humanização (OLIVEIRA, 2008, p.20).

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Carta Magna brasileira definiu os princípios para reorganização da atenção à saúde. Contudo, o Programa de Saúde da Família (PSF) é que tem constituído uma estratégia que busca garantir a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

“O Programa de Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994. Sua finalidade é enfrentar resolver os problemas, pela articulação de saberes e práticas utilizando tecnologia e distintos campos do conhecimento” (BRASIL, 2006, p.43).

“O PSF vem com o intuito de reestruturar os serviços de saúde, assim como a sua relação com a comunidade melhorando a questão de assistência, assumindo o

compromisso de acolhimento com a população nas unidades de saúde e domicílio” (SOLLA, 2006, p.79).

O Programa de Saúde da Família, ao se constituir em uma estratégia de mudança e de organização no modelo assistencial do Brasil, propõe-se ajudar a melhorar o Sistema Único de Saúde que, apesar dos avanços políticos, não foi capaz de reverter o quadro problemático na questão sanitária nacional, permanecendo ainda o antigo modelo assistencial curativo cujo centro é o hospital.

Por tudo isso, pode-se dizer que as precariedades das condições sociais a que estas pessoas estão submetidas diariamente levam-nas, muitas das vezes, a uma resistência às estratégias de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais que atuam nas equipes do PSF.

Fica evidente que apesar do PSF se propor a operar uma mudança no modelo assistencial, buscando ultrapassar o antigo modelo curativo, os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, centradas na produção de procedimentos. Compreende-se que tais ações fazem parte da produção do cuidado, porém devem estar combinadas com outras que visem à promoção e prevenção da saúde (SCHOLZE, 2006, p.39).

Como modificar se um dos fundamentais sujeitos de alteração, as equipes de saúde ainda têm a reabilitação da saúde como finalidade elevada de sua intervenção?

A intenção é estabelecer uma relação de acolhimento com o paciente abrindo novas possibilidades no modo de trabalhar a saúde mudando o cotidiano do serviço em torno de um processo mais comprometido com a população.

“Segundo Solla (2006, p.82), é pensando nos cuidados com a família que os profissionais de saúde devem buscar uma melhor interação na construção da saúde e do cuidado saindo do modelo tradicional de atendimento adotando assim métodos atuais de pronto atendimento (acolhimento)”.

Podemos ver assim, que a filosofia que o acolhimento passa é mais do que uma simples extensão de serviços, pois mostra uma prática que oportuniza mudanças na construção de saber.

Para Pinheiro (2005, p.94), “a saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, comportamentais e também biológicos, sendo o sintoma ou sinal físico, compreendido como reflexo das condições de vida e de trabalho dessa pessoa”.

Braz (2007, p.26) “afirma que para melhorar os serviços de saúde estabelecendo uma boa relação entre profissionais e pacientes não basta apenas ter responsabilidade e respeito na parte assistencial, mas sim ir além dessa visão de atendimento e passar a entender o modo como o trabalhador se relaciona com os indivíduos e a coletividade”.

Com relação à questão do acolhimento, a equipe da saúde permite a participação do paciente no atendimento estabelecendo assim um vínculo que permite uma melhor prestação de serviço e pronto atendimento.

“O bom relacionamento entre o paciente e a unidade em que se encontra a equipe que o atende e cuja relação criou-se um vínculo não deve ser mal interpretado ao ponto de se questionar o retorno do paciente a mesma unidade a questão de real importância é conhecer o paciente bem como seu problema, é o resultado que envolve toda equipe” (OLIVEIRA, 2008, p.68).

“Um fato de extrema importância na visão do novo modelo de atenção básica é o sentido humano que consiste na proposta do PSF que tem por objetivo estabelecer um vínculo entre as partes interessadas (profissionais e pacientes) juntos para solucionar os problemas” (SCHOLZE, 2006, p.102).

“Acolher, no contexto dos serviços de saúde, é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Deve ser realizada por toda a equipe de saúde, em toda a relação profissional de saúde” (BRAZ, 2007, p.23).

Brasil (2006, p.38) “aborda sobre a questão do acolher a população com um bom atendimento eliminando os riscos, dominando as diversas tecnologias que facilitam o tratamento e que possibilitam a leitura e interpretação dos problemas”.

Pinheiro (2005, p.103) “ênfatisa que, ao ampliar o acesso ao atendimento, o acolhimento opera para que o PSF tenha possibilidade para admitir e resolver os casos elevando desta forma sua legitimidade diante dos usuários, reduzindo-lhes a carga de sofrimento, pois assim eles encontram a solução e encontram na equipe segurança”.

Quando se fala no trabalho em equipe é importante saber que cada profissional exerce sua individualidade num trabalho coletivo e utilizando suas técnicas com os demais de sua equipe possibilita a construção de um projeto que atenda a todos.

“O acolhimento na saúde deve exercer a ética e trabalhar com a inclusão social, estabelecendo a solidariedade para aqueles que necessitam e trabalhando para a construção da cidadania” (SOLLA, 2006, p.56).

Segundo Scholze (2006, p. 83), “o acolhimento acontece no processo de atendimento que melhora o acesso ao tratamento onde médico e paciente estabelecem uma relação de identidade com suas respectivas necessidades na busca de um vínculo que estimule a melhora na saúde”.

Além da demanda quantitativa, ocorre também aumento “qualitativo”, posto que implique na responsabilização e na necessidade propor alternativas no sentido de solucionar as demandas postas pelos usuários.

De acordo com Oliveira (2008, p.78) “os problemas nas unidades de saúde não

apenas responsabilidade do médico, mas sim de toda equipe responsável pelo atendimento, ainda parece que o médico permanece naquela mesma fase tradicional de curador e a equipe não tem planejamento ou alguma intervenção em relação ao tratamento”.

Para Braz (2007, p.105), “a equipe que acolhe tem como objetivos ampliar o acesso dos pacientes, tornando o atendimento mais humano. O acolhimento descobre os problemas e mostra soluções contribuindo para a melhoria do serviço e da saúde”.

Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leves duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

O acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e equidade, a partir de uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidade do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo aqueles princípios do SUS. Mas as diferentes definições de acolhimento convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro (SCHOLZE, 2006, p.94).

“Como no acolhimento a proposta é superar o trabalho individual e estimular o trabalho em equipe é fundamental que as relações interpessoais sejam executadas no entre as equipes. Trabalhar em equipe significa estabelecer uma relação entre pessoas diferentes com conhecimentos distintos” (OLIVEIRA, 2008, p.99).

4.3 - A Essência de uma Assistência Humanizada

De acordo com Ferreira (1986) o termo humanização é o ato ou efeito de humanizar. Humanizar é tornar humano, dar condição humana a, humanar.

Dessa maneira, o cuidar humanizado sugere, por parte do cuidador, a concepção do sentido da existência, a competência de compreender e incluir a si mesmo e ao outro, colocado no mundo e sujeito de sua própria vida. A humanização no acolhimento ordena dos profissionais de saúde, basicamente, dividir com o seu doente conhecimentos e experiências que procedam na atenção do foco de suas ações, via de regra limitadas ao cuidar como sinônimo de auxílio às probabilidades de sobrevivência. Nesse contexto, humanizar o cuidar é dar condição à relação profissional da saúde-paciente. É aceitar as dores do indivíduo perante a fragilidade de corpo, mente e espírito (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A abordagem holística da assistência humanizada envolve também a percepção que a equipe de trabalho assistencial tem de sua prática. O delineamento dessa visão permite que reflita sobre a sua filosofia de atuação, que referencial de valores possui e que papel desempenha em relação à assistência direta com o paciente (LEITE, 2002).

A visão ou a percepção que o indivíduo possui fundamenta-se, principalmente, nas suas experiências individuais, mas também se considera que suas crenças e valores influenciam no resultado da percepção do indivíduo (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Leite (2002) diz que cada doente precisa ser tratado de acordo com suas necessidades, mas é preciso descobrir elementos para ajudá-lo a expressar seus problemas, suas deficiências, para se fazer compreender. Deste modo, além da percepção, o enfermeiro deve ter capacidade tanto para auxiliar o paciente a informar suas precisões, como ainda para compreender aquilo que ele está tentando informar sem palavras. É estimável que o enfermeiro tenha ciência, valendo-se de sua observação e da percepção dos pacientes, das perspectivas do cuidado, para adotar as verdadeiras necessidades e planejar a assistência com a informação eficaz do doente.

Leite (2002) ressalta ainda que exista aspecto essencial para existir ou acontecer uma assistência humanizada é o estabelecimento da interação da equipe de trabalho/paciente de forma mais efetiva, que se dão quando o primeiro exerce o seu papel nos dois elos de atuação, isto é, o papel técnico e o expressivo. Entende-se interação como um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente e entre uma pessoa e outra, representada por comportamentos verbais e não-verbais, voltados para uma meta.

Mohallem e Rodrigues (2007) afirmam que uma forma inicial, ou o primeiro passo fundamental para humanizar a assistência da equipe de saúde, é trabalhar com a expectativa do cliente, com a percepção do que ele espera do nosso cuidado, da nossa assistência. Para que isso ocorra, é importante que estejamos receptivos para ouvir mais do que falar, que estejamos preocupados com as necessidades daquele que carece de um cuidado individualizado. Não se deve perder o foco de uma abordagem holística, permitindo sempre o envolvimento daqueles que dão o apoio emocional e afetivo, suporte econômico e social, sejam estes membros da família, vizinhos, parceiros, amigos ou cuidadores.

Leite (2002) completa que a humanização deve adaptar-se à estrutura do ambiente e tentar permear com atenção humanizante os cuidados dispensados. Toda instituição deve ter sua filosofia estabelecida no que diz respeito à prestação do cuidado a ser dispensado ao paciente. Deve ter definido o que pensa do cuidado, como deseja que se estabeleçam as relações dos profissionais de saúde com os pacientes, deve deixar clara a importância que se dá à qualidade do cuidado.

Mohallem e Rodrigues (2007) afirmam que humanizar a assistência da equipe de trabalho, especialmente, a de pacientes atendidos na unidade básica de saúde, vai além da competência técnica ou científica. Antes de ser profissional, deve ser uma atitude individual, pessoal, recheada de valores de solidariedade, compreensão, respeito ao próximo, às limitações do outro, à dor e ao sofrimento humano, à perseverança, à vida e à morte. Para humanizar a assistência, de existir também uma filosofia institucional que favoreça não apenas os profissionais de enfermagem para exercerem a assistência humanizada, mas também toda a equipe interprofissional, no âmbito da sua complexidade conceitual e operacional.

Segundo Franco (1999, p. 352) “a proposta de humanização dos serviços de saúde como política nacional propõe humanizar o que é humano, aprimorando as relações humanas, essencial para a produção da saúde. É fundamental que a equipe de trabalho perceba em seu comportamento que a compreensão de que o significado de vínculo é a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo”.

É necessário reconstruir os laços de solidariedade entre aqueles que trabalham juntos na Unidade Básica de Saúde da Família; argüir as condições de trabalho; dignificar os espaços físicos de atenção; flexibilizar as relações hierárquicas de poder, entre outros aspectos que precisam ser humanizados no dia-a-dia.

4.4 - O Profissional da Área de Saúde Acolhendo o Cliente Através da sua Relação de Ajuda

Os profissionais da área de saúde podem ser enquadrados no que se denominam profissões de ajuda. Berger (1995 apud Duarte e Barros, 2000, p. 87) define “relação de ajuda como uma ligação profunda e significativa entre profissional e cliente que ultrapassa as simples trocas funcionais, mantendo um prisma de crescimento e evolução”.

Relaciona-se com a execução de atividades de cuidado com base em respeito e liberdade, ou seja, tem por finalidade auxiliar o cliente a restabelecer e manter sua autonomia. Neste contexto, entende-se o cuidar como ajudar a viver, definição utilizada por (Collière, 1994). Este cuidado pode ser interno ou externo, quando o relacionamos com o início da ação, ou seja, posso ajudar a mim mesmo respondendo pessoalmente pelos cuidados usuais (cuidar-se) ou ser ajudado por alguém, ou ambos, indicando que esta não é, por um lado, uma ação unilateral ou, por outro, única, estanque no processo de viver.

Para Collière (1994) no transcorrer da existência humana, diversas situações de acolhimento, onde somos acolhidos, acolhemos e cuidamos de outras pessoas. A

compreensão disso nos remete a outro conceito, o de entre-ajuda, que implica reciprocidade e solidariedade, onde todos necessitam uns dos outros e onde a troca relacionada com o cuidado prestado não gera sentimentos de dependência.

A compreensão dessas afirmações é muito importante para os profissionais da área de saúde. A base do ater então exposto é que aquele que se propõe a acolher necessita ter adquirido experiência pessoal, relacionada com o processo de viver e com as diferentes etapas da vida a partir da convivência com os mais diversos grupos de indivíduos e das relações estabelecidas com os mesmos. Nem sempre, afirma Collière (1994) isto é permitido aos profissionais de saúde quando se vêm frente a situações de ajudar a outros sem nem sequer terem ultrapassado algumas etapas da vida adulta que lhes possibilite conjugar experiência e formação. Assim, continua a autora, ajudar pode significar uma prestação de cuidados por alguém superior devido a uma excessiva valorização do status profissional, comportamento este muito presente no meio social, a alguém não tão capacitado que submissamente recebe este cuidado. Este tipo de relação não pode ser considerado de acolhimento, pois nesta última existe a valorização e o respeito ao cliente, à sua experiência de vida e seus conhecimentos, e com ele é estabelecida uma negociação. Nestas situações, o cliente é a principal fonte de acolhimento.

Baseado no que até aqui foi considerado, este tópico foi elaborado com o propósito de suscitar reflexões e discussões acerca do que se faz necessário para a construção de uma relação de acolhimento, peça fundamental no desenvolvimento de atendimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família.

Para Duarte e Barros (2000, p.88):

a primeira consideração a ser feita é que os profissionais envolvidos com atividades de acolhimento devem desenvolver habilidades específicas para tanto, ou seja, não é suficiente apenas o interesse e a boa vontade, embora estes sejam elementos fundamentais. Não basta também apenas saber ou saber fazer para uma boa assistência, é necessário saber ser para si mesmo e para o cliente a quem se destina o seu olhar. Assim, deve-se reconhecer que em muitas ocasiões acolhemos porque isto nos faz bem, ou seja, sentimo-nos especialmente lisonjeados quando sabemos que somos os responsáveis pelo bem-estar do outro, ou por outro lado, quando tornamos estes momentos algo utilizado para um fortalecimento próprio onde se faz o exercício de poder no qual somos os detentores do saber e, portanto, do poder frente aqueles que nada sabem, e que por isso não detêm o poder da situação. Conhecer-se é fundamental. Devemos compreender que muitas das dificuldades que sentimos para lidar com os problemas, medos e sofrimentos dos clientes ocorrem porque talvez tenhamos as mesmas dificuldades para lidarmos com os medos e próprio sofrimento. Conhecer-se não é fácil, pois isto geralmente nos coloca frente a questões que não queremos ou não gostamos de confrontar. Tememos ser rejeitados, julgados, cobrados, pegos em situações desfavoráveis, de correr riscos e de falharmos e termos de admitir estas falhas. Tememos, sobretudo, ao nos conhecer, tomarmos consciência de nosso verdadeiro eu

e efetuar mudanças em nossos comportamentos e em nossas vidas. A partir desde conhecimento pessoal pode nos mover no sentido de compreender o outro, que também passa por processo semelhante, e, então, tentar estabelecer uma relação de acolher.

É necessário compreender que acolher é dar de si, pois envolve doação de tempo, competência, saber, interesse e capacidade de escuta e compreensão. Muito embora toda relação de ajuda envolva comunicação, nem toda comunicação, como afirma Lazuré (1994) é necessariamente uma relação de acolhimento. Assim, quando o profissional questiona o cliente sobre dados precisos este também vai lhe dar uma resposta precisa e, desta forma, ambos apenas circulam informações. Ressalta-se ainda que este tipo de relação, para ser efetivamente estabelecida, deve ser colocada oportunamente. Todas as situações de emergência que possam pôr em risco a vida do cliente, e mesmo as situações de substituição onde o profissional faz pelo cliente o que este está temporária ou permanentemente incapacitado de realizar, são exemplos de ações que não estão em conformidade com a definição e as finalidades da relação de ajuda.

Segundo Duarte e Barros (2000) nesta relação, os profissionais auxiliam seus clientes a enfrentar e superar uma situação de crise com os recursos que o mesmo dispõe. Tais situações manifestam-se de diferentes maneiras, mais ou menos explícitas e/ou penosas. Vale lembrar que a situação considerada de crise assim o é pelo ponto de vista do cliente, pois diferentes pessoas agem de diferentes maneiras frente às mesmas situações. A capacidade e o limite de cada indivíduo são inerentes ao mesmo e construídos frente às suas experiências pessoais; cabe ao profissional a habilidade de reconhecê-los.

Ainda conforme as autoras Duarte e Barros (2000) a segunda consideração a ser feita é a compreensão de que, numa relação de ajuda, o cliente é o principal detentor dos recursos para a resolução das dificuldades ou demandas apresentadas. O estabelecimento de uma relação de acolhimento possibilita ao cliente identificar, sentir, saber escolher e decidir sobre as suas ações. Ao profissional cabe auxiliá-lo a descobrir ou redescobrir capacidades e potencialidades próprias redirecionando suas energias para um novo olhar sobre si mesmo que, frente às circunstâncias apresentadas, pode não existir ou estar muito deteriorado.

Segundo Lazuré (1994) relação implica elos de contatos, uma forma de coexistência. Assim, continua a autora, estar em relação engloba não só a presença física do profissional junto ao cliente, mas todo o seu ser, não se restringindo apenas ao desempenho de tarefas. É uma relação na qual quem ajuda fornece ao cliente certas condições que ele necessita para satisfazer suas necessidades básicas.

Segundo Lazuré (1994 apud Duarte e Barros, 2000, p. 89) e Berger (1995 apud Duarte e Barros, 2000, p. 89) a relação de acolhimento visa a auxiliar o cliente a:

- a. Ultrapassar uma situação-limite;
- b. Resolver uma situação atual ou potencial;
- c. Encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório, aumentando sua auto-estima e seu sentimento de segurança e diminuindo sua ansiedade ao mínimo;
- d. Desenvolver atitudes positivas frente às suas capacidades;
- e. Melhorar sua capacidade de comunicação e suas relações com os outros;
- f. Identificar o sentido para sua existência;
- g. Manter um ambiente estimulante no que se refere aos níveis biopsicossociais.

Para Lázuré (1994) o acolhimento passa a ser uma relação estabelecida entre profissional e cliente com base na problemática vivenciada atualmente pelo último, onde o profissional busca promover a autonomia do cliente a partir da transferência de recursos e aprendizagens relativas à problemática para que ele possa agir por si só no futuro caso a mesma situação venha a ocorrer. O enfoque central está relacionado com a dimensão afetiva do problema e não com a intelectual, pois muitas das desadaptações não ocorrem por falta de conhecimento e, sim, por insatisfações emocionais. A relação de ajuda busca auxiliar o cliente a compreender-se, a fazer escolhas de forma independente e significativa para si mesmo e a fazer com suas relações lhe sejam mais satisfatórias.

Segundo Berger (1995 apud Duarte e Barros, 2000, p. 88) os profissionais que se dedicam a profissões de ajuda devem possuir algumas características:

- a. Reconhecer seus valores pessoais;
- b. Ser capaz de analisar suas próprias emoções;
- c. Estar apto a servir de modelo e a influenciar outros;
- d. Ser altruísta;
- e. Desenvolver um alto senso de responsabilidade em relação a si e aos outros;
- f. Ser ético

Essas características auxiliarão na formação de interações abertas entre profissional e cliente, mantendo atitudes positivas entre estes com o objetivo de alcançar a liberdade em vez de controle.

4.5 - Aspectos Importantes e Características Necessárias na Construção do Acolhimento

O acolhimento segundo Berger (1995) é antes de tudo um encontro. O profissional deve programar-se para tanto no sentido de estar aberto a esta nova interação. Ser afetuoso, mostrar-se disponível, eliminar barreiras prévias à relação, estar disposto a aceitá-lo, respeitar seu próprio meio são pontos básicos a serem considerados no primeiro encontro com o cliente.

Para Duarte e Barros (2000) a confiança é um elemento básico ao estabelecimento do acolhimento. Ela baseia-se na constância da atitude, fato este mais relacionado ao saber-estar e à experiência de vida do que com o saber-fazer e o conhecimento intelectual. A relação de acolhimento é centrada no momento e na problemática atual. Conhecer a origem do problema pode auxiliar na compreensão, mas por si só não solucionará o mesmo.

Berger (1995) ressalta que o acolhimento exige uma definição exata dos objetivos das duas partes envolvidas na mesma. Ao profissional cabe:

- a. Identificar claramente os problemas vividos pelo cliente;
- b. Estabelecer com ele objetivos concretos e pertinentes;
- c. Avaliar conjuntamente com ele suas capacidades e suas limitações;
- d. Escolher conjuntamente os meios para ajudá-lo a atingir seus objetivos considerando o sistema de valores do cliente.

Para Berger (1995) a consideração positiva significa aceitação do outro. Parece óbvio que uma relação de ajuda pressupõe a aceitação do outro, porém num sentido de crescimento e realização. Aceitar o outro é acreditar em seu valor e em sua dignidade sem fazer juízos morais sobre seu comportamento.

Segundo Lázuré (1994) escutar não é sinônimo de ouvir. Escutar é constatar através do estímulo do sistema auditivo; é um processo ativo e voluntário onde o indivíduo permite-se impregnar pelo conjunto de suas percepções externas e internas. Na construção do acolhimento, esta capacidade transforma-se num instrumento para compreender o cliente de forma a poder determinar com precisão as intervenções necessárias. Ao escutar um cliente, continua a autora, o profissional pretende:

- a. Mostrar-lhe sua importância;
- b. Permitir que o mesmo identifique suas emoções;
- c. Auxiliá-lo na identificação de suas demandas;
- d. Auxiliá-lo na elaboração de um planejamento objetivo e eficaz para atender a suas necessidades.

Para se escutar com eficácia, o profissional deve:

- a. Desejar estabelecer uma relação mais estreita com o cliente;
- b. Escolher um local calmo que propicie a escuta;
- c. Manter o cliente uma distância confortável ao mesmo, que permita a melhor visualização de ambos;
- d. Procurar compreender não só a linguagem verbal, mas principalmente a não-verbal do cliente;
- e. Estar atento à sua linguagem, tanto verbal como não-verbal;
- f. Evitar emitir precipitadamente seus próprios julgamentos, baseados em seus valores pessoais;
- g. Reformular juntamente com o cliente, porém com suas próprias palavras, o que ele lhe referiu, constatando se sua compreensão está correta;
- h. Respeitar, compreender e interpretar o silêncio do cliente. O silêncio, segundo Lazuré (1994) pode significar a integração do que acaba de ser dito, pode traduzir a intensidade da procura da resposta considerando tudo que o precedeu, pode significar o medo ou o sofrimento que impedem a elaboração de palavras que não conseguirão expressá-los, ou, ao contrário, uma alegria tão intensa que também não pode ser traduzida por palavras. É a escuta do silêncio, continua a autora, que exige a presença mais intensa e mais verdadeira do profissional, pois levá-lo ao encontro do que o outro vive de mais profundo. O silêncio, ao contrário do que possa parecer, não é sinônimo de vazio nem de ausência de relação: é rico em significado e, para que possa ser traduzido e transformado em instrumento de ajuda, deve ser compreendido, respeitado, acolhido e nunca prematuramente interrompido, pois isto geralmente traduz mais uma inquietação do profissional frente a estas situações.

Segundo Duarte e Barros (2000) a partir desses pressupostos o profissional pode realmente escutar seu cliente, refletindo atentamente sobre o significado de todas as mensagens emitidas por ele. Refletir neste caso é mais do que tentar compreender as mensagens emitidas, mas principalmente interpretar seu significado para quem as ouve, pois isto permite o estabelecimento de intervenções mais adequadas ao cliente.

Segundo Ferreira (1986) clarificar significa tornar claro, limpando ou purificando.

Para Lazuré (1994) na construção do acolhimento, significa ser capaz de delimitar mais precisamente a problemática em si e os envolvidos de maneira concreta e realista. Isso

ocorre quando o profissional auxilia o cliente a refletir sobre seus problemas e sobre a maneira como o descreve, dando ênfase às palavras utilizadas e, sem seguida, colocar ao mesmo, com suas palavras, a mesma questão, permitindo assim diminuir a tensão relacionada com este. Para tanto, é necessário que os envolvidos sejam encorajados a se expressar da forma mais clara possível segundo sua vivência, descrevendo sua problemática em toda sua extensão, intensidade e complexidade. A utilização de generalizações, abstrações ou termos imprecisos pode estar relacionada com o temor de enfrentar o problema real que, desta forma, torna-se maior e conseqüentemente menos delimitado. Auxiliar o cliente a visualizar a questão atual é importante, uma vez que o problema está no presente. As perguntas quem, o que, onde, como e por que razão? auxiliam na clarificação do mesmo, enquanto o uso do porquê? indiscriminado pode suscitar no cliente a necessidade de se justificar, geralmente defendendo-se, como ação reflexa à questão. Na construção do acolhimento o cliente não necessita se justificar, pois o que o profissional procura é compreendê-lo e auxiliá-lo, e não julgá-lo. Cada pergunta deve ter objetivo auxiliar o cliente a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções. Da mesma forma, o profissional que quer ajudar não deve utilizar uma linguagem intelectual, abstrata, impessoal e/ou vaga, pois desta forma não pode contribuir para que o cliente clarifique e precise seu pensamento.

Lazuré (1994) ressalta que o respeito é uma necessidade humana. É uma qualidade, um valor, uma atitude básica que é expressa através do comportamento. Cada indivíduo é único em sua existência e em sua experiência. Respeitá-lo significa acreditar em sua unicidade, em sua capacidade de viver de forma satisfatória. Respeitar-se significa ser verdadeiro consigo mesmo e com os outros, e respeitar o cliente significa comunicar-lhe que tentamos compreendê-lo como pessoa, com sua experiência e com seus valores, e também a situação que está vivenciando a partir de seu ponto de vista. Significa ainda identificar suas capacidades e seu potencial remanescente para lidar com as situações, auxiliando-o a reconhecê-los e, ao utilizá-los ou não, a partir da exploração dos recursos de que dispõe para solução de seus problemas ou redução de suas necessidades, ou seja, a decisão final é do cliente, e respeitá-los significa compreender isto mesmo que isto não corresponda à expectativa do profissional.

A congruência significa harmonia, coerência de algo com o fim a que se destina, segundo Ferreira (1986), assim, a congruência permite ao indivíduo a existência de concordância entre seu ser, sua experiência e a expressão dessa vivência demonstrada por seu comportamento. É, em outras palavras, a capacidade de ser autêntico.

Para Lazuré (1994) a pessoa que não possui esta capacidade separa-se de seu verdadeiro eu, reduzindo sua identidade aos papéis que desempenha. Pode, assim, sentir-

se insatisfeito e dividido. Portanto, congruência é uma capacidade que deve estar presente em todos aqueles que se propõem a estabelecer relações de ajuda, pois permite ao indivíduo conhecer-se, conhecer seus limites e valores e, assim, diferenciar-se do outro a quem pretende ajudar, permitindo-lhe ser o que realmente poder ser.

Berger (1995) cita quatro aspectos importantes na manifestação da autenticidade e da congruência do profissional para com o cliente:

1. Valorização do papel
2. Coerência
3. Compartilhar experiências

Duarte e Barros (2000) afirmam que as mais seguras maneiras de desenvolver a congruência e a autenticidade relacionam-se com saber afirmar-se através do conhecimento e respeito próprio, desenvolver segurança interior, evitando esconder-se atrás de um papel social e observar atentamente o comportamento não-verbal, buscando a coerência entre o que é dito e o que é demonstrado pelo cliente e pelo próprio profissional.

Para Ferreira (1986) a empatia é a tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e nas circunstâncias experimentadas.

Para Lazuré (1994) para que o profissional possa ser empático ao cliente ele deve ser capaz de:

- a. Aproximar-se da situação que o cliente está vivenciando;
- b. Desenvolver sua capacidade de colocar-se no lugar do outro vendo o mundo como ele vê; no entanto, isso não significa em nenhum momento fazer suas as emoções e a vivência do outro. A diferenciação é fundamental na construção do acolhimento.
- c. Desenvolver consciência de que o problema é do cliente.

Desta forma o profissional é capaz de auxiliar o cliente, a partir do momento em que consegue ver sua problemática utilizando o referencial do mesmo e, assim, identificar e compreender verdadeiramente o conteúdo de suas mensagens, porém em nenhum momento pode perder seu próprio sistema de referência.

A empatia não diz respeito somente ao estado emocional do cliente, que nada mais é do que sua reação a um contexto. Compreender este contexto coloca o profissional em posição de ver o mundo sob o mesmo prisma do cliente.

Segundo Berger (1995) alguns pontos facilitam a manifestação de empatia. São eles:

- a. Identificar corretamente as emoções do cliente;
- b. Perceber a intensidade das emoções do cliente;
- c. Ajudar o cliente a expressar suas emoções;
- d. Utilizar a linguagem verbal e a não-verbal;
- e. Utilizar linguagem apropriada: breve, concreta e precisa, afetuosa e espontânea.

Lazuré (1994) descreve que a empatia não é por si um solucionador dos problemas do cliente como se fosse um passe de mágica; é, no entanto, um meio para fazer com que o cliente não se sinta solitário frente a eles, pois, sentindo-se realmente compreendido por alguém que consegue entender a dimensão que os problemas tomam sobre sua vida, sente-se mais confortável, e assim pode canalizar sua energia na resolução dos problemas com apoio do profissional com quem mantém para a construção do acolhimento.

Conforme Ferreira (1986) confrontar significa colocar frente a frente, defrontar, comparar, e não envolve disputa como na palavra afrontar.

Duarte e Barros (2000) afirmam que a confrontação envolve as capacidades descritas anteriormente. Origina-se na empatia e no respeito ao cliente e é uma manifestação suplementar à congruência do profissional. Auxilia o cliente a explorar as diversas dimensões e consequências de seu comportamento. Visualizando novas perspectivas, este poderá movimentar-se no sentido de modificar seu comportamento.

Duarte e Barros (2000) ainda ressaltam que a confrontação só deve ser utilizada quando existe entre profissional e cliente um clima verdadeiro de confiança, pois, caso contrário, sua utilização poderia colocar o cliente em situação desfavorável, humilhando-o. Além disso, ela tem seu momento certo para ser utilizada. Não se deve fazê-lo quando o cliente se encontra em um estado emocional exacerbado ou quando ainda não identificou seu problema. Portanto, sua utilização requer uma avaliação acurada do estado geral do cliente por parte do profissional que pretende utilizá-la.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção no âmbito da Unidade Básica de Saúde representa uma estrutura altamente vantajosa na atenção à saúde de pacientes, pois a organização para o atendimento à saúde, o qual se tem mostrado como a melhor alternativa, dadas à complexidade e a multiplicidade das variáveis a serem consideradas pelos profissionais na programação das ações de saúde da família.

Mesmo que o paciente não se comunique adequadamente, que esteja debilitado fisicamente, que possua inúmeros problemas e que exista recursos limitados para atendê-lo, a responsabilidade e a capacidade para as mudanças continuam a pertencer à pessoa acolhida, ou seja, o cliente; e cabe ao profissional procurar as estratégias mais adequadas para maximizar as capacidades e habilidades do mesmo no sentido de concretizar um bom atendimento.

A relação do acolhimento entre o profissional de saúde e o cliente constitui o alicerce do atendimento em uma Unidade Básica de Saúde. Este contexto implica um envolvimento significativo das partes em questão de maneira a que todos congreguem os mesmos objetivos e estejam empenhados no desenvolvimento das mesmas metas, que compartilhadas levarão ao bem-estar do cliente acolhido.

A relação de ajuda e de acolhimento permitirá ao cliente e a seus familiares a identificação dos recursos pessoais disponíveis para a superação da problemática vigente, fortalecendo-o para situações futuras. Este tipo de intervenção está diretamente associado à qualidade dos cuidados prestados, uma vez que procura auxiliar o cliente em todas as suas dimensões de ser humano.

Há que se ter flexibilidade e disponibilidade para lidar com o estado de doença e angústias dos pacientes, lembrando sempre que o atendimento relacionado com cuidados tem seu lado positivo, pois pode se constituir num fator de facilitação de novas relações, de compensação de perdas e de um acolhimento humanizado promovendo qualidade de vida ao cliente.

Neste contexto, o profissional da saúde deve procurar estar atento à influência das emoções emergentes, procurando discriminar, em momentos de tensão, aquilo que diz

respeito às suas próprias ansiedades e expectativas daquilo que advém de dificuldades do paciente e daqueles que participam de sua vida, isto é, seus familiares e amigos.

Pode-se afirmar que tanto o objetivo geral como os específicos descritos na introdução foram alcançados, pois o acolhimento satisfaz especialmente à acomodação ética e política do paciente, onde se institui alternativas de análise e decisão dos problemas na área de saúde. Deve-se trabalhar a visão de vínculo e de escuta como instrumentos de inclusão e interpretação das ações sociais, culturais, políticas e institucionais na esfera da saúde pública, aperfeiçoando a qualidade das intervenções recomendadas, por meio dos conceitos de co-responsabilização, apropriação e autonomia dos sujeitos em relação aos processos de adoecimento e de cura.

Concluindo, entende-se que no exercício da assistência no Programa Saúde da Saúde, ou melhor, Estratégia Básica de Saúde, o profissional de saúde obtém condições muito favoráveis para desempenhar suas funções de assistir o paciente, por meio do acolhimento, cuidado e educação. Lembre-se que o conceito do profissional da área de saúde está avaliado na sua assistência prestada, principalmente no que se refere ao contato e acolhimento do paciente a ser assistido.

REFERÊNCIAS

- BERGER, L. **A relação de ajuda em gerontologia**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BETTINELLI, L. A., WASKIEVICZ, J., ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004, p. 87-100.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis, Vozes, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. **A reorganização da saúde bucal na atenção básica**. Div. em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 68-73, dez., 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: caderno do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 158p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS – Brasília: Documento Base, 2006.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso: 26/11/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4.ed. Brasília: MS, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: caderno HumanizaSUS; v-2 HUMANIZASUS**, Brasília: Documento Base, 2010, 256p.
- BRAZ, J. F. **Acolhimento de enfermagem na estratégia saúde da família: Garantia de Acesso Integral na Assistência ao Usuário**. Morro Agudo, SP: 2007.
- COLLIÈRE, M. F. Prefácio. In: **viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- COSTA NETO, M. M. Tecnologia e saúde: causa e efeito? In: GARRAFA, V; Costa, SIF. **A bioética no século XXI**, Editora UnB, Brasília, pp.145-150, 2000.
- DUARTE, Y. A. O.; BARROS, T. R. Refletindo sobre a construção de uma relação de ajuda. In: DUARTE, Y. A. O. ; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FRANCO, T. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2002.

LAZURÉ, H. **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MINAYO, C. S. O. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80p.

LEITE, R. C. B. O. **A assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002, 226p.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. 2. ed. Revista e atualizada. São Paulo: Manole, 2007 [Série enfermagem].

OLIVEIRA, L. M. L. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, 2008.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. 319p.

PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de Integridade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Rio de Janeiro, 2005.

PORTARIA GM/MS nº2203/96 de 06 de Novembro. NOB – SUS 96: “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. Ministério da Saúde. Brasil.

RICCI, E. **Reflexões da equipe da divisão de atendimento à saúde da comunidade da UEL sobre a política de saúde**. 2008. Monografia (Especialização em Formulação e Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008. Disponível em:

<http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/saude/reflexoes_da_equipe_da_divisao_de_atendimento_a_saude.pdf>. Acesso em: 26/11/2010.

SANTOS, G. I. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992.

SCHOLZE, A. S. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Londrina, 2006.

SOLLA, P. J. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Salvador: EDUFBA, 2006.

VASCONCELOS, M. GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: UFMG; NESCON/UFMG, 2009.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano, o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 204p.

WELGATCH, M.K.M.; SAMALEA, D. M, V. Atenção odontológica às gestantes na Estratégia de Saúde da Família. **Rev de divulg téc-científ do ICPG**, 2008; 3 (12): 73-79.