

## ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO<sup>1</sup>

Carla Regina Andre Silva\*  
Wilson Danilo Lunardi Filho\*\*  
Dirce Stein Backes\*\*\*  
Rosemary da Silva Silveira\*\*\*\*  
Valéria Lerch Lunardi\*\*\*\*\*  
Ana Paula Andre Silva\*\*\*\*\*

### RESUMO

Neste estudo objetivou-se conhecer qual o entendimento de usuários, colaboradores e gestores de um Hospital Universitário sobre acolhimento e humanização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde, para subsidiar o grupo de humanização da instituição. O estudo é exploratório-descritivo com abordagem qualitativa e foi desenvolvido no período de novembro de 2008 a março de 2009. A coleta de dados foi realizada por meio de dinâmica de grupo e os dados foram analisados por pelo método da análise temática. Para os usuários, o acolhimento e a humanização foram expressos pela resolatividade dos problemas que atingem sua condição de saúde. Para os colaboradores, o foco principal foram questões de relacionamento pessoal, e para os gestores, foi expresso como necessidade e obrigação de garantir a viabilidade da oferta da assistência. Ficou evidenciada a necessidade de compreender o ser humano em sua integralidade e de melhorar as relações interpessoais para que se tenha uma assistência à saúde mais acolhedora e humanizada.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Humanização da Assistência. Assistência Integral à Saúde.

### INTRODUÇÃO

Em 2003, o Governo Federal apresentou a Política Nacional de Humanização (PNH), enfatizando que a humanização da saúde é uma questão complexa, ampla e desafiadora para o Sistema Único de Saúde (SUS). Defende a interconexão das partes, com autonomia, respeito e responsabilidade, de modo que o SUS se torne um todo e alcance qualidade resolatividade e satisfaça aos usuários e aos colaboradores<sup>(1)</sup>. Para tanto, a PNH atua amparando-se em relações transversais e interconectadas, para aumentar a comunicação intra e intergrupos, ampliar as fronteiras do saber e desestabilizar o poder instituído nas relações de trabalho. Promove a intersetorialidade, representando uma política do/no coletivo e amplia o entendimento de humanização com a

construção coletiva de atitudes e compromissos ético-políticos de forma sistemática e interdependente<sup>(1)</sup>.

A humanização se constitui em um processo de exercício da cidadania que valoriza a subjetividade do ser humano; é a essência da razão que se faz pela educação, com vistas à construção e transformação dos processos culturais por meio do diálogo, constituindo-se transversalmente. Pode ser considerada como a inviolabilidade da justiça e da autonomia dos indivíduos e compreende as dimensões ética, estética e política. A dimensão ética se refere às atitudes dos sujeitos e tem a defesa da vida como o centro de suas ações. A dimensão estética relaciona o processo de saúde e subjetividade humana com a autonomia e o protagonismo no tocante às normas que regulam a vida. A dimensão política diz respeito à organização social e institucional, uma vez que

<sup>1</sup> Trabalho fruto da Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG).

\* Enfermeira assistencial da FURG. Mestre em Enfermagem. Especialista em Projetos Assistenciais. E-mail: carla.andre@yahoo.com.br

\*\* Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: lunardifilho@terra.com.br

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNIFRA. E-mail: backesdirce@ig.com.br

\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: anacarol@mikrus.com.br

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: vlunardi@terra.com.br

\*\*\*\*\* Aluna do Curso de Letras Português/Espanhol da FURG. E-mail: paulynha\_andre@yaho.com.br

é nas relações sociais e de poder que se constrói o mundo<sup>(1)</sup>.

A produção de saúde é um processo artesanal, pois é uma atividade primária voltada à transformação do coletivo e exige atuação em equipe. Assim, a condição de bem-estar depende da compreensão e da necessidade de cada sujeito em seu contexto, respeitando sua singularidade<sup>(2,3)</sup> e subjetividade.

Não obstante, ainda se percebem fragmentações na assistência à saúde<sup>(3)</sup>, que podem estar ligadas ao modo de ser e de fazer individual e coletivo e à construção moral dos sujeitos, que são os valores e desejos instituídos e estabelecidos<sup>(4)</sup>. Ao longo de sua história de vida o homem constrói sua moral nas ações que estabelece com o mundo objetivo e subjetivo a partir do desenvolvimento de suas experiências e de aquisições culturais, morais e éticas, usando de sua capacidade de conhecer, relacionar-se, organizar e reorganizar as experiências vividas. Assim ele parece desconsiderar que a saúde apresenta dimensões biopsicossociais e espirituais e envolve a compreensão das relações dos indivíduos, de sua integralidade e dos significados da vida e que a doença, por sua vez, é o movimento estrutural que provoca alterações no bem-estar individual ou coletivo<sup>(1,5)</sup>.

Cumprido, então, considerar que o ser humano é um ser de relações, de valores, e o único que tem na subjetividade a sua identidade. Ao estabelecer processos relacionais e problematizadores, ele interage com o mundo, exercendo sua autonomia e cultivando corresponsabilidades que podem traduzir-se em ações acolhedoras<sup>(2,5,6)</sup>. Para tanto, os diferentes sujeitos precisam estar satisfeitos consigo mesmos para atuarem na busca de alternativas que tenham como prioridade o bem-estar tanto do outro quanto deles próprios.

O acolhimento, enquanto uma das estratégias da PNH, tem por objetivos ampliar e qualificar o acesso dos usuários, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho no sentido de promover a humanização da assistência à saúde. Compreendido como trocas solidárias e comprometidas com a produção da saúde, é um dos dispositivos da PNH que influenciam diretamente alguns princípios do SUS. Saliencia a necessidade de o olhar do

usuário ser complementar ao dos trabalhadores (aqui entendidos como colaboradores) e do gestor, e vice-versa, transpondo a individualidade e o verticalismo<sup>(7,8)</sup>.

Quanto a estes aspectos, a enfermagem é uma profissão da área da saúde que, pelas características de seu trabalho, apresenta um grande potencial para perceber os aspectos subjetivos da vida e gerenciar situações complexas, o que lhe possibilita a condição de facilitadora e agregadora de ações, aproximando os diversos atores que atuam na promoção da saúde. Assim, vem demonstrando um grande interesse e engajamento no sentido de ampliar os debates relacionados à humanização das práticas de cuidado em saúde e suas questões<sup>(2,9)</sup>.

Com base no exposto, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o entendimento dos usuários, colaboradores e gestores do SUS sobre acolhimento como estratégia do PNH? Com vistas a respondê-la, objetivou-se, com a realização deste estudo, conhecer o entendimento dos usuários, trabalhadores e gestores de um Hospital Universitário Federal da Região Sul do Brasil sobre humanização e acolhimento como estratégia da PNH.

## METODOLOGIA

Este estudo é de caráter exploratório com abordagem qualitativa e foi desenvolvido com integrantes da comunidade de um hospital universitário. Foram observadas as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na área da Saúde – CEPAS/FURG, mediante o Parecer nº 63/2008. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2008 a março de 2009, envolvendo vinte e cinco sujeitos convidados aleatoriamente, a saber, oito usuários, quatorze colaboradores e três gestores.

Visando a contemplar a questão norteadora deste estudo, a filosofia da PNH e a do acolhimento, que primam pela formação de redes e vínculos multiprofissionais, integralidade e valorização dos sujeitos, optou-se por utilizar como técnica de coleta de dados o grupo focal, para vislumbrar a percepção dos indivíduos e do coletivo quanto ao assunto abordado.

Para formar o grupo de usuários foi realizada

uma abordagem coletiva por meio de convite verbal àqueles que aguardavam por consulta na sala de espera ambulatorial de especialidades da instituição em um único dia, escolhido aleatoriamente, e as atividades foram concluídas em um encontro no próprio ambiente, com duração de aproximadamente quarenta minutos.

Com os colaboradores, foram realizados contatos telefônicos nas diversas unidades de trabalho, convidando-os para participarem do estudo, e assim foram formados cinco grupos multiprofissionais. Foi realizado um encontro com cada grupo, com duração média de uma hora, em virtude da impossibilidade dos participantes de destinar mais tempo a esta atividade. Da mesma forma, foram realizados convites aos gestores e agendado um encontro.

Os locais utilizados para os encontros foram os espaços pedagógicos da instituição e alguns foram feitos nos setores de trabalho. A pesquisadora atuou como facilitadora, possibilitando uma ação reflexiva sobre o assunto, favorecendo um entrar sensível no mundo do outro e trabalhando o entendimento individual e coletivo dos participantes sobre o tema. Os participantes foram identificados com letras, sendo “U” para usuário, “C” para colaborador e “G” para gestor, seguidos de números para identificação individual. Para os pareceres coletivos dos colaboradores foi utilizada a abreviatura PC do grupo n.º x da categoria C.

Os dados obtidos dos registros do diário de campo e do material elaborado pelos participantes nos diferentes encontros (produções textuais individuais e coletivas, a partir das discussões nos respectivos grupos sobre o entendimento a respeito de humanização e acolhimento na produção de saúde), foram organizados e analisados através da análise temática, procurando-se, assim, descobrir os “núcleos de sentido”, ou seja, a essência do significado atribuído pelos sujeitos do estudo. As etapas da análise dos dados obtidos foram constituídas por meio da ordenação dos dados, a qual consiste na transcrição, leitura e síntese dos aspectos mais significativos e da classificação na qual se identificaram os aspectos mais relevantes, procurando-se discutir os dados através de eixos temáticos e da análise final, na qual os dados foram discutidos à luz do

referencial teórico da PNH, buscando-se estabelecer a relação entre teoria e prática<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos usuários

Nesta categoria tivemos oito participantes, dos quais os mais jovens demonstraram-se mais críticos, enquanto os de idade mais avançada pareciam estar satisfeitos ou mais resignados com as características do atendimento.

Surgiram manifestações sobre a satisfação com os serviços e os diferentes significados de acolhimento. Os usuários consideram o acolhimento e a humanização como os eixos da assistência em saúde, a qual deve ser realizada por profissionais das áreas de medicina e enfermagem. Com esta visão eles parecem diminuir a responsabilidade dos colaboradores que desempenham atividades-meio (serviços de apoio), dos gestores e até deles próprios no processo de promoção e manutenção da saúde, e assim mostram não conhecer e/ou pouco exercer seus direitos e deveres de cidadania. Essa visão parece estar associada ao entendimento deles sobre acolhimento ou ser bem acolhido:

Quando se está doente, ser bem atendido [...] é ser bem atendido pelos médicos e enfermeiros (U3).

É o médico acertar a medicação (U4).

Salientaram a necessidade de maior efetivação dos princípios do SUS, ao definirem humanização por meio das seguintes falas:

Humanização é a valorização das pessoas como seres humanos [...] É resolver os problemas [...] dar informações corretas (U1).

É agilizar o atendimento, ter acesso mais fácil aos serviços (U5).

Percebe-se, desse modo, que a humanização está diretamente associada à resolutividade, a qual se resume à produção eficaz da saúde para alcançar melhores índices nesse campo<sup>(7,11)</sup>.

Não obstante, a percepção conceitual descrita de forma consensual pelos usuários sobre acolhimento na assistência à saúde enfatizou o diálogo, as relações interpessoais e a necessidade de resolução:

Acolher é ter atenção com o outro (U1).

É educação e respeito mútuo [...] cordialidade, saber ouvir [...] orientar corretamente (U3).

Evidencia-se assim que, mais do que tratamentos, técnicas e procedimentos, os usuários, ao encontrarem-se doentes, querem ser cuidados como pessoas, o que mostra a necessidade de romper com o modelo de assistência focado na patologia, o qual fragmenta o ser humano e pode descaracterizar a sua essência, que é expressa em sua integralidade<sup>(7)</sup>. Estas compreensões concordam com a PNH, a qual preconiza que acolher significa ouvir as queixas, garantir o direito de expressão e externalização das ansiedades, buscando soluções dentro dos limites do respeito a si, ao outro e ao sistema, de forma integral e resolutiva<sup>(1,12)</sup>.

Descreveram, ainda, alguns dos possíveis fatores que contribuem para a desumanização da assistência à saúde, ao relatarem que humanização:

É ter mais nos serviços de urgência... Faltam pessoas para atender com mais rapidez (U7).

Há necessidade de atenção aos trabalhadores para que estejam bem, para que possam atender melhor (U8).

Desse modo, demonstram perceber que os déficits quantitativos de recursos humanos e a qualidade do atendimento são problemas crônicos nas instituições públicas e privadas de saúde e apresentam-se como fatores dificultadores da implementação de qualquer projeto de humanização, gerando um distanciamento da razão dos profissionais e da razão dos usuários do SUS.

Os usuários apontaram alternativas para a humanização da assistência que vão ao encontro das propostas da PNH, tais como:

Desenvolver um programa de gestão (U8).

Melhorar as relações pessoais entre os pacientes e trabalhadores [...] Prestar e receber um atendimento respeitoso (U7).

Com estes depoimentos, fica evidenciada a necessidade de discutir a humanização da assistência, expressa pelo pedido de afeto, vínculo solidário e respeito por parte de todos.

### **O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos colaboradores**

Nesta categoria tivemos quatorze participantes, os quais tinham cinco anos ou mais de atuação na instituição e pertenciam a diversos setores e profissões. Os colaboradores almejam um SUS de todos e para todos. Manifestaram sentimentos de interesse pelo tema e valorização por contribuírem com o estudo:

Me sinto valorizada por ser convidada a participar deste estudo, pois quem faz serviços administrativos, na área da saúde, é pouco reconhecido (C9).

Discutir acolhimento e humanização na saúde traz a oportunidade de inserção de todos os atores envolvidos no processo, de buscarmos novos modos de produzir saúde (C13).

É um momento que todos podem ter vez e voz, independentemente de sua cor, credo, posição social, raça (PC do grupo 3 de C).

Foi constatado que os colaboradores encontram-se absorvidos pelo fazer do seu cotidiano e que não estão tendo condições de participar de atividades que não sejam inerentes ao cargo. Percebem-se colocados à margem de alguns dos objetivos de um hospital universitário, como a realização de ações voltadas para o desenvolvimento das tecnologias do pensar, que são as construções e apropriações dos conhecimentos, pois estão centrados no fazer e na produção para o atendimento de metas e demandas.

A sobrecarga de trabalho, o regime estatutário, recursos humanos e materiais insuficientes, algumas características atuais desse hospital universitário, comentadas por esses sujeitos como a dicotomia entre a academia e a assistência, o distanciamento e a alteração na integração entre docentes e colaboradores, além da permanência do modelo biomédico no ensino e na assistência, podem ser fatores desumanizantes nas práticas de saúde.

Estas assertivas apareceram ao dizerem que em tempos anteriores os comportamentos dos colaboradores eram diferentes. Afirmaram que as pessoas eram mais comprometidas e envolvidas com as questões do outro e que essas atitudes se perderam-se com o passar do tempo, e apresentaram como justificativas:

Talvez seja a frieza do hospital de ensino e a estabilidade do emprego (C4).

A estabilidade do serviço público modifica os comportamentos dos trabalhadores. Deixa-nos menos comprometidos [...] menos humanos. (C1).

Não estão mais focados nas pessoas, e sim, no ensino, na patologia e em dar conta do volume de trabalho (PC do grupo 1 de C).

Segundo esses participantes, a descaracterização da subjetividade e da integralidade da assistência à saúde nessa instituição veio com o distanciamento das relações entre os professores da Escola de Enfermagem e os demais profissionais do hospital, como se pode observar nas falas a seguir:

As características do atendimento eram outras, diferenciadas, mais humano. Mais voltadas para o ensino, de forma geral, dos alunos e dos colaboradores (PC do grupo 2 de C).

Eles desejam ser corresponsáveis e coparticipantes dos processos de saúde:

[...] como se agora tivesse acontecido uma separação entre a academia e o hospital. Professores, alunos e trabalhadores não falam mais a mesma língua (PC do grupo 1 de C).

Enfatizam a necessidade de um efetivo exercício de cidadania neste ambiente, pautado por relações transversais, políticas e éticas. Este distanciamento entre o ensino e o fazer pode ter ocasionado mudanças nas características assistenciais, gerando alterações nos comportamentos dos colaboradores:

Somos [...] Estamos muito científicos, mecânicos, pouco humanos (C2).

O pensar dos participantes do estudo está conforme com a PNH, a qual prevê, em seus princípios norteadores, que haja uma crescente articulação entre o ensino e o serviço, além de uma estreita articulação com os próprios usuários. É importante, neste sentido, que haja uma construção coletiva e participativa dos diferentes atores envolvidos no processo de construção do SUS, a fim de ampliar o conceito de saúde pelo compartilhamento de saberes e fazeres<sup>(5)</sup>.

O acolhimento foi descrito como ações e/ou atitudes necessárias para a produção de saúde, em um processo de participação, colaboração e

responsabilidades. É baseado em relações interpessoais, portanto depende de condutas e comportamentos individuais e coletivos, precisando ser discutido para ser construído e aprimorado, em um processo permanente e contínuo de busca da estética do “fazer”.

Esses participantes reconhecem o acolhimento como um processo transversal, ao expressarem que:

O acolhimento é efetivado pelo diálogo, que é um meio de fazer as pessoas se aproximarem” (PC do grupo 4 de C).

Acontece pelo diálogo e pelo entendimento entre profissionais e chefias [...] Para acolher, é preciso sentir-se acolhido, ou seja, reconhecido, valorizado (PC do grupo 1 de C).

Assim, as ações que permeiam atitudes de valorização, reconhecimento, responsabilidade e estabelecimento de vínculos precisam ser desenvolvidas e construídas mediante processos dinâmicos de educação, participação, conscientização com e para todos<sup>(13)</sup>, como elaboração da essência da razão, que é a humanização.

O acolhimento pode ser entendido como a expressão das atitudes e ações próprias dessa atitude:

O acolhimento é conscientização, dedicação e satisfação das pessoas que oferecem e que recebem atendimento (C13).

É um olhar por parte da equipe que perceba a integralidade dos sujeitos (C14).

Assim, é preciso que ele seja uma prática institucionalizada e desencadeadora de comportamentos e atitudes, pois se utiliza de estratégias que buscam melhorar as relações no cenário do SUS<sup>(7,8)</sup>.

A concepção de humanização da saúde surge a partir do entendimento da integralidade dos seres humanos, contemplando diferentes dimensões e necessidades em busca do bem-estar nos ambientes de assistência. Neste sentido, a humanização foi assim descrita:

A valorização do todo, ou seja, do paciente, da equipe, dos funcionários, dos ambientes (PC do grupo 1 de C).

É representada pela atenção, pelo cuidado com o outro, com o físico, o emocional e o espiritual (C8).

Ao percebermos o outro de forma integral realizamos uma assistência mais humanizada e nos percebemos como parte integrante desta rede, que, por meio das interconexões e interdependências, promove, protege e recupera a vida em suas diferentes dimensões<sup>(4,14)</sup>.

As prerrogativas de coresponsabilidade e de coparticipação dos sujeitos envolvidos no processo de saúde aparecem nas falas que descrevem humanização como ações:

É respeitar valores, culturas, compartilhar conhecimentos para melhor assistir (C12).

Deve ser bidirecional, possibilitando uma troca de saberes entre os indivíduos (PC do grupo 5 de C).

Estas expressões se aproximam da necessidade do exercício de cidadania nos ambientes em que se promove saúde, por meio dos processos de educação como transformadores de realidades, em que os sujeitos almejam ser protagonistas de suas histórias, apoiados nos pilares da autonomia, do respeito, das interconexões relacionais e da interdisciplinaridade, indo ao encontro do bem-estar individual e coletivo.

### **O acolhimento e a humanização na assistência à saúde na concepção dos gestores**

Nessa categoria tivemos três participantes, os quais tinham quinze anos ou mais de atuação na instituição, em serviços considerados fins. Demonstraram um preparo frágil quanto às políticas de saúde e gestão do SUS, um saber focado no fazer, na satisfação dos usuários de forma objetiva, não vislumbrando as possíveis contribuições da PNH. Esta postura pode ser devida às pressões políticas municipais, estaduais e federais para o cumprimento de metas quantitativas para assegurar o recebimento de verbas e acabam por atuar pouco no campo das metas qualitativas.

A PNH preconiza que todos os sujeitos sejam valorizados igualmente e sejam respeitadas as suas individualidades e singularidades, porém os colaboradores pareceram secundários em suas percepções sobre o tema. Esta assertiva se reafirma nas seguintes expressões:

Acolher é atender a todos que necessitam de atendimento, a tempo e à hora (G2).

É ter agilidade nos atendimentos, diminuir o tempo de espera e filas, vencer as demandas,

realizar os exames necessários, ter acomodações adequadas para os usuários e acompanhantes (G3).

A humanização pode envolver ações pontuais focadas em estruturas financeiras, físicas e materiais, porém se estas não estiverem inseridas em um processo de mudança de concepção dos atores que atuam na instituição quanto à valorização dos sujeitos, serão pouco eficientes. Salienta-se que é de responsabilidade dos gestores institucionais e públicos favorecer, estimular e incentivar o desencadeamento do processo de humanização nas instituições de saúde que prestam serviços ao SUS<sup>(15)</sup>.

Sendo a atuação em equipe um exercício contínuo a ser aprendido e praticado para o reconhecimento da integralidade dos sujeitos, observou-se que estes participantes demonstraram mais desenvoltura para expressarem-se individualmente. Ao serem solicitados a expressar de forma coletiva o entendimento do assunto, demonstraram dificuldades em entrosarem-se ao expor suas ideias, descrevendo em um parágrafo sucinto o entendimento do grupo. Eles assim se expressaram:

Acolhimento é estar aberto para ouvir, dar atenção, carinho, afeto; ter interesse em receber bem, atender as expectativas e ter respeito e consideração pelos usuários e colegas. Ao acolher desta forma, estaremos atendendo com humanização (PC do grupo G).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os participantes demonstraram compreender a essência do significado do acolhimento na assistência à saúde e também como seria uma assistência mais humanizada, embora não compartilhassem da mesma concepção sobre o tema, e assim contemplaram as definições contidas na PNH em muitos aspectos, mas não integralmente. Os gestores demonstraram um entendimento mais superficial se comparados com os demais sujeitos e com o referencial teórico.

Para os usuários, o acolhimento e a humanização são expressos pela resolutividade dos problemas que atingem suas condições de saúde, parecendo contentar-se com ações objetivas e pontuais que não contemplam, muitas

vezes, sua integralidade e as ações preconizadas nas políticas públicas de saúde. Parece, ainda terem introjetado como conceito de saúde o modelo biomédico, fragmentado e centrado em patologias. Não expressaram a compreensão da multidisciplinaridade na assistência à saúde e parecem que não se incluem nos processos de promoção de sua saúde, deixando estas ações como funções e responsabilidades da medicina e da enfermagem, assim, pouco visualizam sua condição de protagonistas nas diferentes etapas que definem as suas condições de saúde. Eles mostraram, pelas suas construções pessoais vivenciais e por suas necessidades, que compreendem alguns dos significados de humanização e acolhimento definidos pela PNH. Fizeram observações importantes sobre as fragilidades do sistema, contribuindo para possíveis melhorias. Descreveram constatações sobre a importância das relações pessoais e até as interferências nos processos de saúde quanto à carência de recursos materiais, físicos e humanos nos ambientes de atendimento, parecendo não contemplar as demandas e dificultar um atendimento diferenciado no SUS.

Para os colaboradores, o foco principal são os relacionamentos pessoais entre os diferentes atores. Percebem-se como equilibristas entre, de um lado, as prerrogativas dos usuários, os quais, apesar de visualizarem muitas das fragilidades do sistema, desejam, entre outras coisas, resolutividade e melhorias nas relações pessoais e no que se refere ao cumprimento de metas, por parte dos gestores, e de outro, as demandas geradas pelas necessidades locais e determinações das políticas de saúde. Esta condição de equilibristas pode levá-los, muitas vezes, a situações desarmônicas em seu trabalho, até a realizar ações e apresentar atitudes menos humanizadas. Os sujeitos deste estudo querem mudanças nas relações interpessoais, mas nem todos se percebem como atores que compõem e constroem os cenários em que estão inseridos e que, nessa condição, podem modificar este contexto.

Construir outras percepções é um processo lento e precisa ser feito com e por sujeitos comprometidos, desenvolvendo outra forma de ver a vida. Evidenciou-se que o entendimento de saúde ainda se encontra focado no conceito construído no modelo fragmentado, ao invés do

entendimento da integralidade dos sujeitos e de seus contextos.

Os relatos e condutas das enfermeiras participantes deste estudo reforçam a ideia que a enfermagem pode ser o elo que agrega e aproxima os diferentes profissionais para implementar a PNH na instituição. A enfermagem consegue atuar em equipe multiprofissional com vistas a tornar a assistência menos reducionista e mecanizada, provendo o trabalho de elementos humanizadores, focando as pessoas como sujeitos singulares e integrais que influenciam e são influenciados por suas vivências e experiências.

Para os gestores, o entendimento sobre o tema está mais centrado na preocupação de assegurar o funcionamento do sistema, por meio de ações pontuais e quantitativas dos usuários, ou seja, na garantia da oferta da assistência à saúde, sem colocar em evidência a preocupação com a forma como isso ocorre. Assim, a subjetividade, a autonomia, a participação e a corresponsabilidade não são trabalhadas no âmbito dos usuários e são pouco exploradas no âmbito dos colaboradores.

As dificuldades de agendar o encontro com os gestores para a participação deste estudo vêm ao encontro das constatações dos usuários sobre a carência de recursos humanos para se realizar um atendimento mais humanizado e do que foi observado e registrado quanto ao fato de que os colaboradores são absorvidos pelo fazer cotidiano. Esta categoria encontrava-se por demais envolvida com as demandas laborais, por isso destinava um tempo limitado a reflexões sobre o tema. É como se a realidade sufocasse o desejo de atuar de outra forma, em alguns momentos, condicionando-os a uma prática objetiva, centralizada na doença e limitada ao fazer rotineiro de cumprir metas e vencer demandas quantitativas. A subjetividade dos diferentes atores parece estar contida em fatores que podem vir a ser foco de investigação futura para melhor compreender esta problemática.

Na maioria das vezes os sujeitos participantes deste estudo parecem não sentir-se acolhidos, e muitos, nem protagonistas destas ações. Quando os sujeitos participam da construção da história dos contextos em que estão inseridos saem da condição de sujeitos, passam a ser integrantes

destes contextos e desse modo se sentem mais responsáveis pelos resultados obtidos. Assim, a assistência à saúde continua ainda a ser realizada com o objetivo de tratamento da doença, se possível, de cura, reduzindo as pessoas a portadores e tratadores de patologias e, muitas vezes, esvaziando seus atores de suas essências humanas.

Alguns já compreendem que as mudanças no sistema dependem das ações, relações e comportamentos dos sujeitos envolvidos no processo de promoção da saúde. Estes sujeitos, que já se reconhecem como responsáveis e corresponsáveis por esse processo e como integrantes desta rede, talvez possam ser multiplicadores deste entendimento, para que continue a ser construída a compreensão de que a vida é uma experiência coletiva, de que as

pessoas fazem parte de um contexto que é amplo e envolve o universo.

As atitudes, ações e comportamentos dos diferentes atores nos diferentes cenários são como se fossem fios amarrados uns aos outros, formando uma gigantesca rede, interconectada e interdependente, compondo o todo a partir das partes. Assim, não é possível entender o todo sem olhar as partes e não é possível entender as partes sem conhecer o todo, pois a vida não pode ser fragmentada, ela é integrante e integral.

O acolhimento, em suma, provoca reflexões acerca dos comportamentos dos diferentes atores em seus contextos, ultrapassando a teoria e se estabelecendo nas ações. Fortalece e ajuda a efetivar o SUS e precisa estar introjetado não somente em nosso conhecimento, mas também em nossos comportamentos e condutas.

---

## THE EMBRACEMENT AS A STRATEGY ON THE NATIONAL HUMANIZATION PROGRAM

### ABSTRACT

This study had the purpose to know what is the understanding of users, collaborators and managers of a southern university hospital regarding reception and humanization on the health care at the SUS, in order to subsidize a study group to implement the national policy of humanization. It is an exploratory study with descriptive qualitative approach carried out from November 2008 to March 2009. Data collecting was performed by team dynamics and, after the data was organized, it was analyzed using thematic analysis. Twenty-five subjects were interviewed including users, employees and managers. For users, the embracement and humanization are expressed by solution of the problems that affect their health condition. For collaborators, the main focus was the issues of personal relationship. For managers, the understanding on the issue was expressed by the need and obligation to ensure the viability of the offer of assistance. The urgent need to understand the human being as a whole and improve interpersonal relationships in order to have a more welcoming and humanized health care was evidenced.

**Key words:** User Embracement. Humanization of Assistance. Comprehensive Health Care.

---

## ACOGIDA COMO ESTRATEGIA DEL PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN

### RESUMEN

Con el objetivo saber cuál es el acuerdo de usuarios, de colaboradores y de encargados de un hospital de la universidad en abrigo y del humanización de la ayuda a la salud en el SUS, subvencionar el grupo de humanización de la institución, fue llevado con un exploratorio, estudio descriptivo con subir cualitativo, en el período de noviembre de la marcha de 2009. La recogida de datos fue llevada a través por medio de dinámica del grupo y los datos habían sido analizados con análisis temático. Para los usuarios, el abrigo y el humanización habían sido expresos para el resolutive de los problemas que alcanzan su condición de la salud. Para los colaboradores, el foco principal había sido cuestiones de relaciones personales; e para los encargados, era expresa como necesidad y obligación de garantizar la viabilidad de las ofertas de la ayuda. La evidenciaron la necesidad para entender el est humano en su lo completo y para mejorar las relaciones interpersonales de modo que si tiene una ayuda al acolhedora de la salud del humanizada y.

**Palabras clave:** Acogimiento. Humanización de la Atención. Atención Integral de Salud.

---

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde; 2006.

2. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto & contexto enferm. 2005; 14(Especial):125-130.

3. Silva LJda, Silva LRlda, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

- reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2009, 43(3):684-9.
4. Lunardi VL, Barlem ELD, Bulhosa MS, Santos SSC, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Bao ACP, Dalmolin GL. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. Rev. bras. enferm. 2009; 62: 599-603
5. Backes DS. A construção de um espaço-dialógico reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande; 2004.
6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Acolhimento nas práticas de produção de saúde 2.ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. A análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. Rev. APS 2009; 12(2): 119-130.
9. Backes DS, Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Cienc. cuid. saude 2008; 7(3):319-326.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo:Hucitec; 2004.
- Gomes, MCPA; Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, 9 (17): 287-301
11. Gomes, AMA; Moura, ERF; Nations, MK, Alves, MSCF. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. . Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2008, 42(4): 635-642.
12. Maciel CM, Silva AF. Gerenciando pessoas utilizando modelos holísticos. Rev. adm. contemp. 2008; 12(1): 234-238.
13. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública da política de saúde. Cienc. saude colet. 2005; 10(3):561-572
- 14 Mello SB de. A Humanização sob o ponto de vista do Gestor de Saúde. Bol. saúde 2006; 20(2):242-248.

---

**Endereço para correspondência:** Carla Regina André Silva. Rua Visconde de Paranaguá 102 Centro, CEP: 96.201-900, Rio Grande. Rio Grande do Sul.

**Data de recebimento:** 01/12/2009

**Data de aprovação:** 18/03/2011