

Acogida y Humanización en la Visión de los Anestesiólogos

Maria de Fátima Oliveira dos Santos ¹, Maria das Graças Melo Fernandes ², Harison José de Oliveira ³

Resumen: Santos MFO, Fernandes MGM, Oliveira HJ – Acogida y Humanización en la Visión de los Anestesiólogos.

Justificativa y objetivos: La acogida es una herramienta que aporta a la humanización del cuidado en la Sanidad, especialmente en lo que se refiere a la práctica de la acogida en el escenario de la Anestesiología. Fue un objetivo en el discurso de los anestesiólogos investigar la comprensión sobre el fenómeno de la acogida entre esos profesionales.

Métodos: La investigación fue de naturaleza descriptiva con un abordaje cualitativo, realizado en el Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW), en la ciudad de João Pessoa-PB. La muestra estuvo compuesta por dieciséis médicos anestesiólogos, siendo 25% del sexo femenino y 75% masculino. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista, guiada por dos preguntas semiestructuradas, desde setiembre hasta octubre de 2010. El análisis de los datos fue por medio de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).

Resultados: Como resultados, observamos que los médicos anestesiólogos, en respuesta a la pregunta “¿Cuál es su opinión sobre la práctica de la acogida como estrategia para humanizar la relación médico-paciente?”, su DSC se centró en dos ideas centrales: un abordaje holístico del paciente, como también una estrategia que mejora la relación médico-paciente. Cuando se les preguntó sobre las estrategias adoptadas por ellos para humanizar su relación con el paciente al momento de la acogida, sus argumentos se organizaron a partir de las tres ideas centrales: observación de los derechos del paciente; comunicación terapéutica; y consulta preanestésica. Comprobamos entonces que los médicos involucrados en el estudio, reconocen el valor de la acogida como una estrategia para humanizar la relación médico paciente.

Conclusiones: La acogida al paciente durante la anestesia es muy importante, porque permite que el profesional obtenga una escucha activa, junto con el proceso de cuidado humanizado, posibilitando la mejoría del tiempo de ingreso entre el médico y el paciente.

Descriptores: ANESTESIOLOGÍA, Calidad; ANESTESIOLOGO; AVALIACIÓN, Servicio anestésico.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

INTRODUCCIÓN

El progreso relativo de las ciencias en las diversas actividades, fue sucediendo en lo que se refiere al progreso material, pero la gran dificultad está en lo que es más importante: el Ser Humano. Como en las otras ciencias, la ciencia médica se está dando cuenta de la necesidad de una mejoría en el relacionamiento médico-paciente. Pero, ¿qué modelo sería el ideal en el relacionamiento médico-paciente? No existe un modelo ideal, a no ser en la teoría, pero sin lugar a dudas, lo que haya que adoptar deberá tener al paciente como su objetivo principal.

Recibido de la Universidad Federal de Paraíba; Trabajo extraído de la disertación “Acogida como estrategia para humanizar la relación médico anestesiólogo y usuarios del SUS”, presentada al Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), Brasil.

1. Máster en Sanidad Pública; Doctoranda en Bioética por la Facultad de Medicina de la Universidad de Porto, Portugal; Anestesiólogo del Hospital de Emergencia y Trauma Senador Humberto Lucena; Docente de la Facultad de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

2. Doctora en Enfermería; Profesora del curso de Grado y Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB)

3. Experta en Anestesiología; Anestesiólogo del Hospital de Emergencia y Trauma Senador Humberto Lucena y del Hospital Santa Isabel

Artículo sometido el 10 de mayo de 2011.

Aprobado para su publicación el 3 de agosto de 2011.

Correspondencia para:

Dra. Maria de Fátima Oliveira dos Santos

Av. Umbuzeiro 881, apto 501

Manaíra - 58038182 – João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: fatimadeosantos@hotmail.com

Siendo la Sanidad un sistema de actividades bastante complejo, el Sistema Único de Sanidad (SUS), guiado por los principios de la universalidad, equidad e integración, necesita modificaciones en el proceso de organización del trabajo de los profesionales que están involucrados en su quehacer, para enfrentar los problemas de sus usuarios, generando acciones creativas para humanizar la atención en los diferentes niveles de complejidad. En la perspectiva de la humanización, el paciente debe ser visto en su totalidad, y se hace necesario el cambio del foco de la atención de la enfermedad, para su atención integral al paciente, considerando la singularidad de su dimensión como sujeto ¹.

Así, el Ministerio de Sanidad ha publicado la Política Nacional de Humanización (PNH), para actuar en los principios organizacionales de los servicios de sanidad que deben ser pacientes-centrados, contemplando la atención a todas las personas. La PNH resaltó la importancia de humanizar las relaciones entre los pacientes y los profesionales de salud y así, dentro de la PNH, está la acogida, como un dispositivo para proporcionar cambios en las prácticas de salud, que necesita tener como objetivo, responder a las necesidades de los pacientes, como también involucrarlos efectivamente en su proceso de cuidar ².

Según Ferreira y col. ³, acoger al usuario en el servicio de salud requiere atención, respeto y empatía por parte de los profesionales, además de una responsabilidad mutua para la promoción del bienestar integral. Es oportuno destacar que

en la política asistencial del SUS, la acogida ha venido mereciendo un destaque en todos los niveles del cuidado.

Corroborando esa asertiva, Grossemann y col.⁴ destacan la importancia de la escucha activa en la acogida, porque esa herramienta es un proceso especial de interacción humana, una estrategia eficaz para la construcción de una relación médico-paciente basada en las dimensiones técnica, humanística, ética.

En el cuidado anestésico, el principal beneficio oriundo de la acogida realizado por el anestesiólogo constituye, entre otros, la oportunidad de aclarar dudas del paciente en lo que se refiere al procedimiento y a sus temores con relación a la anestesia, suscitando así un proceso comunicativo y terapéutico. Caprara y col.⁵ enfatizan que los modelos comunicativos están relacionados con el espacio terapéutico, y con los aspectos del paciente, como síntoma, expectativa, miedos, ansiedades y estrés. Así, a cada consulta preanestésica, se puede establecer una nueva relación entre el paciente y el anestesiólogo.

En esa línea de pensamiento, Neves y col.⁶ refuerzan que la acogida, siendo usado como postura y práctica en las acciones de atención y gestión en las unidades de sanidad, "favorece la construcción de una relación de confianza y compromiso de los usuarios con los equipos y los servicios, contribuyendo para la promoción de la cultura de solidaridad y para la legitimación del Sistema Público de Sanidad". Por otro lado, los autores comentan que, a pesar de los avances y de las conquistas de ese sistema, todavía existen lagunas en los modelos de atención y gestión de los servicios en lo referente al acceso y al modo en cómo el usuario es acogido.

Las propuestas de humanización de la sanidad indican el surgimiento de la necesidad de avanzar en las consideraciones sobre la acogida como dispositivo de una política de humanización y por tanto, el compromiso con las consideraciones y los aspectos éticos indisolubles que "van desde el reconocimiento de la sanidad como un derecho, hasta las cuestiones implicadas en las relaciones de responsabilidad y vínculo establecidas entre los sujetos protagonistas de la asistencia y de la gestión de la sanidad"⁷.

Silva y col.⁸ refuerzan que la acogida "no actúa como una acción puntual, sino como un proceso que une innumerables acciones que presuponen un encuentro del sujeto profesional con el sujeto demandante de forma humanizada y definitiva." Mehry⁹ refuerza que la acogida genera las relaciones humanizadas entre quien cuida y quien es cuidado, porque es una herramienta tecnológica imprescindible en el cuidado con la sanidad. La incorporación de la acogida, como tecnología en el cuidado en la sanidad por los trabajadores de ese sector, tiende a sedimentar un trabajo de calidad con relaciones más horizontales.

El objetivo de este estudio, fue investigar la comprensión de los anestesiólogos sobre el fenómeno de la acogida.

MÉTODO

Estudio de tipo exploratorio, descriptivo y con un abordaje cualitativo realizado en el Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), en la ciudad de João Pessoa-PB. La

muestra estuvo compuesta por dieciséis anestesiólogos en actividad en el centro quirúrgico del HULW que aceptaron participar en el estudio.

En la Tabla I, aparece la caracterización de los participantes en el estudio, las variables: sexo, tiempo de graduado, postgrado y tiempo de actividad en el campo de la Anestesiología. Sobre el sexo, 25% era femenino y 75% era masculino. En cuanto al tiempo de graduado de los participantes, hubo una predominancia del período comprendido entre treinta y cinco años, demostrando así, que los anestesiólogos investigados poseen un período prolongado de actividad médica. En cuanto a la participación de los profesionales en cursos de postgrado, se observó que, además de que todos tenían especialidad en Anestesiología (condición obligatoria para el ejercicio de esa práctica), dos también tienen especialización en acupuntura, uno en medicina del trabajo, uno en medicina de la familia y uno en clínica médica.

La recolección de los datos fue por medio de entrevistas semiestructuradas, previamente estipuladas, que fueron grabadas y posteriormente transcritas mediante la firma del Término de Consentimiento Informado. Después de las etapas de transcripción del material empírico obtenido a partir de las entrevistas, se hicieron las lecturas sistemáticas y objetivadas del referido material. Para el análisis de los datos, se usó el método del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), propuesto por Lefèvre y col.¹⁰, que abarca un conjunto de testimonios

Tabla I – Características Calificadoras de los Participantes en el Estudio. João Pessoa-PB, 2010

Variable	Muestra (n = 16)	
	n	%
Sexo		
Femenino	4	25,0
Masculino	12	75,0
Tiempo de Graduado (años)		
10 – 15	1	6,0
15 – 20	4	25,0
20 – 25	3	19,0
25 – 30	1	6,0
30 – 35	7	44,0
Postgrado		
Anestesiología	16	100,0
Clínica Médica	1	20,0
Medicina de Familia	1	20,0
Medicina del Trabajo	1	20,0
Acupuntura	2	40,0
Tiempo de Postgraduado (años)		
5 – 10	1	6,0
15 – 20	7	44,0
20 – 25	1	6,0
25 – 30	2	13,0
30 – 35	5	31,0

Datos de la investigación, João Pessoa, 2010.

individuales de los cuales se retiran las ideas centrales para la construcción de un discurso-síntesis que representa el pensamiento colectivo y que busca clarificar la representación social de un determinado fenómeno.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Lauro Wanderley, de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), bajo el protocolo N° 396/10.

RESULTADOS

Pregunta 1

Las preguntas propuestas del estudio fueron analizadas cualitativamente. Como respuesta a la primera pregunta: “¿Cuál es su opinión sobre la práctica de la acogida como estrategia

para humanizar la relación médico-paciente?”, el DSC de los médicos involucrados en el estudio, dirigió sus testimonios en torno de dos ideas centrales: un abordaje holístico del paciente, como también una estrategia que mejora la relación médico-paciente (Tabla II).

Pregunta 2

En respuesta a la segunda pregunta: “¿Qué estrategias usted adopta para humanizar la relación con su paciente al momento de la acogida?”, el DSC de los anestesiólogos se organizó a partir de tres ideas centrales: observación de los derechos del paciente, comunicación terapéutica y consulta preanestésica (Tabla III).

Tabla II – Idea Central y Discurso del Sujeto Colectivo con relación al cuestionamiento: ¿Cuál es su opinión sobre la práctica de la acogida como estrategia para humanizar la relación médico-paciente?

Idea Central - 1	Discurso del Sujeto Colectivo
Un abordaje holístico del paciente.	<p><i>Humanización, como el propio nombre ya lo dice, es cuando tratas bien al paciente, hacerle una anamnesis bien hecha, estar siempre presente y a su lado, vigilando la monitorización, el pulso, las pupilas, la mucosa y la perfusión del paciente. En el caso de la anestesia, tienes que estar siempre preparado. Siempre atento a cómo están las condiciones clínicas del paciente, auscultándolo, estando siempre a ojo avizor. La vigilancia es importantísima [...] La práctica debe ser humanizada, tratando al individuo como a un ser humano que tiene todos los otros contextos: social, psíquico, económico [...] Humanizar es tratar al ser humano como un ser que tiene una conciencia, que tiene otras necesidades además de un hígado enfermo, o un pie roto, tratándolo como un ser humano que tiene familia, empleo, que tiene dudas, que tiene vulnerabilidades. Humanizar para mí es eso, es tratar mejor a la persona, proveer el cuidado humano, y no tratarlo como se trata un material, como una enfermedad, como una pierna [...] Tratar al paciente como a una persona, no como a un número. Tener en cuenta su enfermedad, su sufrimiento, su angustia. [...] Acoger es humanizar la asistencia. Es atender con el alma, atender con el espíritu. Entender al otro. Escuchar lo que el paciente tiene que decirnos, prestarle la debida atención. Yo creo que ése es el conjunto de [...] prácticas, de acciones, es poner el alma en la atención [...] La acogida ya es una forma de humanización. Es cuando recibes, acoges y orientas bien al paciente [...] Es cuando sientes el idealismo por la profesión, es cuando tienes conciencia de la importancia de tu trabajo frente a la anestesia. La Medicina la hacemos porque tenemos vocación. Veo al paciente holísticamente, como a un individuo verdadero que tiene un contexto social, una familia que está en un lugar sin conocer a nadie [...].</i></p>
Idea Central - 2	Discurso del Sujeto Colectivo
Una estrategia que mejora la relación médico-paciente.	<p><i>Todo paciente es un ser único. Creo que la acogida tiene que existir para todo el mundo. La práctica de la acogida es importantísima para mejorar esa relación médico y usuario. La tranquilidad y la confianza del paciente contribuyen para que el acto anestésico tenga éxito. La interacción entre el profesional del área médica y el paciente lo deja más tranquilo. [...] una práctica necesaria para acercar cada vez más la relación médico-paciente. La acogida es fundamental tanto en la relación del paciente con las instituciones como con el médico. La humanización para mí es tratar al paciente con cariño, con dedicación, con rapidez, con confianza y por encima de todo, con respeto... Es un cambio de paradigma que generará buenos resultados. Es la esencia del ejercicio de la medicina. Es tratar a su semejante como a un semejante y no como a un objeto de trabajo [...] Es ejercer la medicina con la seguridad de que usted está lidiando con otra persona, con otro ser humano. La Medicina es una profesión que es humanitaria por excelencia, por naturaleza. Mientras más rápido sea la acogida, mejor será la relación médico-paciente. La Humanización es un conjunto de varios factores: mejorar la relación médico-paciente [...] Intentar siempre ponerse en el lugar del paciente. Es lo que llamamos empatía. Al ponerse en el lugar del paciente, el médico identifica cuáles son sus dificultades, y lo que él puede mejorar [...], mejorar el dolor de ese paciente [...] Es la dedicación, la atención. Es comprometerse con la persona que está necesitada, dedicarle lo que has aprendido, lo mejor para la persona que está a tu lado. Creo que mejora la relación médico-paciente. ¡Es eso mismo! [...] ¡La aproximación! Es cuando pasas a respetar al paciente en ese aspecto. El respeto al enfermo. [...] Creo importantísimo que se respete al enfermo, que se le respete [...].</i></p>

Tabla III – Idea Central y Discurso del Sujeto Colectivo con relación al cuestionamiento:
¿Cuáles son las estrategias que usted adopta para humanizar la relación con su paciente al momento de la acogida?

Idea Central -1	Discurso del Sujeto Colectivo
Observación de los derechos del paciente.	<i>Trato igual a todos los pacientes [...], debemos darle realmente una buena acogida, incluso por una cuestión humanitaria. Intento tratarlo con todo el respeto y el cariño posibles, dejándolo bien cómodo [...] para que al buscar la Sanidad Pública, encuentre realmente todo lo que se le debe dar al ser humano: cariño, amor, ética, todo en pro de la salud del paciente [...] La atención a la sanidad del usuario del SUS, tiene que ser hecha de forma humanizada. Esos usuarios realmente [...], como ya dije, ya vienen debilitados [...] debilitados emocional y físicamente. La familia también está allá afuera [...] las madres, los padres que no logran estar con ellos, acompañándolos. Esas personas están muy debilitadas en todos los aspectos. Ellas no nos tienen a nosotros, nos necesitan [...] como médicos, como ciudadanos, como agentes que trabajan con el ser humano.</i>
Idea Central -2	Discurso del Sujeto Colectivo
Comunicación terapéutica	<i>Atendiendo bien al paciente, escuchándolo, aclarándole todas sus dudas, tranquilizándolo con relación al procedimiento para que él llegue tranquilo a la operación, al quirófano... Digo algo bonito sobre el paciente. Digo que todo va a salir bien, le hago un chiste, le pido que respire diez veces, le hago una relajación... Me identifico con el paciente. Intento oír sus quejas, entender su sufrimiento, lo que le pasa. Intento tranquilizar al paciente poniéndome a su disposición para atender sus necesidades [...] Entro sonriendo al cuarto del paciente, para dejarlo más distendido [...] Intento darle la acogida, ofrecerle el máximo de comodidad posible, de información, tanto a los pacientes como a sus familiares. [...] Le enseño al cliente, ¡que yo estoy allí como ser humano, no como un profesional frío, como un técnico! Actúo con alegría, no les traigo los problemas que están allá afuera, ni los problemas personales, ni los problemas profesionales. [...] un momento en que uso palabras que él sepa comprender y para que no le cause extrañeza el ambiente donde está en ese momento [...] Cuando te dan las gracias, es maravilloso. Intento mejorar la relación entre yo y él, la relación médico-paciente. [...] Intento comunicarme con el paciente, darle información.</i>
Idea Central -3	Discurso del Sujeto Colectivo
Consulta Preanestésica	<i>En la visita preanestésica, me identifico. Conversamos [...] La acogida es cuando conversamos diariamente, para que el paciente sienta que es igual, que todo el mundo es igual. Le vas aclarando las dudas, de acuerdo con el nivel de lenguaje que él tenga. No puedes usar un lenguaje técnico. Le oriento sobre la medicación y el ayuno. Le explico el por qué de interrumpir una medicación [...] Los pacientes salen agradecidos [...] Doctora, ahora tengo confianza, ahora estoy más tranquilo. El paciente tiene confianza, está tranquilo. Nosotros los anestesiólogos realizamos la acogida en la visita preanestésica. La acogida creo que es un 30% de la cirugía [...] El paciente tiene confianza, va tranquilo a la cirugía. Hacemos la visita preanestésica y pos-anestésica. La visita preanestésica es el primer contacto del anestesiólogo para conocer al enfermo. Se inicia el primer contacto [...] El paciente va a hacer preguntas sobre la cirugía. Se le aclara todo lo que quiera saber. Se le orienta con relación al procedimiento anestésico. El paciente entra en quirófano conociéndote, llegará más tranquilo y mejor acogido, sabiendo que su problema será resuelto de la mejor manera posible y que confía en los profesionales [...] Lo más importante es ese apoyo psicológico que le damos al enfermo [...] Siempre me identifico cuando llego... Primero llamo al paciente por su nombre [...] ¡Aquel buenos días, o, buenas tardes o buenas noches! Un grado de empatía. A veces, incluso converso sobre otros asuntos que no tienen nada que ver con la cirugía para dejarlo más relajado. Le pregunto por la familia, quien está afuera, le pregunto sobre los miedos que tiene y sobre lo que le preocupa más. A veces los pacientes tienen más miedo a la anestesia que a la propia operación. A veces, la cirugía es enorme, pero a él le preocupa más la anestesia, si se quedará dormido, si se despertará, si se le moverán las piernas nuevamente. Me gusta mucho oír a las personas en la consulta preanestésica. Es fundamentalmente importante. El paciente trae informaciones importantes sobre las medicaciones que toma, las alergias. Es importantísimo para nosotros los anestesiólogos conocer esos detalles. Siempre que sea posible intentamos hacer esa acogida a nuestro usuario. Educadamente, buscando tranquilizarlo, intentado escucharle, para que el paciente no se asuste con el procedimiento, con el miedo a lo desconocido. En la consulta, intento identificarme [...] le pregunto como le va, ¡trato al paciente como a un ser humano, como una persona! Le ofrezco la ayuda necesaria. Así estás ayudando a alguien. [...] Hacer una consulta real y actualizada, sin prisa, solucionando el problema.</i>

DISCUSIÓN

En lo que se refiere a la Pregunta 1, la Idea Central 1 (un abordaje holístico del paciente), los participantes en el estudio entienden que esa estrategia aparece cuando se ve el paciente como un todo. A pesar de que el holismo sea una especie de jerga bastante conocida en el campo de la sanidad, muchas veces el paciente es reducido al aspecto físico, siendo considerado, de manera general, apenas como la dimensión material de su cuerpo, convirtiéndolo así, en un objeto de desvelo. Pese a eso, el discurso del sujeto colectivo de los participantes en la investigación, es el preñuncio de la

importancia de una atención integral a la persona, y destaca lo importante que es la realización efectiva de esa asistencia, conforme a lo que se verifica en los siguientes testimonios:

[...] La práctica debe ser humanizada, tratando al individuo como a un ser humano que posee todos los otros contextos: el social, psíquico, económico.

[...] Humanizar es tratar al ser humano como un ser que posee una conciencia, que posee otras necesidades además de un hígado enfermo, de un pie roto, tratarlo como un ser humano que tiene familia, que tiene un trabajo, que tiene dudas, que tiene vulnerabilidades.

Como vemos, el discurso del sujeto colectivo de los médicos entrevistados, referente a su entendimiento sobre el cuidado holístico, se correlaciona con la comprensión de Leite y col.¹¹ sobre el fenómeno: "visión del ser humano insertado en un contexto biopsicosocial, como un ser singular que trae consigo su historia de vida y sus valores culturales". Para el alcance de esa meta, Gallian¹² resalta la necesidad de hacer una reflexión histórico-filosófica para que se pueda humanizar la medicina y las ciencias de la sanidad en general. Solo el cuidado humano de por sí, ya suscita un abordaje holístico.

En la perspectiva del cuidado integral, el individuo no debe ser enfocado apenas en su problema de salud, porque eso contradice la propuesta de humanización. Así, el discurso del sujeto colectivo de los profesionales que trabajan en el estudio, utiliza las tecnologías de cuidado para implementar esa atención, entregándose de cuerpo y alma, como muestra el siguiente párrafo:

[...] atender con el alma, atender con el espíritu. Entender al otro. Escuchar lo que el paciente tiene que decirnos, prestarle la debida atención. Creo que ése es el conjunto de [...] prácticas, de acciones, eso es poner el alma en la atención.

Otros aspectos destacados por los anestesiólogos para humanizar la relación médico-paciente, es llamar al paciente por su nombre, comprender sus deseos, dialogar, informar, conforme lo demuestra el siguiente testimonio:

[...] Tratar al paciente como a una persona, no como a un número. Tener en cuenta su enfermedad, su sufrimiento, su angustia.

Ampliando la concepción del proceso de humanización, Martins¹³ comenta que ese evento empieza con el entendimiento adecuado y contemporáneo del concepto de sanidad y de bienestar del individuo, promovido en todas las dimensiones: física, mental, social y espiritual.

En el discurso de los anestesiólogos expresado en la Idea Central 2, se observa que ellos consideran el fenómeno como una estrategia que mejora la relación médico-paciente.

[...] La práctica de la acogida es importantísima para mejorar esa relación médico y usuario del SUS [...].

[...] La interacción entre el profesional del área médica y el paciente, lo deja más tranquilo. Es una práctica necesaria para aproximar cada vez más la relación médico-paciente [...].

Entre los diversos factores que corroboran la calidad de la referida interacción, los profesionales entrevistados destacan la importancia de suscitar en el paciente un sentimiento de confianza, un aspecto favorecedor de un acto anestésico tranquilo, conforme a lo que elucida este testimonio:

[...] La tranquilidad y la confianza del paciente contribuyen para que el acto anestésico siga un buen curso.

Ese discurso deja claro la importancia de la conducta humana y solidaria como uno de los presupuestos fundamentales en la asistencia humanizada al paciente.

Es oportuno enfatizar que el profesional de la sanidad debe acoger a los pacientes de modo amable, con comprensión y con cariño, para que ellos se sientan valorados y cómodos en mantener una relación interpersonal en que, teniendo como base la empatía, la confianza y el lenguaje accesible, se establezca una interacción sana.

Considerando tal hecho, Ramos¹⁴ entiende la acogida como una postura que el trabajador de la sanidad debe procurar desarrollar por medio de acciones definitivas. Según el autor, la acogida es un medio que facilita el vínculo entre los profesionales de la sanidad y el usuario, proporcionando una mayor adhesión al tratamiento y una mejor organización de los servicios.

En lo concerniente a la Pregunta 2, la Idea Central 1 (observación de los derechos del paciente), se observa que los médicos anestesiólogos reconocen la consideración de esos derechos como algo importante para humanizar la relación entre el médico y el paciente, resaltando, en especial, la escucha activa de sus problemas y la atención a sus demandas de cuidado en una perspectiva de igualdad, conforme a lo que se ve en este testimonio:

[...] Procuero tratarlo con todo el respeto y el cariño que se merece, dejándolo bien cómodo [...] para que al buscar la sanidad pública, encuentre realmente todo aquello que se le debe dar al ser humano: cariño, amor, ética, todo en pro de la sanidad del paciente [...].

El Código de Ética Médica, siempre se preocupó en garantizar los derechos del paciente, lo cual determina, entre otras garantías, la observación amplia de la autonomía del paciente¹⁵. Corroborando ese entramado legal referente a los derechos del paciente, el Ministerio de Sanidad ha divulgado un documento oficial, la Carta de los Derechos del Paciente, donde se recomienda que, en el ámbito de la atención del SUS, el usuario tanga la garantía de los siguientes apartados: acceso al tratamiento; respeto y dignidad; privacidad y confidencialidad; seguridad personal; identidad; información y consentimiento¹⁶.

En cuanto al derecho de información se refiere, el médico, al comunicarse con el paciente, debe demostrar seguridad y confianza, teniendo en cuenta que el paciente tiene derecho a informaciones claras, sencillas y comprensivas, adaptadas a su condición sociocultural.

Cabe destacar que, en general, la Medicina moderna acabó apartándose de la misión fundamental de pensar sobre lo que es el ser cuidado, lo individual lo colectivo, en la perspectiva de lo humano, lo que implica una reflexión por parte de aquellos que ejercen la profesión, demandando, a veces, un retorno a sus orígenes, en que se verificaba una mayor valorización de la persona en su práctica diaria¹⁷.

Pasche¹⁸ ve la acogida como una construcción de respuestas satisfactorias a las necesidades, pasando por la ló-

gica de la organización de los servicios, que debe tener en la misma acogida, el ideal máximo de la realización de su propósito funcional. Además, siendo una directriz ética, es innegociable y por eso, es una dirección fundamental para la construcción de redes de atención, de redes de cuidado.

En cuanto a la Idea Central de la Pregunta 2, comunicación terapéutica, el discurso del sujeto colectivo de los entrevistados, resalta la relevancia de ese instrumento básico del Cuidar, como una estrategia para humanizar sus acciones, conforme a lo que ejemplifican los testimonios que a continuación exponemos:

[...] Digo una cosa bonita sobre la paciente. Digo que todo saldrá bien, le cuento un chiste, le pido que respire diez veces, le hago una relajación [...] [...] Me identifico con el paciente. Intento oír sus quejas, entender su sufrimiento, lo que le pasa. Intento tranquilizar al paciente poniéndome a su disposición para atender sus necesidades [...]

[...] Entro sonriendo al cuarto del paciente, dejándolo más distendido.

[...] A uno le dan las gracias, y eso es muy bueno. Me preocupo con la persona [...] Intento comunicarme con el paciente, darle información.

La comunicación terapéutica consiste en la habilidad del profesional en usar su conocimiento para ayudar a la persona a convivir con otras personas y ajustarse a lo que no puede cambiar, y a superar los bloqueos para enfrentar sus problemas, como por ejemplo aquellos relacionados con la salud¹⁹.

Para Ceneviva y col.²⁰, en la comunicación con el paciente es necesario el uso de un lenguaje de comprensión clara, sin nunca huirle a la verdad, respetando el ritmo del paciente, sin generar la falta de esperanza ni herir su autoestima.

En el discurso del sujeto colectivo de los médicos involucrados en el estudio, y como respuesta a la pregunta que se presenta: la Idea Central 3, los médicos destacan el uso de la consulta preanestésica como estrategia de acogida para humanizar el Cuidar, porque en muchas ocasiones, la anestesia genera temor, casi siempre mayor que la propia intervención quirúrgica.

Por lo tanto, en el discurso que a continuación ilustramos, los médicos investigados destacan la importancia de la consulta preanestésica como una acción eficaz para establecer el diálogo entre el médico y el paciente.

[...] En la visita preanestésica me identifico. Conversamos [...] La visita preanestésica es el primer contacto del anestesista para conocer al enfermo [...]

[...] Vas perfilando las dudas, de acuerdo al nivel del lenguaje del paciente. No puedes usar un lenguaje técnico. Le oriento sobre la medicación y el ayuno.

Considerando el papel del anestesiólogo en el proceso de acoger, Meneses²¹ destaca: "preparar al paciente, en el campo médico y psicológico, prever posibles dificultades, calmar al enfermo, conquistar su colaboración y su confianza y prepararlo para la operación".

En ese sentido, el anestesiólogo tiene que observar cuidadosamente cada detalle durante los procedimientos, estar conciente de que la prudencia es tan necesaria como la rápida intervención, y que puede implicar en la reducción de los errores; mantenerse firme en sus actos, manifestar paciencia frente al enfermo y frente a sus familiares, ser empático y ponerse en el lugar del otro. Eso significa tener como práctica constante la humanización de la atención.

La seguridad en la anestesia se basa en un examen clínico minucioso del cuadro del paciente y en la planificación de la técnica anestésica que será utilizada, aspectos que deben ser considerados en la consulta preanestésica. Para ese momento también se hace imprescindible prestarle al paciente todas las clarificaciones necesarias, incluso informándolo claramente sobre los riesgos relacionados con los procedimientos adoptados.

La consulta preanestésica también tiene que ver con la determinación del tipo de anestesia que el paciente utilizará. Eso no constituye un procedimiento mecánico solamente, ni significa la decisión preferente por parte del anestesista, pero sí que es una cuestión eminentemente clínica que tiene en cuenta el cuadro y las características de cada paciente, su estado físico y mental, su diagnóstico, sus condiciones fisiológicas, influencias farmacológicas, y el tipo de operación que el paciente necesita realizar²².

Para Meneses²¹, el paciente tiene derecho a una evaluación preanestésica, siendo esa evaluación de responsabilidad intransferible del anestesiólogo. En esa evaluación, el paciente debe ser informado sobre la secuencia del pre y del postoperatorio, con el grado de detalles compatible con su nivel de comprensión cognitiva. Además, el anestesiólogo debe hacer un abordaje directo, sencillo y objetivo en cuanto a los riesgos, el dolor, la incomodidad, los exámenes y otros aspectos.

Considerando lo expuesto, la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) propone en 1987, las normas de cuidados anestésicos con el objetivo de normatizar la evaluación del paciente, la cual debe incluir una revisión de la historia clínica, entrevista con el paciente, examen físico, exámenes laboratoriales, anestésicos previas, medicaciones en uso y/o consultas con expertos. Como norma, la cantidad de test adicionales debe ser hecha según la edad, el estado físico, las comorbilidades y el porte del procedimiento²³.

Bisinotto y col.²⁴ resaltan que uno de los efectos más relevantes de la evaluación preanestésica electiva fue la reducción del número de procedimientos quirúrgicos cancelados, además de la disminución de la solicitud de exámenes preoperatorios. Los autores destacan, también, que hubo un descenso en el número de test laboratoriales y en las consultas médicas en más de un 50% cuando la responsabilidad por la preparación quirúrgica le fue designada solamente al servicio de anestesiología.

Así, se puede inferir que la consulta preanestésica constituye una herramienta relevante para el desempeño de una práctica de cuidado humanizado y acogedor por parte del anestesiólogo, como también en la reducción de la morbimortalidad proveniente de procedimientos quirúrgicos.

CONCLUSIONES

La acogida al paciente durante la anestesia, es muy importante porque permite que el profesional produzca la escucha activa, aliada al proceso de cuidado humanizado, posibilitando una mejoría en el ingreso entre el médico y el paciente. En ese sentido destacamos, que los datos aquí producidos revelan una realidad que fue recortada y que traduce experiencias y vivencias experimentadas de modo particular, retratando, en parte, la comprensión del fenómeno de la acogida por parte de los anestesiólogos, como también la forma de pensar de esos profesionales sobre la operacionalización de esa estrategia de atención a la sanidad.

A menudo, la meta de un proceso de investigación es explicar, interpretar hechos y cosas relacionadas con el objeto de estudio y posteriormente, exponer los retos y las proposiciones, teniendo en cuenta la realidad observada. Sin embargo, éstas no son las pretensiones de los investigadores en ese tópico del estudio, porque se asume que el estudio no forma conclusiones sistemáticas, solo presenta ideas y consideraciones provisionales. El abordaje de la investigación cualitativa emprendida en su organización tuvo como foco la comprensión del fenómeno en la perspectiva del sujeto y por tanto, del ente individual, no cabiendo generalizaciones, sino un proceso de reflexión al que debe dársele continuidad.

Una vez planteadas esas reflexiones, pasamos a resumir la impresión del fenómeno bajo la visión de los investigadores. Los anestesiólogos, profesionales de gran importancia en el abordaje del proceso salud-enfermedad, especialmente por ejercer su práctica profesional con personas debilitadas que necesitan ser acogidas, no indican la importancia de valorar el abordaje humanístico en la atención a esos individuos, a pesar de que en algunos casos, muestren que tal abordaje todavía se hace de modo incipiente y necesita mejorías.

Por tanto, vemos que todavía existe un largo camino por recorrer para llegar a un ideal de asistencia al paciente, demandando un proceso de cambios, que pasa por cuestiones éticas relacionadas con la reorientación de las prácticas y las actitudes que pueden generar acogida, humanización y definición en el contexto del sistema de cuidados en la sanidad.

A pesar de las dificultades ya expuestas, ha quedado evidente que la acogida tiene realmente un gran potencial para revertir la lógica de la sanidad actual, con la utilización de herramientas que dependen solamente de la disposición de los profesionales en construir una nueva práctica de cuidado humanizado.

Considerando la práctica específica de los anestesiólogos, es bueno remarcar que, en virtud de que esa especialidad médica viene junto con el conocimiento técnico-científico, los profesionales que están involucrados en ella, no tienen la fuerza necesaria en los vínculos establecidos entre aquellos que participan en su cuidado para que ellos puedan experimentar una atención singular y acogedora, sin temores ni recelos durante la práctica anestésica.

Ha quedado evidenciado aquí, por medio del discurso del sujeto colectivo de los anestesiólogos que participaron en el estudio, que muchos de ellos apoyan la acogida, una vez que

sus citas están pinceladas de términos correlativos sobre la referida estrategia, como, oír, recibir, derivar.

Resaltamos que la postura de cada profesional es primordial para que se establezcan la acogida y la humanización de la asistencia, desde la manera correcta de actuar hasta la transmisión de confianza al usuario, conjuntamente con el establecimiento de vínculos con ese usuario. Todo eso puede facilitar, de forma eficaz, la construcción de un nuevo modelo de trabajo en la Sanidad.

También destacamos la experiencia vivida por parte de los investigadores, siendo oportuno registrar diferentes aspectos y emociones que estuvieron siempre presentes en su camino durante la producción de este estudio, además de las reflexiones críticas suscitadas durante su construcción. Ese proceso fue conducido por muchas manos, principalmente las de los anestesiólogos, que tan efusivamente acogieron esa realización. Fueron citas singulares y muchos intercambios que trajeron como resultado un discurso colectivo que no pudo ser desvelado en su totalidad.

Como colofón, podemos decir que el estudio posibilita un nuevo horizonte en lo que se refiere a la valorización de la acogida como herramienta de suma importancia para fortalecer el vínculo médico entre el anestesiólogo y su paciente.

AGRADECIMIENTOS

Los autores les agradecen a los anestesiólogos del Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), por la calurosa recepción al aceptar gentilmente participar en esta investigación.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde – Áreas temáticas BVS MS Humanização. Publicações. Brasília; 2009.
2. Takemoto MLS, Silva EM – Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas, São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):331-340.
3. Ferreira MLSM, Cotta RMM, Oliveira MS – Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização à distância. Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):291-300.
4. Grosseman S, Stoll C – O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. Rev Bras Educ Med. 2008;32(3):301-308.
5. Caprara A, Rodrigues J – A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):139-146.
6. Neves CAB, Rollo A – Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos básicos em Saúde). 2 ed. Brasília-DF; 2006.
7. Farias LC – Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
8. Silva LG, Alves MS – O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. Rev APS. 2008;11(1):74-84.
9. Merhy EE – Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145). ISBN: 85-271-0580-2.

10. Lefèvre F, Lefèvre AM, Teixeira JJV – O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
11. Leite TAAF, Strong MI – A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *Mundo Saúde*. 2006;30(2):203-214.
12. Gallian DMC – A (re) humanização da medicina. 2001. [Acesso em 10 set 2010]. Disponível em: [<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>].
13. Martins A – Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
14. Ramos DD, Lima MADS – Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
15. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. 2010. [Acesso em 20 dez 2010]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_4.asp
16. Brasil. Ministério da Saúde – Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed. Brasília; 2006.
17. Dantas Filho VP, Sá FC – O cuidado na prática médica. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):189-194.
18. Pasche DF – Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde. Seminário a Humanização do SUS em debate. Vitória; 2008.
19. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(3):312-318.
20. Ceneviva R, Castro e Silva Jr. – O paciente cirúrgico: relação médico paciente. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2008; 41 (3):252-258.
21. Meneses JAG. Dilemas bioéticos na prática da anestesia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2001;51(5):426-430.
22. França GV – Os deveres do cirurgião. 2000. [Acesso: 11/fev/ 2011]. Disponível em: http://www.ibemol.com.br/sodime/artigos/obrigacao_meio_result.
23. Solca M – Evidence-based preoperative evaluation. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, v.20, n.2, p.231-236,2006.
24. Bisinotto FMB, Pedrini Jr. M, Alves AAR, Andrade MAPR – Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em hospital universitário: dificuldades e resultados. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007; 57(2):167-176.