

CARLA REGINA ANDRÉ SILVA

**ACOLHIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO TRANSVERSAL, ÉTICA,
ESTÉTICA E POLÍTICA NA SAÚDE**

RIO GRANDE

2009



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



ACOLHIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO TRANSVERSAL, ÉTICA, ESTÉTICA E POLÍTICA NA SAÚDE

CARLA REGINA ANDRÉ SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde – Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

**Rio Grande
2009**

616-083

S586a Silva, Carla Regina André

Acolhimento: uma construção transversal ética, estética e política na saúde / Carla Regina André Silva. Rio Grande : FURG, 2009.

85f. ; 31cm

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Dissertação (mestrado) – FURG / Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

1. Acolhimento. 2. Humanização. 3. Assistência. 4. Saúde

CARLA REGINA ANDRE SILVA

**ACOLHIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO TRANSVERSAL, ÉTICA,
ESTÉTICA E POLÍTICA NA SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 21 de agosto de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)

Dra. Rosemary Silva da Silveira
Membro (FURG)

Dra. Dirce Backes Stein
Membro (UNIFRA)

Dra. Valéria Lerch Lunardi
Membro suplente (FURG)

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Ana Paula e Alysson e à minha neta Lauren, que são fontes de inspirações, desejos e de esperança de um mundo melhor, pela compreensão de minha ausência em muitos momentos, pelo carinho, amizade e amor que semeiam em nosso cotidiano em fim por serem estes maravilhosos seres humanos que são e que completam e dão sentido a minha vida.

A minha mãe, Alzira, pela admiração e amor que tenho por ela, por servir como exemplo de pessoa a ser seguido, por participar intensamente da minha construção pessoal e profissional. Os valores da vida não podem ser quantificados e sim expressos em atitudes e ações presentes constantemente em nossos comportamentos cotidianos.

Aos meus irmãos, demais familiares, pessoas queridas, amigos, colegas por compreenderem minha ausência e necessidade de crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Wilson, por aceitar me orientar nesta caminhada, pela paciência, incentivo, dedicação e sensibilidade com experiência, sabedoria e profissionalismo. Meu reconhecimento e muito obrigado!

Às Dras. Dirce e Rosemary, por aceitarem compor a banca avaliadora desta dissertação, pelas valiosas colaborações, compartilhando comigo seus conhecimentos, muito obrigado

À Direção do HU e aos colegas de trabalho em geral e, em particular, à Giovana, Jacqueline e Karen pelos incentivos, apoio, carinho e amizade, minha admiração e reconhecimento.

Aos participantes deste estudo que aceitaram o desafio de exporem suas concepções pessoais sobre o tema, pelo esforço para esta contribuição, dedico a vocês esta conquista.

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem e em especial às professoras Valéria e Hedi, por servirem de fontes de exemplos profissionais e pessoais.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desta caminhada. Meu carinho e muito obrigado!

RESUMO

SILVA, Carla Regina Andre. Acolhimento: uma construção transversal, ética, estética e política na saúde. 2009. 85folhas. Dissertação - Mestrado em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A Política Nacional de Humanização da Saúde (PNHS) é focada na autonomia e no protagonismo dos sujeitos. Utiliza o acolhimento como uma de suas estratégias e defende as relações, interconexões e interdependências. Sua ideologia e filosofia tornaram-se fatores motivacionais para a realização deste estudo, emergindo o seguinte questionamento: Qual é o entendimento e/ou a concepção dos usuários, colaboradores e gestores do HU/FURG sobre acolhimento e humanização da assistência à saúde no SUS? Assim, este estudo utilizou a PNHS como referencial teórico. O objetivo foi “Conhecer o entendimento dos usuários, colaboradores e gestores sobre o acolhimento e a humanização, com vistas ao fortalecimento e instrumentalização do Grupo de Trabalho de Humanização do HU/FURG para implementar a PNHS. É um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de trabalho em grupo e, após, os dados foram organizados, categorizados e analisados através de análise temática. Os sujeitos foram os usuários, os colaboradores e gestores do HU/FURG. Para os usuários, o acolhimento e a humanização foram expressos pela resolutividade dos problemas que atingem sua condição de saúde. Para os colaboradores, o foco principal foram as questões de relacionamentos pessoais. Percebem-se como equilibristas, entre as prerrogativas dos usuários e gestores e, ao desequilibrarem-se, muitas vezes, têm suas condições de trabalho e de saúde alteradas. Para os gestores, o entendimento sobre o tema foi expresso pela necessidade e obrigação de garantir a viabilidade da oferta da assistência, através de recursos materiais, condições financeiras e condições de ambiências. Buscam assegurar o funcionamento do sistema por meio de satisfação dos usuários através de ações pontuais, objetivas e quantitativas. Usuários, colaboradores e gestores demonstraram compreender a essência do significado do acolhimento na assistência à saúde e também como seria uma assistência mais humanizada, embora não compartilhem da mesma concepção sobre o tema. Ficou evidenciado que urge 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. A subjetividade dos diferentes atores parece estar espremida, em meio a fatores da instituição, do município, das políticas e do próprio sistema de saúde nacional, fazendo com que as pessoas entendam o que é acolhimento, mas não se percebam e não se sintam acolhidas e, consecutivamente, não consigam acolher o outro. Assim, ao não experienciarem e não exercitarem as ações de acolher, colaboram para a assistência à saúde ficar mais focada no objetivo de tratamento da doença e, se possível, de cura, reduzindo as pessoas a portadores e tratadores de patologias, esvaziando estes atores de sua essência humana, ao desconsiderar as subjetividades e aspectos integrais de cada ser.

Descritores: Acolhimento. Humanização da assistência. Assistência integral à saúde

ABSTRACT

SILVA, Carla Regina Andre. Host: a transverse construction, ethics, aesthetics and politics in health. 2009. 85 leaves. Dissertation - Master in Nursing - Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The National Policy of Humanization of Health (PNHS) is focused on autonomy and the role of the subject. Uses the host as one of its strategies and support the relationships, interconnections and interdependencies. Its ideology and philosophy have become motivational factors for this study, emerging the following question: What is the understanding and / or the design of the employees / workers and managers of the HU / FURG on host and humanization of health care in the SUS? Thus, this study used the theoretical framework as PNH. The objective was "Meet the understanding of users, employees and managers on the host and humane, with a view to strengthening and instrumentalization of the Working Group on Humanizing HU / FURG to implement PNHS. It is a qualitative study, exploratory and descriptive. Data collection was performed through the working group and, after the data were organized, categorized and analyzed using thematic analysis. The subjects were users, employees and managers of the HU / FURG. For users, the human host and are expressed by resolution of the problems that affect their health condition. For developers, the main focus were the issues of personal relationships. Realize is how to balance between the rights of users and managers, and the slip often have their working conditions and health change. For managers, the understanding on the issue was expressed by the need and obligation to ensure the viability of the offer of assistance, through material resources, financial terms and conditions of environments. Seek to ensure the functioning of the system by means of users' satisfaction with specific actions, objective and quantitative. Users, employees and managers have to understand the essence of the meaning of the host in health care as well as assistance would be more humane, but not share the same design on the theme. It was shown that the urgent need to understand the human being in its entirety and improve interpersonal relationships in order to have a health care more humane and friendly. The subjectivity of the different actors seem to be squeezed in the middle of factors of the institution, the municipality, the policies and the national health system, making people understand what is hosting, but do not understand and do not feel welcomed and consecutively, can not accommodate the other. Thus, the exercise did not experience and not the actions of welcome, to help health care become more focused on the goal of treatment of the disease and, if possible, cure, reducing people to handlers and carriers of diseases, draining from these actors their human essence, to ignore the subjectivity and integral aspects of each being.

Descriptors: Reception. Humanization of assistance. Full health care

RESUMEN

SILVA, Carla Regina Andre. Acogida: Una construcción, transversal, ética, estética y política en la salud. 2009. 85 páginas. Disertación - Maestría en Enfermería - Programa de Post graduación en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Estado de Río Grande. Brasil.

La Política Nacional de Humanización de la Salud (PNHS) está enfocada en la autonomía y el protagonismo de los sujetos. Utiliza la acogida, como una de sus estrategias y defiende las relaciones, interconexiones e interdependencias. Su ideología y filosofía se volvieron factores motivacionales para la realización de este estudio, surgiendo la siguiente pregunta: Cuál es el entendimiento y/o la concepción de los usuarios, los colaboradores/trabajadores y gestores del HU/FURG sobre acogida y humanización de la asistencia a la salud en el SUS? Así, este estudio utilizó la PNH como referente teórico. El objetivo fue: Conocer la opinión de los usuarios, colaboradores y gestores sobre la acogida y la humanización, con vista al fortalecimiento e instrumentación del Grupo de Trabajo de Humanización del HU/FURG, para implementar la PNHS. Es un estudio cualitativo, investigativo y descriptivo. La recolección de datos fue realizada por medio de trabajo en grupos y después, los datos fueron organizados, categorizados y analizados a través de análisis temáticos. Los sujetos fueron los usuarios, los colaboradores y gestores del HU/FURG. Para los usuarios, la acogida y la humanización fueron expresados por la naturaleza resolutoria de los problemas que afectan su condición de salud. Para los colaboradores, el enfoque principal fueron los temas de relacionamientos personales. Se perciben como equilibristas, entre los privilegios de los usuarios y gestores y al desequilibrarse, muchas veces, se alteran sus condiciones de trabajo y de salud. Para los gestores, el entendimiento del tema, fue expresado por la necesidad y la obligación de garantizar la viabilidad de la oferta de la asistencia, a través de recursos materiales, condiciones financieras y condiciones de ambientación. Buscan asegurar el funcionamiento del sistema por medio de la satisfacción de los usuarios a través de acciones puntuales, objetivas y cuantitativas. Los usuarios, colaboradores y gestores, demostraron comprender la esencia del significado de la acogida en la asistencia de la salud y también cómo sería una asistencia más humanizada, aunque no compartan la misma concepción sobre el tema. Quedó demostrado que urge la necesidad de comprender al ser humano en su integralidad y de mejorar las relaciones interpersonales, para que se tenga una asistencia de la salud más acogedora y humanizada. La subjetividad de los diferentes actores, parece estar expresada en medio de factores de la institución, del municipio, de las políticas y del propio sistema de salud nacional, haciendo que las personas entiendan lo que es la acogida, pero no se perciban y no se sientan acogidas y en consecuencia, no consigan acoger a los otros. Así, al no experimentar y no ejercitar las acciones de acoger, colaboran para que la asistencia de la salud esté más enfocada en el objetivo del tratamiento de la enfermedad y si fuese posible, de cura, reduciendo a las personas a portadores y tratadores de patologías, vaciando a estos actores de su esencia humana, al no considerar las subjetividades y aspectos integrales de cada ser.

Descriptor: Acogida. Humanización de la asistencia. Asistencia integral de la salud

Acogimiento . Humanización de la Atención . Atención Integral de Salud

SUMÁRIO

RESUMO

RESUMEN

ABSTRACT

1 - INTRODUZINDO O TEMA	12
2 - O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COM VISTAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE	23
2.1- APRESENTANDO O SUS	25
2.2- A DIMENSÃO ÉTICO-ESTÉTICA DO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	29
2.3 - PNH – UMA INCORPORAÇÃO DE ATITUDES E RESPEITO À VIDA HUMANA PELO RESGATE DA VALORIZAÇÃO E DA SUBJETIVIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	30
2.4 - ACOLHIMENTO - UMA PRÁTICA TRANSVERSAL E ARTICULADA QUE REVELA POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	35
2.4.1 -O Significado de Acolher	35
2.4.2 - O Acolhimento e sua Representatividade na Prática	36
2.4.3 - Interconexões da Estratégia Acolhimento	38
2.4.4 - Fatores Dificultadores no Acolher	38
2.5 - A ENFERMAGEM E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	39
3 - PREPARANDO A TRAJETÓRIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA	43
4 - CARACTERIZANDO O ESTUDO	46
4.1- CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE ESTUDO	47
4.2 - SUJEITOS DO ESTUDO	48
4.2.1 - critérios para a seleção dos sujeitos	49
4.2.2 - Formações de grupo de sujeitos	49
4.3 - ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DOS DADOS	52
4.3.1 - Descrição da dinâmica utilizada	53

4.4 - ANÁLISE DOS DADOS	54
4.5 - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	55
5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1- O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS	57
5.1.1 - A satisfação com os serviços prestados versus os diferentes significados de acolhimento	58
5.1.2 - A efetivação dos princípios do SUS como condição para a humanização	59
5.2- O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS COLABORADORES	61
5.2.1 - Sistema Único de Saúde de todos e para todos	61
5.2.2 - A compreensão da integralidade como condição agregadora de ações e atitudes para desenvolver uma assistência à saúde mais humanizadas	66
5.3 - O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES	67
5.3.1 - Fragilidades no preparo dos servidores públicos frente às políticas de saúde e gestão	67
5.3.2 - Atuação em equipe, um exercício contínuo a ser aprendido e praticado por todos	68
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7 - REFERÊNCIAS	74

1. INTRODUZINDO O TEMA

“A inquietude não deve ser negada, mas remetida para novos horizontes e se tornar nosso próprio horizonte.”

(Edgar Morin)

O interesse pelo estudo da humanização da assistência da saúde emergiu de minha experiência profissional, a partir de inquietações, incertezas, questionamentos e sensações de ansiedades, frente às dificuldades observadas e vivenciadas, no que diz respeito às relações dos diferentes atores e cenários que compõem a área da saúde. Estas inquietações cotidianas motivaram-me a realizar o Curso de Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem da Região Sul (ESPENSUL), tendo como objeto de estudo a humanização do cuidado, e o curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde e Enfermagem, direcionando o estudo à educação permanente na tentativa de conhecer formas de motivar os atores a integrarem-se a um processo que desencadeasse modificações no modo de produzir e viver, tendo como alvo principal as relações interpessoais.

Percebi que a problemática das relações interpessoais é complexa e ampla. Buscando a produção de conhecimentos sobre as relações no trabalho, em organizações da área da saúde e de outros ramos, encontrei como resposta que esta é uma das problemáticas que, na atualidade, acomete e compromete muito o mundo do trabalho, independentemente de sua área de atuação e domínio (MACIEL, 2008).

A empresa humanizada é aquela voltada para os colaboradores e para o ambiente, agregando outros valores que não somente a maximização dos lucros. Realiza ações para a promoção da melhoria na qualidade de vida e de trabalho, visam à construção de relações mais democráticas e justas, contribuem para o desenvolvimento das pessoas sob o aspecto físico, emocional, intelectual e espiritual. Sendo assim, a humanização é uma estratégia inadiável para o crescimento e sobrevivência das empresas de uma forma responsável, visto que estas influenciam fortemente as políticas públicas e a comunidade em que estão inseridas, podendo ser

elementos de transformação para desenvolver práticas de exercício de cidadania (VERGARA; BRANCO, 2001; MACIEL, 2008).

Manejos semelhantes aos destas organizações na área da saúde são entendidos como importantes e tidos como bem sucedidos como constam nos registros de trabalhos apresentados nos I e II Encontros de Pró Humanização do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, respectivamente nos anos de 2007 e 2008, e no 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem, com o tema Integralidade.

Na área da saúde Pública e Coletiva, o Governo Federal na expectativa de qualidade e resolutividade, vem investindo na Política Nacional de Humanização (PNH) para o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o Humaniza SUS. Este programa defende que, para melhorar as relações interpessoais, é necessário investir em educação, valorização e respeito aos sujeitos que constroem o processo do trabalho e dos que se utilizam de seus produtos, sejam eles materiais ou não (BRASIL, 2006a).

A produção de saúde é um processo artesanal coletivo e, em muitos aspectos subjetivo, visto que a condição de bem estar depende da compreensão e necessidade de cada sujeito, no contexto do ambiente em que está inserido, respeitando sua singularidade (SIQUEIRA, 2001; LUNARDI FILHO, 2004). Neste sentido, considero como relevante dar continuidade aos estudos por mim realizados anteriormente sobre esta temática.

Assim, busquei no Curso de Mestrado aprofundar, construir e adquirir mais conhecimentos para melhor produzir saúde através da assistência, utilizando o referencial teórico da PNH, que é focado na autonomia e no protagonismo dos sujeitos, ancorado em uma visão sistêmica¹, que defende as relações, interconexões, a interdependência e a totalidade.

O presente estudo está centrado em uma das diretrizes da PNH, que é o acolhimento. Vislumbrando sua característica de formação de rede e vínculo, incentivando a autonomia de cada sujeito, influenciando os processos de trabalho, direta ou indiretamente, nas diversas áreas das instituições de saúde (BRASIL, 2004).

Muitas pessoas, independentemente da profissão que exercem, são envolvidas

¹ É a visão contextual, defende a totalidade integrativa das partes em um todo integral. As propriedades das partes não são intrínsecas, mas só podem ser entendidas no contexto maior. Tem como critério a interdependência das partes através de interconexões relacionais descritas por uma rede. É a expansão da percepção, da maneira de pensar e dos valores atribuídos à vida (CAPRA, 2006).

por um círculo vicioso em seu processo de trabalho, desenvolvendo uma rotina extenuante, tornando o processo de trabalho automatizado e mecânico, desfavorecendo as relações interpessoais no produzir e porque não dizer no viver mais humanizado, interferindo nos processos de trabalho. Esta interferência dificulta e pode até inviabilizar a elaboração de estratégias no trabalho para promover sistemas saudáveis e sustentáveis², entendidos como uma composição de todos os seres vivos e ambientes, integrados em sua totalidade, de uma forma complexa e dinâmica em um sentido de continuação e expansão.

Entretanto, quando esta rotina se estabelece no cotidiano da profissão virtuosamente, pode gerar a experiência essencial para a prática qualificada. A compreensão integral dos seres vivos, suas interconexões e interdependências formam a teia da vida. Esta é uma rede auto-sustentável em que acontecem compartilhamentos e transferências de experiências, promovendo crescimento, desenvolvendo-se, assim, uma visão sistêmica e integral do todo.

Em algumas das instituições hospitalares e unidades de atendimento da Rede Básica, muitas vezes, observei que involuntariamente os colaboradores³, normalmente vistos apenas como trabalhadores⁴, por estarem envolvidos por uma cultura de fragmentação, parecem desenvolver pouco a percepção de serem integrantes desta Rede. Este fato pode influenciar no modo de estabelecerem as relações consigo e com o outro, nas posturas diversificadas e nos diferentes modos de agir, de assumir responsabilidades e comprometer-se com a promoção da saúde.

Ao demonstrarem este comportamento, deixam de ter como objetivo principal os sujeitos no sentido coletivo, integral e interdependente, voltando-se para um modelo padronizado de atuar referenciado no mecanicismo, sem relacionar as questões da singularidade do ser humano. O fazer-se presente deste modelo nas práticas de saúde pode estar relacionado com as relações individuais e coletivas, com o modo de ser, de fazer, com a construção moral de cada ser humano, sendo uma problemática complexa, por ter sua composição nas atitudes das pessoas influenciadas pelos processos

² Os sistemas são detentores de propriedades do todo que não são encontradas nas partes. As propriedades sistêmicas deixam de existir, quando os elementos são isolados do todo (CAPRA, 2006).

³ Colaborador: quem trabalha com uma ou mais pessoas, em equipe, que atuam em conjunto, quem coopera, quem contribui (SACCONI, 2001).

⁴ Trabalhador: quem aplica força física ou mental na realização de algo, exercer atividade em, quem funciona, aplica esforço humano para produzir riqueza, desenvolve atividades, operário (SACCONI, 2001).

familiares, pelo próprio contexto de trabalho, pela formação profissional e pessoal, no âmbito individual e coletivo (SILVEIRA, 2006).

Na assistência à saúde, nos ambientes hospitalares e ambulatoriais da Rede Básica, ainda parece haver uma sobreposição do modelo individual sobre o coletivo, estando também muito centrado na doença. Dentro deste entendimento a assistência fica muito objetivada, considerando pouco relevantes os aspectos subjetivos dos sujeitos e incentivando pouco a participação e a autonomia dos usuários.

Os profissionais mostram-se soberanos, detentores do conhecimento e das decisões (tratamento). Relações com estas características que expressam exercício de poder e de dominação, não permitem espaço para o diálogo, para a participação e para expressões que permitam transparecer as questões subjetivas que contêm informações relevantes sobre a situação de saúde ou doença dos indivíduos, deixando-os em posição de co-adjuvantes, quando também deveriam ser protagonistas deste momento.

A fragmentação da integralidade do ser humano dificulta as ações de promoção e proteção da saúde, tanto dos usuários quanto dos próprios colaboradores e gestores. Esta condição de divisibilidade gera conflitos, baixa resolutividade, insatisfação com o atendimento recebido e prestado, o não reconhecimento, o desrespeito e a desvalorização das necessidades dos diferentes atores que atuam neste cenário.

Ao mecanizarem-se as relações, deixa-se de considerar o homem como ser único e rotulam-se todos como se não possuíssem sentimentos, experiências, passado, presente e futuro, desconsiderando as características individuais que compõem a importância de cada ser no todo. A discriminação, o preconceito, o medo e a ignorância lutam lado a lado contra a generosidade, a solidariedade, a fraternidade e a compaixão. Uma luta entre comportamentos (WALDOW, 2001).

Tem sido percebido, através de registros em trabalhos científicos, na ouvidoria institucional, em sugestões e em conversas informais no âmbito do HU/FURG, que a causa do descontentamento dos usuários, dos colaboradores, dos gestores, dos discentes e dos docentes, pouco se relacionam com a prática profissional, com as técnicas ou tecnologias e maquinários disponíveis. Em muitas ocasiões, as sensações de insatisfações foram externalizadas em comentários sobre as fragilidades dos comportamentos individuais e na qualidade das relações interpessoais dos vários

segmentos envolvidos na assistência à saúde (LUNARDI, 2000; SIQUEIRA, 2001; SILVEIRA 2006).

As manifestações relatadas, percebidas e a aparente forma de agir dos colaboradores podem ser caracterizadas por relações de isolamento, distanciamento emocional, insatisfação com as condições de trabalho, até mesmo de desconsideração e de desrespeito consigo e com o outro, desconhecimentos dos entraves administrativos do serviço público que dificultam ações que poderiam ser de simples resolução. Parece que, com o passar do tempo, mais difícil ficam os relacionamentos interpessoais, ou seja, parecem estar cada vez mais diluídas as questões de humanização do ser humano.

Para alcançarmos um bom relacionamento com o outro, é fundamental compreender nossos sentimentos, pensamentos e nosso modo de agir. Além deste autoconhecimento, se faz necessário estabelecer interconexões e inter-relações respeitadas com os demais atores, porque os seres humanos são seres sociais e representam partes singulares de um todo que é coletivo.

Portanto, resgatar/criar ações de humanização é vital no momento atual para a sobrevivência das instituições e empresas, em particular na área da saúde do SUS. (WALDOW, 2004). E acrescento que o ser humano precisa humanizar-se para assegurar sua vida e a vida do planeta que habita, pois não tem condições de sobreviver como parte isolada deste sistema, sem perder sua essência humana.

Para a assistência à promoção da saúde ser mais eficiente e eficaz, precisa-se de atitudes dos atores que possam gerar mudanças no cenário. Entendo ser necessário verificar a concepção e compreensão dos colaboradores e gestores acerca das ações de Humanização. Saber, também, se existe o desejo do engajamento ou não dos profissionais de exercerem sua autonomia para ativar este processo.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) avalia algumas fragilidades e define alguns problemas, caracterizando-os como desafios entre eles: a clínica degradada; as fragmentações do processo de trabalho, das relações e da rede assistencial; a desvalorização do trabalhador do SUS, a precariedade das condições de trabalho, os salários inadequados, a inadequação ou inexistência de Plano de Cargos, Comissões e Salários (PCCS), ausência ou

insuficiência de investimentos na qualificação dos profissionais, acarretando a inexistência de oferta de formação e sua inadequação às necessidades dos colaboradores; gestão caracterizada por verticalismo,, corporativismo, não profissionalização e subfinanciamento (Brasil, 2006a).

Estas fragilidades configuram a fragmentação atual do sistema de saúde e o desafio lançado nesta política, é interconectar as partes com autonomia de ação, de uma forma respeitosa e responsável, tornando-se um todo, ou seja, um sistema. Estas interconexões e atuação sistêmica não resolverão na totalidade as problemáticas da assistência à saúde deste país, que possui inúmeras diferenças sociais, políticas, econômicas, culturais, geográficas, mas será um grande avanço em qualidade e resolutividade traduzidos em satisfação dos usuários e dos colaboradores.

Partindo de minhas vivências, inquietações e do referencial teórico adotado para embasar e nortear este estudo, surgiu o seguinte questionamento: **Qual é o entendimento dos usuários, colaboradores e gestores do HU/FURG sobre o acolhimento e a humanização da assistência à saúde no SUS?**

Em busca de respostas e conhecimentos a esta questão, é que pretendi realizar este estudo com o intuito que pudesse servir de base de esclarecimento e instrumento de facilitação para o grupo de trabalho de humanização (GTH) do HU/FURG e para o desenvolvimento de estratégias, visando ao desenvolvimento e construção de novas posturas, de novos modos de ser e fazer, para proporcionar maior compreensão aos atores envolvidos no processo de produção de saúde. Salientar e dar ênfase acerca da importância da participação e envolvimento de todos na cooperação de um fazer ético, autônomo, comprometido com a humanização da assistência à saúde para a implementação da PNH. O despertar de discussões sobre a compreensão dos profissionais acerca dos comportamentos individuais e coletivos, gestão participativa, autonomia e atuação dos sujeitos, cultura de solidariedade e responsabilidade podem contribuir para a construção institucional e conjunta de conceitualizações, partindo dos entendimentos e vivências anteriores dos sujeitos, através de discussões problematizadoras, envolvendo os diferentes atores do SUS.

A humanização da assistência à saúde pode ser ancorada no acolhimento, que é estratégia que envolve ações interligadas como o acesso aos serviços, formação de

vínculos e resolutividade. Os usuários e colaboradores dos serviços de saúde são os protagonistas da efetivação do acolhimento e este por sua vez precisa ser focado nos sujeitos, podendo ser precursor da implementação da PNH, cumprindo as Diretrizes do SUS.

A revisão teórica sobre o tema acolhimento traz a necessidade do olhar do usuário complementar ao do colaborador, do gestor e vice-versa, apontando as fragilidades do sistema e expondo também seus aspectos positivos como área física, localização, processo de trabalho, demanda reprimida, qualificação da equipe e modelos assistenciais traçados coletiva e politicamente. O acolhimento tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários do SUS, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho, promovendo a humanização da assistência à saúde (BRASIL, 2006c).

Para esta intenção de acolher concretizar-se, fazem-se necessárias ações como conhecer o entendimento dos diferentes atores envolvidos sobre o assunto, desenvolver uma postura profissional de reorganização dos processos de trabalho e de administração pública descentralizada nas diversas formas de atenção do Sistema de Saúde, respondendo às expectativas apresentadas por usuários, colaboradores e gestores (BRASIL, 2006d).

A presença solidária do profissional da saúde requer habilidade humana e científica, para construir um vínculo de confiança com o usuário e seus familiares com o intuito de acolher, ou seja, de atender de uma forma digna (MEZZOMO, 2003; PESSINE, 2006; BACKES, 2006a). Portanto, tendo em vista o questionamento apresentado e a definição do tema da dissertação, apresento como **objetivos:**

- **Conhecer o *entendimento* dos usuários, colaboradores e gestores sobre acolhimento como estratégia da PNH.**

- **Fornecer subsídios para o grupo de trabalho de humanização (GTH) da instituição HU/FURG com o intuito de compartilhar experiências e auxiliar a novas vivências alicerçadas em conhecimento científico para implementar a PNH.**

2. O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA COM VISTAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE

“De tudo, ficaram três coisas: A certeza de que estamos sempre começando... A certeza de que precisamos continuar... A certeza de que queremos ser interrompidos antes de terminar... Portanto, devemos: Fazer da interrupção um novo caminho... Da queda um paço de dança... Do medo, uma escada... Do sonho, uma ponte... Da procura, um encontro...”

(Fernando Pessoa)

Na promoção da saúde⁵, devem-se valorizar experiências e capacidades dos seres humanos, buscando explorar ao máximo estas potencialidades para que haja compreensão e conhecimento sobre a condição humana. As pessoas precisam ser entendidas como seres biopsicossociais e espirituais, para que sejam atendidas integralmente e de forma humanizada. A busca de ações humanizadas na assistência à saúde ancora-se em princípios éticos, conhecimentos sólidos e na consideração da essência humana em seus aspectos intersubjetivos.

O processo de humanização da assistência tem como prioridade as relações interpessoais, valorizando e respeitando o ser humano em suas diferentes interfaces com o mundo. Assim, a humanização torna-se um processo contínuo de construção e educação dos diferentes atores envolvidos, baseado na consciência existencial de si e do outro (SILVA, 2003; BRASIL, 2006a).

A humanização deve incluir competência, tecnologia, educação, cortesia, ética, afetividade, respeito, autonomia, co-responsabilidade, resolutividade, visão sistêmica com ênfase na integralidade, atenção e presença. A realização de procedimentos técnicos e o uso de equipamentos tecnológicos não bastam para realizar com excelência a assistência à saúde. É necessário interconectar técnicas, conhecimentos, sensibilidade e educação para atribuir-se a si e aos demais atores envolvidos nas ações assistenciais dignidade e valorizar a vida em sua plenitude.

A humanização da assistência à saúde não deve ter o intuito de Marketing

⁵ Promoção da saúde é entendida como ações, estratégias e compromissos individuais, coletivos e políticos na busca de condições que garantam o bem estar geral dos sujeitos respeitando os contextos que estão inseridos.

Social, mas sim ser compreendida como uma forma eficiente e de eficácia de gerenciamento. É um meio de promover qualidade na assistência e qualidade de vida para o usuário e para os colaboradores e gestores. Evidencia a qualidade do serviço oferecido, englobando os usuários, colaboradores e gestores em ações de coresponsabilidade, comprometimento, ética e exercício de cidadania (MEZZOMO, 2003; BRASIL, 2006a).

No intuito de centrar como foco a assistência à saúde e não mais o tratamento da doença e de promover equidade, integralidade, universalidade e participação a todos os cidadãos brasileiros, foi instituído pela Constituição brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Este sistema representa mais do que mudança de gerenciamento das ações de saúde, pois preconiza a prevenção de doenças e seus agravos e estende-se ao controle, vigilância sanitária, vigilância ambiental, dentre outros, que possam, de alguma forma, influenciar na saúde dos cidadãos. Desta forma, envolve e interliga as diversas políticas que norteiam a saúde no Brasil. O SUS participa inclusive de políticas internacionais que estudam e decidem os impactos de ações dos homens para o planeta como um todo (BRASIL, 1990a).

Nesta perspectiva, buscando melhorar a abrangência e o alcance dos objetivos do SUS, que são centrados na integralidade dos seres humanos, emergiu de encontros e conferências a proposta da humanização da assistência à saúde. Para satisfazer esta necessidade que despontava com muita força, foi desenvolvido o programa Humaniza SUS, o qual propõe várias ações que em conjunto, originaram a PNH.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este assunto foi também o tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2003, o diagnóstico de insatisfação dos usuários referente à forma de relacionamento com os profissionais de saúde serviu como subsídio para justificar a substituição da PNHAH para a Política Nacional de Humanização da Saúde (PNHS), ampliando seus objetivos e metas para englobar com estas estratégias toda ação de promoção da saúde.

Portanto, a humanização da assistência à saúde propõe que os participantes, que são os usuários, profissionais e gestores, influenciem-se, enriquecendo suas relações reciprocamente, pois a saúde não é só uma questão de fazer, mas, também,

de ser um direito assegurado constitucionalmente, diante da necessidade de atendimento gerado pela doença, e um dever ético, profissional e humano do trabalhador da saúde gerado pelo seu contrato de trabalho (MEZZOMO, 2003).

2.1 APRESENTANDO O SUS

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco histórico. Aconteceu em março de 1986, logo após o fim do período da ditadura, impulsionando e disseminando a Reforma Sanitária, resultando na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo a primeira CNS a ser aberta à sociedade (BRASIL, 2008).

O SUS constituiu um marco da história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Anteriormente à sua promulgação, a saúde era de responsabilidade do Ministério da Saúde, que enfatizava a assistência médico-hospitalar. As pessoas que não trabalhavam com carteira assinada e não contribuíam com a previdência social eram consideradas e tratadas como indigentes, acentuando as desigualdades sociais. As instituições filantrópicas é que as assistiam, em caráter de caridade. Os objetivos do atendimento eram concentrados em tratar a doença, portanto bastante diferentes do que é preconizado pelo SUS, que é a promoção da saúde (BERTONE, 2002).

O I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde contribuiu significativamente para as mudanças contempladas com a criação do SUS, que tem como finalidade modificar/diminuir a desigualdade na promoção e assistência à Saúde, no sentido individual e coletivo, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibido atribuir qualquer espécie de encargos ou despesas diretamente ao usuário (BRASIL, 2000).

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 criou o o SUS e a Lei nº 8142/90 o fundamentou. Os princípios do SUS são: a universalidade, a integralidade e a equidade, reconhecidos como princípios ideológicos ou doutrinários; a descentralização, a regionalização e a hierarquização denominados como princípios

organizacionais e o princípio da participação. Esta Lei contempla ainda outros princípios que são: a preservação da autonomia das pessoas, na defesa de sua integridade física e moral; o direito à informação sobre a sua saúde; a divulgação de informações, quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; a epidemiologia, como meio para o estabelecimento de prioridades; a alocação de recursos e a orientação programática; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos, evitando duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a). Os princípios ideológicos, organizacionais e da participação são os que melhor descrevem aspectos democráticos e inclusivos de todos os cidadãos na promoção e produção de saúde.

A Universalidade é baseada na assertiva "a saúde é um direito de todos", portanto, não podendo acarretar discriminação do usuário por raça, classe social ou por qualquer outro critério. A Integralidade inclui ações e estratégias preventivas e curativas, individuais e coletivas, devendo ser consideradas e respeitadas as necessidades das pessoas ou dos grupos em sua dimensão ampla, compreendendo que o homem é um ser biopsicosocial e espiritual. A Eqüidade diz que todos devem ter igualdade de acesso ao SUS e que as ações de saúde no Brasil devem ser adequadas às variações sociais, econômicas, geográficas, culturais, religiosas e políticas, regionais e nacionais. A Igualdade não consiste em tratar a todos de mesma forma, mas sim tratar a todos conforme suas diferentes necessidades, promovendo a igualdade e garantindo a saúde a todos (BRASIL, 1990a).

A descentralização do SUS existe em três níveis ou esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas no número da população e suas características e no tipo de serviços necessários e oferecidos e não no número de atendimentos. Na Hierarquização e Regionalização dos serviços de saúde, acontece uma divisão para o seu

gerenciamento descentralizado em nível municipal, estadual e federal e, para a assistência, uma divisão por complexidade; o nível primário, que atua com a prevenção; o secundário, que atua com o tratamento e o terciário que atua com a recuperação. Os recursos financeiros do SUS vêm dos impostos e contribuições sociais pagos pela população (BRASIL, 1990a).

O estado é representante da população, devendo defender os interesses dos seus representados, mas para vivenciarmos esta realidade, se faz imprescindível a participação de todos os atores, de uma forma integrada, interconectada, interdependente e responsável. Dizer que o estado é responsável não exime o indivíduo e a sociedade de suas responsabilidades para consigo, com os outros e com os ambientes (BRASIL, 1990b; MEZZOMO, 2003).

O SUS visa à promoção da saúde, priorizando a prevenção, em um processo democrático, propiciando à população conhecer seus direitos, deveres e os riscos à sua saúde e incentivando a participação popular; o controle do aumento e da propagação de doenças (Vigilância Epidemiológica); o controle da qualidade da água, do solo, do ar, de medicamentos, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Ambiental e Sanitária (BRASIL, 1990a).

A Participação da comunidade no controle social, possibilita aos usuários participarem das ações e do processo de gestão do SUS, direito este assegurado pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde, em que a comunidade, através de seus representantes, pode opinar, definir e acompanhar a execução e fiscalização das ações de saúde nas três esferas de governo.

O Sistema Único de Saúde envolve uma rede de serviços que incluem: Unidades Básicas de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviços ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para

garantir o atendimento a toda população de uma determinada região. Tem como sua grande meta ser um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade independentemente do poder aquisitivo, contribuição previdenciária ou concepção política do cidadão.

Um dos maiores desafios do SUS é promover o exercício da autonomia e da cidadania do ser humano tanto como usuário quanto trabalhador (BRASIL, 2000). Precisa-se apostar no desenvolvimento de estratégias para incentivar a práxis da saúde, buscando novas atitudes, posturas e comprometimento para que todos possam exercer os Direitos e Deveres assegurados na Constituição Federal, desde o direito à saúde até a participação popular, no sentido de que a promoção da saúde aconteça individual e coletivamente, envolvendo o país em uma compreensão que a saúde é um dever do estado, mas que este fato não extingue a responsabilidade individual, coletiva e social deste processo (MEZZOMO, 2003; BRASIL, 2005).

Existem inúmeras manifestações dos usuários em relação a um atendimento insatisfatório, com ênfase nas relações. Ao mesmo tempo, cada vez mais, os profissionais da área da saúde manifestam seus sentimentos de desrespeito e desvalorização de sua profissão e até mesmo pessoal, por parte da comunidade que assistem. As queixas referentes a relacionamentos interpessoais acumulam-se de ambos os lados, parecendo não ser fácil estabelecer relações pautadas na ética, no respeito aos direitos e deveres dos sujeitos envolvidos. Para tanto, é preciso desenvolver ações e estratégias de assistência à saúde efetivas, eficientes, eficazes e sustentáveis, em que usuários, trabalhadores e governantes lutem unidos pelo mesmo objetivo que é a promoção da saúde (BRASIL, 2003a).

O quantitativo de recursos humanos, com base nos dados do Governo Federal e na avaliação da Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2005, mostra-se satisfatório, de acordo com o número de habitantes no país. Porém, existem desigualdades, no que diz respeito à distribuição da população e de profissionais nas diferentes regiões, gerando dificuldades de atuação. Apesar destas dificuldades, nos últimos dez anos, houve uma melhora significativa na qualidade de vida da população. Em virtude da distribuição e permanência desuniforme de profissionais e concentração

de população, a política de reposição de pessoal e fórmula usada para calcular pelo governo o quantitativo de recursos humanos necessário para atuar nos serviços públicos que participam da promoção da saúde, os profissionais parecem cansados e, em conversas informais, relatam sentirem-se sobrecarregados (BRASIL, 2006 a).

Avaliando os resultados baseados nos registros dos centros de pesquisa como a FIOCRUZ, IBGE, dentre outros, pode-se dizer que o SUS originou melhorias na qualidade de vida da população, expressa nos indicadores de saúde nacionais e internacionais de desenvolvimento humano. Constitui-se no modelo oficial público de atenção à saúde em todo o território nacional, sendo considerado pela OMS, internacionalmente, como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. No entanto, ainda há lacunas, pois permanecem fragilidades em seu processo, visto que o SUS tem cerca de duas décadas, portanto, jovem para um programa tão amplo, em um país com tamanha diversidade cultural, geográfica, econômica e vasta extensão territorial (BRASIL, 2006a).

2.2 A DIMENSÃO ÉTICO-ESTÉTICA DO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

A formação ética dos profissionais da área da saúde é uma construção individual e coletiva e estes mostram-se carentes de discussões sobre o assunto, que auxiliem a superar os obstáculos epistemológicos, os quais retardam de muitas formas o ato de conhecer. Necessitam romper com experiências casuais, submetendo-se às formulações do pensamento, às conjecturas e refutações (URBAN, 2003).

A humanização da saúde relaciona-se com a ética, ao estimular uma reflexão crítica que interpreta, discute e problematiza o comportamento humano. Expressa-se pelo caráter e qualidade da assistência, considerando os desejos, as necessidades e os interesses dos atores envolvidos. Abrange as necessidades psicobiológicas, sociais, educacionais e espirituais, que se relacionam com a assistência à saúde, buscando entender cada pessoa em sua singularidade. Portanto, para humanizar, é indispensável

adotar uma postura ética, de respeito ao outro e a si mesmo (FORTES, 2004). Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, determina que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa deve

(...) estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conduta e no comportamento dos sujeitos, como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do SUS, bem como acompanhar sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 2.524, de 19 de outubro de 2006, instituiu a Comissão de Ética da saúde. Os objetivos desta comissão são: organizar a gestão da ética pública no Ministério da Saúde e fortalecer a gestão do SUS; contribuir para a promoção da ética democrática e pública; prevenir desvios de conduta ética; estabelecer um marco de referência sobre avaliação do tema ética, a avaliação da postura ética do servidor e do empregado público. Esta comissão, também, tem como responsabilidades, ações estratégicas, tais como: velar pelo respeito ao princípio do interesse público, na esfera do SUS; promover ações que visem a organizar efetivamente a promoção da ética pública no SUS; contribuir para a promoção da ética democrática e pública, por meio de ações preventivas; estabelecer diretrizes éticas, no âmbito do SUS; estimular, por meio da gestão estratégica e participativa, o desenvolvimento da consciência ética e a responsabilidade de todos pelo que é público; contribuir para o aprimoramento tecnológico do sistema de gestão da ética pública (BRASIL, 2006a).

2.3. PNH – UMA INCORPORAÇÃO DE ATITUDES E RESPEITO À VIDA HUMANA PELO RESGATE DA VALORIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A humanização não é algo moderno, mas é evidenciada como necessidade inerente à condição humana desde os primórdios da história. A humanização é a essência da razão e se faz pela educação, construção e transformação do processo cultural e tecnológico, podendo ser considerada como a inviolabilidade dos indivíduos à sua autonomia e justiça, portanto sendo considerada como uma questão ética, estética e política. A mudança de paradigmas pode ocorrer a partir da metamorfose de crenças,

opiniões e valores que se consideram importantes e esta mudança acontece de forma transversal, dialógica, refletindo e questionando: quem somos? Onde estamos? Por que estamos? Quais são nossos papéis? Quais são nossas responsabilidades? Quais são os compromissos e comprometimentos com os outros e conosco mesmos e com os demais sistemas que fazemos parte? Que consciência temos dos contextos em que estamos inseridos?

As discussões sobre humanização surgiram de uma doutrina filosófica atribuída a Sócrates, por duvidar da existência de deuses oficiais e promover reflexões sobre a problemática humana. Sua filosofia entrava nas casas e obrigava as pessoas a pensar na vida acerca do bem e do mal. Ele foi acusado por corromper a juventude, sendo condenado à morte, em 399 a.C. Cícero, um dos grandes estóicos, sintetizou este entendimento, descrevendo que a humanidade é sagrada, criando as primeiras instituições de caridade para os pobres e doentes. Estes dois filósofos concentravam suas idéias nos seres humanos, atribuindo-lhes a responsabilidade pela vida social e pela cumplicidade, solidariedade e compaixão entre as pessoas, elegendo a razão como base das percepções (BRASIL, 2006a).

As percepções têm como base a razão e esta, por sua vez, é embasada na cidadania, na responsabilidade, na solidariedade e na união dos seres humanos. É uma consequência ética e moral oriunda da reforma do pensamento focada no entendimento do conjunto, fruto da problematização do tema humanização (MORIN, 2004).

A humanização se constitui em um processo de exercício de cidadania, que valoriza o subjetivo do ser humano e de transformação cultural, não limitado às instituições prestadoras de serviço de assistência à saúde. Estende-se à sociedade, à política, à economia, ao uso das tecnologias e à organização do trabalho. Requer capacitação dos profissionais, valorização da vida humana sem diferenças e exercício de cidadania, criatividade e democracia. Humanizar a assistência à saúde significa entender cada pessoa em sua singularidade, assim, preservando a dignidade do ser humano e possibilitando uma transformação cultural, através da ética e do respeito ao outro (FORTES, 2004). Portanto, humanização significa valorizar, respeitar e estimular o ser humano – colaborador que produz assistência à saúde e o usuário do serviço (BACKES, 2004).

As discussões sobre a humanização da assistência à saúde podem ter se originado nas fundamentações da Declaração Universal dos Direitos humanos, que afirma: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (BRASIL, 1948; MEZZOMO, 2003). Em meados dos anos 70, emergiram reflexões mundiais sobre os direitos dos pacientes, resultando na primeira Declaração de direitos dos mesmos, emitida pelo hospital Monte Sinai, nos Estados Unidos da América (FORTES, 1998).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em Alma Ata, em 1978, defendeu que o meio social e o ambiente seriam os determinantes da saúde e que as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente deste processo. Reafirmou que a saúde é um estado de bem-estar completo, devendo ser um direito básico.

No Brasil, o SUS é instituído e seus princípios e diretrizes referem-se, de forma direta e indireta, à humanização da assistência à saúde (FORTES, 2004). A implementação da política do SUS ainda enfrenta barreiras de difícil transposição para efetivar a humanização da assistência à saúde como: a fragmentação do processo de trabalho, das relações entre os sujeitos e da própria rede assistencial; o despreparo para lidar com a subjetividade; a burocratização; a verticalização; os baixos investimentos na qualificação dos trabalhadores; os poucos dispositivos para a co-gestão, valorização e inclusão dos gestores, colaboradores e usuários no processo de produção de saúde; o desrespeito aos direitos dos usuários; a formação dos profissionais de saúde distante da participação da formulação das políticas públicas de saúde; o controle social frágil e o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta. Baseado nestas constatações é que se fez necessária a PNH, que prevê mudanças no modelo de atenção à saúde, em conjunto com mudanças no modelo de gestão (BRASIL, 2006a).

Em 2003, aconteceu um intenso debate entre técnicos, gestores e profissionais da saúde, defensores da efetivação do SUS, sendo elaborado um documento base (cartilha) para gestores e trabalhadores do SUS, enfatizando a integralidade, a universalidade, a equidade e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos

saberes e recebeu o nome de Humaniza SUS. Este documento sugere uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os colaboradores, incentivando o trabalho coletivo, na direção de um SUS acolhedor e resolutivo. Defende as diversidades como produção de novas tentativas existenciais e experienciais do ser humano e descreve a PNH com seus objetivos, princípios, diretrizes, estratégias e dispositivos.

A PNH tem como objetivo atender as demandas subjetivas dos usuários e colaboradores dos serviços de saúde. Transita no entendimento da integralidade e no respeito aos direitos das pessoas pela superação das práticas fragmentadas que secundariam a subjetividade dos usuários.

Esta proposta é uma construção ético-estética e política. Ética porque implica atitudes dos sujeitos, desencadeando co-responsabilidades, tornando a defesa da vida como eixo de suas ações. Estética porque relaciona o processo de saúde e subjetividade humana pela autonomia e pelo protagonismo, voltado para invenções das normas que regulam a vida. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas e da gestão do SUS e por ser na *polis*, que é forma de relação entre os homens, em que as relações sociais e de poder acontecem e que o mundo se constrói (BRASIL, 2006a).

Por tramitar nos Programas do Ministério da Saúde, promovendo a intersectorialidade, representa uma política do/no coletivo, que desidealiza o homem, e pensa no humano como experiências concretas dos homens. Sendo assim, é considerada uma política pública. A PNH atua construindo relações transversais e interconectadas com outras áreas que aumentam a comunicação intra e intergrupos, ampliando as fronteiras do saber e desestabilizando os territórios de poder instituídos nas relações de trabalho.

A PNH busca ampliar o entendimento de humanização, passando a ser uma construção coletiva que emerge de atitudes e compromissos éticos-políticos, de forma sistemática e interdependente. Desta forma, a operacionalização dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, almejando trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e a produção de sujeitos, ao articular as práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo, almeja contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e

usuários. O estímulo para desenvolver esta política vem pela identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006a).

A PNH pressupõe que, para operacionalizar a humanização do SUS, precisa haver a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede, com equipes multiprofissionais; a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde; o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS e, principalmente, o resgate dos fundamentos que norteiam o SUS, reconhecendo os sujeitos como protagonistas das ações de saúde e de construção de redes solidárias e interativas. O acolhimento traduz-se pela postura e prática nas ações que favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso entre serviços de saúde, usuários e equipes, através de uma cultura de solidariedade e legitimação do sistema público de saúde, envolvendo e valorizando os diferentes sujeitos (BRASIL, 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e).

Partindo da compreensão e valorização de todos os envolvidos na promoção da saúde, considerando que os usuários são sujeitos capazes de participar de forma autônoma do seu projeto terapêutico, instigando que colaboradores e usuários problematizem a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade da saúde, temos a clínica ampliada. Este é um instrumento para evitar a fragmentação e o reducionismo da saúde a um diagnóstico ou à burocratização. Isso porque as tomadas de decisão precisam acontecer em espaços coletivos, analisando as informações recebidas e envolvendo os diferentes atores nas decisões, tornando-os co-responsáveis pela eficiência e eficácia da saúde pública e coletiva e também individual (BRASIL, 2006e).

A co-gestão e gestão participativa são o compartilhamento das práticas de cuidado e gestão para configurar o fortalecimento de redes, estabelecimento de novas formas e pactos sustentáveis pelos sujeitos que estão envolvidos nos processos de saúde. A garantia do acesso de visitantes a unidades de internação busca manter o usuário ligado ao seu projeto de vida, garantindo o elo com sua rede social. Portanto, a visita aberta estabelece o direito de receber pessoas na unidade de internação ou

contar com acompanhante, pois as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que constituem fatores individuais, familiares e extrafamiliares, enfim, redes multi-sociais (BRASIL, 2006d).

2.4 - ACOLHIMENTO - UMA PRÁTICA TRANSVERSAL E ARTICULADA QUE REVELA POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O acolhimento é um dos dispositivos da PNH que influencia diretamente, no mínimo quatro princípios do SUS, que são a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular, através do controle social. Ao estabelecerem vínculos, os usuários, colaboradores e gestores do SUS constroem relações de confiança fortes e sólidas que, ao considerar as singularidades e a subjetividades dos sujeitos, contribui para o alcance de um nível mais alto de resolutividade da assistência à saúde. A revisão teórica sobre acolhimento traz a necessidade de rediscutir problemáticas que acompanham os serviços que prestam assistência à saúde, bem como as dificuldades e facilidades de acesso, localização geográfica, adequação dos ambientes, processos de trabalho, demandas reprimidas, qualificação das equipes e modelos assistenciais traçados politicamente (BRASIL, 2006c).

O discurso sobre o acolhimento gera controvérsias por ser entendido como a possibilidade de manter os serviços funcionando sem considerar os limites de recursos humanos, físicos, materiais e até financeiros das instituições. Esta idéia que as demandas de atendimento na saúde, o tempo de espera e as filas poderão ser reduzidos com a implementação desta estratégia provoca descrença e desconfiança nos usuários, colaboradores e gestores. Porém, o acolhimento, que é uma tecnologia leve⁶, de baixo custo e eficiente, representa atitudes relacionais que podem gerar bons resultados na assistência à saúde, através do enfrentamento e discussão dos problemas de forma aberta e participativa. Sendo assim, os resultados dependem das

⁶ Segundo MEHRY ET AL. (1997), é expressa como o processo de comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidade de ações de saúde.

realidades e interconexões das equipes, dos usuários, dos gestores, da comunidade. Dessa forma, a participação popular, a co-gestão e a co-responsabilidade são instrumentos poderosos para desenvolver o acolhimento de uma forma não utópica (MEDEIROS, IUNG E COMUNELLO, 2007).

2.4.1 O significado de acolher

Acolher é transpor a individualidade e o verticalismo. É uma atitude de inclusão, que implica estar em relação com algo ou com alguém. É uma ação de aproximação. É um “estar com” e “estar perto de”. Portanto, é uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH (BRASIL, 2006). Ao reconhecer o compromisso com o outro, considerar e respeitar suas diferenças, alegrias, dores, seu modo de estar e sentir a vida, pratica-se um acolher ético. Ao trazer para o cotidiano da produção de saúde estratégias que dignificam a vida e o viver, pratica-se um acolher estético. E, ao buscar o compromisso coletivo nos diferentes encontros, valorizando a vida em um “estar com”, desenvolve-se um potencial político (BRASIL, 2006c).

Ações humanizadas na saúde desenvolvem uma nova visão para a assistência, definida por um exercício de cidadania por intermédio de convivências respeitadas em um ambiente acolhedor, que possibilita intervenções não focadas na doença, mas no processo de assistência à saúde, de uma forma resolutiva (BRASIL, 2006a). O acolhimento consiste em estabelecer relações entre os sujeitos e reorganizar a assistência, de modo a contemplar os princípios do SUS. É um dispositivo importante para a co-produção da saúde (TEIXEIRA, 2003). Tem por objetivo buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários do SUS, assumindo a condição de reorganizador do processo de trabalho, promovendo a humanização do atendimento, em cumprimento às Diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).

2.4.2 O acolhimento e sua representatividade na prática

O acolhimento faz-se presente no cotidiano profissional e pessoal pelas relações e encontros na vida, devendo ser um exercício praticado e reafirmado diariamente. A ausência de sentimentos de co-responsabilidade com os ambientes, com a vida do outro e até com a própria vida são atitudes de indiferença, diante do outro e de si mesmo, produzem e reproduzem isolamento do contexto em que se está inserido e dissocia a autonomia de se produzir como sujeito e o “estar” na vida, deixando de acolher o outro e a si mesmo na essência do viver (BACKES, 2004; BRASIL, 2006a; 2006c; 2006d).

O Ser humano precisa ser visto de forma integral, tendo sua singularidade e subjetividade respeitadas, de modo a contribuir para a promoção e manutenção da saúde, através do controle social, da participação, da co-responsabilidade e do exercício de sua autonomia, evitando tornar a saúde um simples produto, com altos valores financeiros atribuídos. Assim, a PNH, por ser política construída coletivamente e para o coletivo, é um desafio sofisticado, por ser e se fazer no encontro singular das pessoas (MINAYO, 2000).

Na prática de produção da saúde, exames e procedimentos de alto custo são solicitados por parte dos profissionais e exigidos pelos usuários, aumentando as demandas, a espera e sobrecarregando o sistema e os trabalhadores. O acolhimento faz-se por meio da escuta crítica, do diálogo, do respeito, da compreensão e da valorização da subjetividade dos sujeitos; é uma tecnologia que auxilia na resolução de inúmeras problemáticas sociais, econômicas e políticas que acometem a condição de saúde. Desse modo, o mercantilismo da saúde é um grande entrave na efetivação do SUS e pode ser alterado e enfraquecido pela PNH que, através de ações estratégicas, usa o acolhimento como dispositivo de transformação cultural. A PNH é uma política ampla, complexa e extensa e o acolhimento é um dispositivo estratégico que simplifica a sua compreensão e implementação e efetivação do SUS (MEDEIROS; IUNG; COMUNELLO, 2007).

Esta ação de acolher concretiza a necessidade de uma postura profissional, de reorganização do processo de trabalho e busca garantir, nos diversos pontos de atenção do Sistema de Saúde, respostas às demandas apresentadas pelos usuários (TEIXEIRA, 2003). Para o acolhimento ser eficaz, é preciso efetivar a descentralização

dos desejos de sua concretização, não podendo ser centrado em categorias profissionais, mas nos sujeitos como integrantes principais de uma instituição ou organização. Portanto, o acolhimento, quando se refere à PNH, deve ser um dispositivo dinâmico, respeitando e valorizando as diversidades da rede pública de saúde, sensibilizando-se para os problemas levantados, a partir de uma construção coletiva e participativa, buscando desenvolver cada vez mais a autonomia e a cidadania dos sujeitos (MEDEIROS; IUNG; COMUNELLO, 2007).

2.4.3 Interconexões da estratégia acolhimento

Acesso, formação de redes de vínculos, resolutividade, clínica ampliada, visita aberta, atuação em equipe multiprofissional são dispositivos interligados que corroboram para a efetivação da PNH. Como elo de interligação encontra-se o acolhimento que, através da valorização dos sujeitos, com ênfase nas relações interpessoais dos usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, busca colocá-los no papel principal de colaboradores para o cumprimento das diretrizes do SUS (MEDEIROS; IUNG; COMUNELLO, 2007). O acolhimento também tem ligações com ambiência, pois sugere a criação de espaços acolhedores, nos sentidos de privacidade, facilitação de acesso a portadores de necessidades especiais, local de encontros para interação dos sujeitos, respeito, conforto, segurança e aproximação das equipes e usuários (BRASIL, 2007).

2.4.4 Fatores dificultadores no acolher

Há fatores que dificultam direta ou indiretamente a atuação dos profissionais na promoção da saúde e na efetivação do acolhimento e estes estão relacionados direta e indiretamente à atuação dos profissionais na promoção da saúde e na efetivação do

acolhimento, dentre os quais encontram-se: a falta de união e de aproximação das diferentes categorias profissionais; o processo de formação e atuação das equipes multiprofissionais; a insuficiência de recursos materiais, financeiros e pessoais; a sobrecarga de trabalho e não reconhecimento do trabalhador. A insatisfação profissional pode ser um fator negativo para o desenvolvimento do acolhimento, pois, ao não se sentirem acolhidos, os trabalhadores poderão também, não vivenciarem ações acolhedoras, tanto na vida pessoal, quanto profissional, reproduzindo em suas práticas, as experiências vivenciadas.

Entre as manifestações objetivas dos profissionais como fatores dificultadores aparecem, com frequência, as queixas de baixos salários, oferecimento de capacitações e atualizações insuficientes e a agressividade dos sujeitos, talvez imposta pela forma de um viver capitalista e globalizado, em geral expressa nas relações tanto dos usuários com os profissionais e vice-versa quanto entre os próprios profissionais (SOUZA; SILVA; FERNANDES, 2006).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as constituições de vínculos frágeis entre diferentes categorias profissionais e destes com os usuários, a participação social, a co-gestão e a valorização dos trabalhadores exercida ainda de forma tímida são fatores que lentificam o desenvolvimento do acolhimento. Mas as construções e implementações de políticas são progressivas e a produção da saúde é um trabalho coletivo e cooperativo dos e entre sujeitos, que se faz por redes de relações, permeadas na assimetria do saber e do poder, de forma sistêmica, por interconexões interdependentes e interligadas (SOUZA, 2006; Brasil, 2007; CAPRA, 2006).

2.5 A ENFERMAGEM E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A PNH precisa transpor os muros do trabalho na área da saúde, alcançando os ambientes formadores dos futuros profissionais que atuarão, nesta área, em seus diferentes níveis e categorias. Inclusive em atividades que são indiretas, mas que

repercutem na promoção e proteção à saúde, oferecendo possibilidades de reflexão sobre o tema e a sua importância, atentando para a co-responsabilidade dos sujeitos, no processo de humanização da assistência à saúde, no SUS. Como essência do humanismo e da ética do comportamento humano e profissional, deve estar a preocupação com a solidariedade e cidadania, com o saber conviver e com o aprender a ser e viver junto (RIBEIRO et al., 2005).

Nesta perspectiva, acredita-se que a enfermagem tenha um grande potencial para perceber os aspectos subjetivos da vida e gerenciar situações complexas, que envolvem as fragilidades dos sujeitos, no momento da doença e vulnerabilidade. Assim, durante a assistência, a enfermagem pode demonstrar um grande interesse e engajamento para discutir as questões da humanização na saúde. A formação acadêmica da enfermagem prepara profissionais para enfrentar uma complexa realidade, baseando-se na competência técnica, científica, ética, política, social e educativa, despertando e construindo um senso crítico e reflexivo focado em valores existenciais e humanistas (BRASIL, 2001; MOTTA, 2004).

Porém, muitas vezes, a enfermagem parece fechada em si mesma, ainda que descreva uma consciência sobre a interdependência da integralidade e multidisciplinaridade. Este isolamento acarreta dificuldades de colaborar e construir, conjuntamente com outras categorias profissionais pertencentes à área da saúde, reflexões e ações que possam desencadear um processo de humanização da assistência à saúde mais sólido e efetivo, expandindo-se, naturalmente, pelos diversos serviços prestados por instituições de saúde.

A enfermagem parece ter a sensibilidade que lhe possibilita a condição de facilitadora e agregadora de ações que aproximam os diversos atores que atuam na promoção da saúde como uma construção coletiva centrada nos sujeitos. Para tanto, a eficiência destas ações depende de interconexões respeitadas e responsáveis nas relações e inter-relações dos protagonistas envolvidos. Por outro lado, as ações fragmentadas inviabilizam a humanização da assistência à saúde, visto que o ser humano não pode ser compreendido em sua integralidade (SIQUEIRA, 2001; MEZZONO, 2003).

A integralidade da assistência, portanto, vai além do cuidado que é exercido pela

Enfermagem, necessita do trabalho da equipe interdisciplinar, com visão ampla e integrada sobre o ser humano em sua totalidade, pois a humanização da assistência e a promoção à saúde não podem ser centradas, em uma categoria profissional ou hierarquizações gerenciais, mas em ações dos e para os sujeitos nos diferentes momentos do processo da assistência à saúde, envolvendo seus atores em suas mais variadas representações, considerando a todos como construtores do SUS e da humanização da assistência à saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a).

Transpor as barreiras da desintegração, da fragmentação e da centralização da assistência à saúde apenas em parâmetros técnico-científicos ou em categorias profissionais que atuam isoladamente e associá-los à prática de um assistir mais humanizado, integral e a um processo de atuação multiprofissional integrado e interdependente, talvez seja muito complexo. Para tal, necessita-se estabelecer relações transversais e a Enfermagem, que é uma profissão hierarquizada historicamente, na qual alguns profissionais ainda sentem-se submissos a outras categorias profissionais, permanece a dificuldade em encontrar sua importância e sua autonomia no processo de assistência à saúde.

A enfermagem tem competências e habilidades em gerenciar a assistência à saúde e exercer seu grande potencial de influenciar as ações nesta área, devido a sua formação, que contempla conhecimentos, habilidades tecnológicas e a compreensão da integralidade dos sujeitos como base para o seu fazer em um entendimento ético-humanista (LUNARDI, 2004). Desta forma, a Enfermagem pode ser um elo importante na formação de vínculos entre as equipes multiprofissionais para elaborarem uma rede de ações e atuações integradas e interdependentes, humanizando-se mais como profissionais e realizando a assistência à saúde de uma forma mais humanizada, contemplando a PNH.

A enfermagem faz parte da rede que representa a assistência à saúde, reconhece-se como integrante importante deste todo e que, ao estabelecer trocas, colabora com a construção das interconexões de acordo com seu posicionamento, enfrentamento ético e estético, diante das situações. Portanto, não deve centrar as ações e reflexões de humanização em sua categoria, evitando assim atitudes pontuais e pouco efetivas por falta de solidez e base. Ao visualizar as possibilidades de

gerenciar trabalhos multidisciplinares, poderá desencadear atitudes éticas e estéticas na assistência à saúde, de grande amplitude e profundidade, deflagrando ou acentuando mais as ações de humanização, de uma forma sistêmica (SIQUEIRA, 2001).

As fragilidades da assistência à saúde no SUS estão presentes em todas as instâncias, porém, são silenciadas pelos diferentes sujeitos, o que as aumentam. Os usuários parecem descontentes com o atendimento, os colaboradores, por sua vez, sentem-se desvalorizados, sobrecarregados e os gestores impotentes pelas inúmeras questões que dificultam seu trabalho como recursos humanos insuficientes, dificuldades e entraves políticos e administrativos que interferem no exercício de sua autonomia.

A PNH não representa uma utopia, pois não descaracteriza e reconhece as dificuldades enfrentadas nas instituições públicas de saúde, como a excessiva distribuição de procedimentos e atribuições aos colaboradores, a ineficiente política de reposição de pessoal. Preconiza que as ações de humanização sejam centradas nas relações, entre os sujeitos, na co-responsabilidade e em um senso ético e estético dos envolvidos e que, por este entendimento, as dificuldades existentes no SUS não a inviabilizam (BRASIL, 2003a; 2006a; 2006b). A implantação efetiva da PNH depende da reflexão acerca dos valores dos diversos atores implicados na promoção e proteção à saúde e do comprometimento e compromisso com a ética e estética neste novo processo de viver e bem estar, independentemente do papel que cada um estiver representando.

3. PREPARANDO A TRAJETÓRIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

(Paulo Freire)

Após ter definido o tema a ser trabalhado nesta dissertação, iniciei a busca de construção e aprofundamento de conhecimentos, através de leituras mais complexas sobre o assunto. Assim, partindo de minhas experiências e compreensões profissionais e pessoais, juntamente, com o referencial teórico da PNH e o entendimento sistêmico, adotado para este estudo, descrevo abaixo os pressupostos utilizados:

1. A arte das relações e inter-relações grifada pelo exercício da autonomia, respeito por si e pelo próximo e sentimento de co-responsabilidade são ações acolhedoras;
2. Os profissionais mais preocupados com o outro como pessoa e com o exercício da profissão trabalham em equipe e qualificam o atendimento prestado com ética, despindo-se de vaidades individuais e focando a assistência à saúde nos sujeitos;
3. O trabalho realizado com o objetivo de proteção e promoção da saúde, quando elaborado e desenvolvido coletivamente, geralmente, tem maior significado para os atores envolvidos, porque traduz comprometimento, responsabilidade, qualidade e segurança, através do suporte das interconexões, interdependência e inter-relações, tornando-se mais acolhedor;
4. Conhecimentos técnico-científicos são necessários para a promoção da saúde, mas por ser exercida com, por e para seres humanos, a intuição, o bom senso, a sensibilidade, a solidariedade, a autonomia e a responsabilidade são imprescindíveis para a efetivação do bem estar;
5. Os atores da e na promoção da saúde são seres humanos, por isso, sempre haverá possibilidade da existência de receios, de limitações, de

fragilidades, de relações de poder, ao estabelecerem as relações interpessoais;

6. É necessário conhecer-se, aceitar-se, compreender-se, para poder aceitar, compreender e conhecer o outro;
7. Para desenvolver um atendimento acolhedor e humanizado, cada colaborador ou gestor da área da saúde precisa estar satisfeito consigo mesmo e buscar alternativas que impeçam a mecanização de suas ações, tendo como prioridade o seu próprio bem-estar e do usuário e não a sua condição de doença;

Conhecimentos e técnicas podem ser adquiridos com o ensino e tecnologia com avanço do pensamento, mas ética, responsabilidade e autonomia são comportamentais, sendo um conjunto de ações individuais e coletivas do processo de “vir a ser”, experiências respeitadas da liberdade (Freire, 1979; SILVEIRA, 2006). As compreensões a seguir são embasadas nas observações e reflexões que venho realizando sobre a forma da assistência à saúde no SUS e apoiadas na PNHS e teoria dos sistemas:

1. O ser Humano é um ser de relações aberto a opções, contribuições, doações, compartilhamentos, recebimentos, possuidor de valores e único, cujas ações são resultantes de suas vivências e estas, por sua vez, influenciam suas ações. É capaz de compreender divergências e de estabelecer-se em um processo relacional, integrado e problematizador, participando de mudanças da realidade e enfrentando os conflitos inerentes ao ser humano (FREIRE, 1996; BACKES, 2004; CAPRA, 2006).
2. Os indivíduos são únicos e frutos de suas experiências, emoções, sentimentos, interdependências e inter-relações com outros seres vivos, ambientes, trabalho, estado de saúde, cultura, política, economia, geografia e outros e sofrem a ação atual dos fatos e anseiam por um amanhã melhor. A subjetividade é a identidade do sujeito, resultado de múltiplos fatores. Quando se manifesta um desequilíbrio na condição de saúde, as pessoas tornam-se mais sensíveis, o estresse surge e

acompanhando-o, vem o medo, a insegurança, a dependência, entre outros sentimentos (SILVA, 2003).

3. Usuários do SUS têm um sentido amplo, pois não se limitam ao entendimento de um contrato de compra e venda de serviços como seria na compreensão do termo cliente. Nem a condição de passividade que o termo paciente expressa - aquele que aceita o tratamento que lhe é oferecido sem questionamentos. Significa aquele que faz uso de algo, envolvendo ele próprio, sua família, bem como o colaborador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.
4. Colaboradores da área da saúde são profissionais que se envolvem em um processo que busca respostas aos males da condição humana. Acontece frente a determinadas situações da vida, em que um ser humano necessita de certo tipo de ajuda e o outro a proporciona. É o conjunto de pessoas que atuam colaborando com o processo de promoção à saúde, trabalhando em função dos mesmos objetivos, que determinam metas e planos a serem alcançados. Buscam, através da sua coesão, esforços, atuação mútua e de suas interconexões, participar do crescimento e desenvolvimento de uma instituição, firma ou empresa com qualidade, eficiência e eficácia (BRASIL, 2006b).
5. Saúde é um processo de descoberta do significado das situações e eventos da vida. A saúde pode ser encontrada no desejo do indivíduo de estar aberto às experiências da vida, dependente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional e de sua compreensão de suas relações com outros seres vivos, ambientes, sociedade, enfim, com a vida (BRASIL, 1986; CAPRA, 2006).
6. Doença é um movimento das estruturas físicas, emocionais ou cognitivas, mentais, espirituais e da compreensão de suas relações com outros seres vivos, ambientes, sociedade, enfim, com a vida que possa provocar alterações no bem estar do indivíduo (BRASIL, 1986; CAPRA, 2006).
7. A integralidade é compreendida como uma superação da fragmentação do ser humano, através de intervenções centradas nos sujeitos e suas

- dimensões biopsicossociais e espirituais⁷. Como princípio do SUS, contempla assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, prevendo a constituição de uma rede de serviços integradas, capaz de realizar uma atenção integral (BRASIL, 2006b; BRASIL, 1996).
8. A rede social é um instrumento importante na assistência à saúde, um de seus eixos é a rede familiar. Portanto, o SUS ressalta a importância e a participação da família nos diferentes níveis de promoção e proteção da vida (BRASIL, 2006a).
 9. A transversalidade é a possibilidade de comunicação de uns com os outros como uma dinâmica em rede baseada nas experiências individuais, coletivas e grupais, em que se expressam as produções de saúde e de subjetividade (BRASIL, 2006a).
 10. Diálogo é uma forma de comunicação vivenciada através das ações e pode ter significados diferentes para os atores envolvidos (SILVA, 2003).
 11. Relacionar-se é mais do que a comunicação entre pessoas, é interagir com o mundo, permitir-se, envolver-se e ser envolvido, partilhar emoções, ter uma percepção mais sensível em relação às necessidades da vida, acreditar na intuição e sensibilidade interna, respeitar, respeitar-se e ser respeitado (SIQUEIRA, 2001).
 12. Estética é uma transação subjetiva, em que todos os atores envolvem-se nos acontecimentos da vida. Neste sentido, constroem uma relação de dependência e independência, concomitantemente, constituindo-se em uma abordagem centrada na intersubjetividade humana. O ensino de ética prepara o profissional para atuar com responsabilidade, autonomia, competência e humanismo (URBAN, 2003). Trata-se da forma ético-estética com que as pessoas dispõem a outras pessoas, baseada nos acontecimentos humanos (GEORGE et al, 1993).

⁷ Espiritualidade é abrangente, é dinâmica, é pessoal, é subjetiva, considera o sentido da vida e existência. Enfim, é a expressão da alma. Provoca mudanças interiores transcendendo crenças ou prática religiosas. Sua relação com a saúde é pela constante preocupação em compreender o ser humano em sua integralidade. Desenvolve a sensibilidade, as emoções e a intuição, tornando-as instrumentos importantes juntamente com a razão para desenvolver a assistência à saúde de forma mais humanizada ao reconhecê-la como sendo uma das dimensões da existência humana (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007; VASCONCELOS, 2006; PAZINI; ROCHA; BANDEIRA; RUSCHEL, 2007).

Porém, ainda faltava algo e na continuação desta caminhada, senti a necessidade de buscar mais subsídios. E para contemplar esta necessidade, entre março e maio de 2008, participei da comissão organizadora de um **evento** na área da bioética – “Trabalhadores de Enfermagem: sujeitos protagonistas do trabalho de enfermagem” – promovido pela Escola de Enfermagem, em parceria com a Coordenação de Enfermagem do HU/FURG, direcionado aos docentes, discentes e colaboradores da enfermagem da instituição.

Os objetivos do evento foram: ampliar a consciência dos trabalhadores de enfermagem/saúde acerca de problemas morais, conflito moral e dilemas morais. Também, desenvolver discussão e reflexão acerca das implicações éticas dos seus possíveis enfrentamentos com possibilidades de melhoria da assistência prestada aos pacientes, bem como construir estratégias para o fortalecimento do trabalho da enfermagem, tendo em vista uma atuação ética.

Deste modo, a ética foi o eixo articulador temático, em torno do qual se desenvolveu um momento de consultoria com um representante do Ministério da Saúde, para construir estratégias para favorecer a integração do pensamento ético na prática profissional cotidiana e nas análises de conflito, dilemas profissionais e sofrimento profissional e sofrimento moral. Um segundo momento foi reservado para apresentação de trabalhos, enfocando o cotidiano do trabalho da enfermagem e a ética no trabalho, buscando oportunizar ao conjunto de colaboradores da área da enfermagem do HU/FURG e aos acadêmicos de enfermagem uma reflexão aprofundada e crítica sobre a responsabilidade ética que o cuidar implica.

Nesta proposta, houve uma participação pequena dos colaboradores, se considerado quantitativamente, mas qualitativamente, foi muito significativa. Este encontro aconteceu em três etapas: no primeiro momento, foi realizada uma palestra motivacional; no segundo momento, recebeu-se a visita do consultor estadual da PNH, que ajudou na discussão e reflexão de diferentes possibilidades para promover a implementação da PNH na instituição, enfatizando que, para este movimento ter sucesso, precisaria ser um desejo e uma construção coletiva, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações e materiais para subsidiar esta possível ação.

O encerramento do evento ocorreu com os colaboradores, docentes, e discentes da instituição, apresentando seus relatos de experiências, através de apresentação de trabalhos orais. Foi um momento muito rico, que aproximou os diferentes atores da área da Enfermagem, os quais puderam divulgar os trabalhos realizados ou não na própria instituição, promovendo assim, uma integração criativa e construtiva entre todos os participantes. Durante a participação no 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEEn), que aconteceu em Brasília, no mês de dezembro de 2007, tendo como temática a Integralidade, visitei o Ministério da Saúde (MS), mais especificamente a Secretaria do Humaniza SUS. Nesta ocasião, tive a oportunidade de conversar informalmente com algumas pessoas que estão envolvidas diretamente com a PNH. Recebi materiais detalhados sobre o assunto e endereços para possíveis contatos, em Brasília e Porto Alegre, que pudessem ser úteis para o desenvolvimento deste trabalho. Realmente, foram de grande auxílio nesta construção. Pude perceber, ainda, que as pessoas com quem realizei contato no 59º CBEEn e no MS, demonstravam comprometimento, participação, motivação, co-responsabilidade e, principalmente, acreditavam nos benefícios gerados a todos os cidadãos brasileiros com a efetivação da PNH e fortalecimento do SUS.

Também, em dezembro de 2008, participei da comissão organizadora do evento Humanização no HU/FURG, promovido pela Coordenação da área de desenvolvimento do HU, em parceria com o Instituto de Educação, Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Educação Estética Onírica, Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, Ciências da Saúde e Educação Ambiental, todos da FURG e Fundação Mokiti Okada, dos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Este evento teve como público alvo os gestores, colaboradores, acadêmicos e usuários da instituição.

Os seus objetivos foram os de promover a interconexão entre o ensino, pesquisa e extensão, favorecendo a reflexão acerca da natureza humana e do seu processo de viver e produzir e a reestruturação do Grupo de Humanização do HU/FURG. Neste momento, também me integrei ao grupo de humanização e, em conjunto, o reconstruímos como um projeto de extensão, sendo um dos componentes do Programa HU Saudável e Sustentável, que funciona como um projeto guarda chuva, ou seja,

engloba diferentes projetos de pesquisa e de extensão, oficializando-os, regulamentando-os na instituição e integrando-os à Universidade.

Neste evento, houve uma participação significativa dos gestores, dos colaboradores e dos usuários, os quais manifestaram satisfação, ao participarem das atividades propostas. O sucesso do encontro foi evidenciado pelo grande número de integrantes na oficina de encerramento, que tinha como um de seus objetivos aproximar os diferentes profissionais e usuários, fazendo-os sentirem-se parte de um todo, evidenciando suas necessidades e responsabilidades no processo de assistência à saúde, valorizando todas as pessoas e os papéis que representam, aderindo aos mesmos valores e importância e salientando seu direito de liberdade e autonomia. Estes sentimentos foram provocados por dinâmicas focadas na espiritualidade dos participantes.

4. CARACTERIZANDO O ESTUDO

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.”

(Paulo freire)

Este estudo constitui-se em uma busca de melhor produzir saúde, através da assistência, utilizando o referencial teórico da PNH, que tem como seu foco principal os sujeitos em sua integralidade e suas redes relacionais (BRASIL, 2004). Devido à interpretação das experiências vivenciadas pelos seres humanos processarem-se de formas subjetivas e singulares, optei em realizar este estudo com a metodologia da pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória busca as dimensões de um fenômeno e como este manifesta-se, e relaciona-se com outros fatores e o conhecimento sobre os indivíduos, através da descrição da experiência humana, como ela é vivida e definida pelos seus atores, permitindo ao investigador aumentar sua perícia, em torno de um determinado problema. O pesquisador é parte de um pressuposto e aprofunda seu estudo no limite de uma realidade específica (TRIVIÑOS, 1992; POLIT; HUNGLER, 2004).

A pesquisa é considerada descritiva, quando tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Existem pesquisas que, embora definidas como descritivas, a partir de seus objetivos, servem mais para propiciar uma nova visão do problema, o que as aproxima de pesquisas exploratórias, que têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (Gil, 2002a).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação e possibilita observar os agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com eles (MINAYO, 2000). Este tipo de pesquisa permite através das relações, aprender como os trabalhadores traduzem seus significados sobre o objeto em estudo, que não é inerte nem neutro, através de suas vivências individuais e coletivas (AZAMBUJA, 1999).

Esta abordagem favorece a compreensão da realidade em sua totalidade, possibilitando o reconhecimento da subjetividade dos sujeitos do estudo e considera como relevante todos os envolvidos na pesquisa. Enfoca as pessoas e vivências em seus ambientes naturais e as relações com a sociedade, considerando os significados, os valores e as atitudes. A subjetividade dos fatos mostra como a realidade é percebida, compreendida por um grupo ou o seu posicionamento, diante dos aspectos da realidade vivenciada (MINAYO, 2000; SANTOS, 2007).

A compreensão integral dos sujeitos e de suas manifestações, associada à pesquisa qualitativa, torna o pesquisador um descobridor dos significados das ações e das relações humanas, atribuindo valorização aos participantes; desenvolve o entendimento de rede de relações baseada em troca e construção de experiências, por intermédio da compreensão, de interconexão e interdependência das partes que formam o todo. Desta forma, fica-se impedido de estudar as partes isoladamente (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006).

4.1 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DE ESTUDO

A coleta de dados foi realizada, no período de janeiro à março de 2009, no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da cidade do Rio Grande⁸, do estado do Rio Grande do Sul. O HU é vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG), cujos pilares de trabalho são a pesquisa, ensino e extensão, incluindo a assistência à saúde da população.

O HU é um hospital de médio porte, que comporta 185 leitos, distribuídos em diferentes unidades. Possui unidades de atendimento de urgência e emergência e de atendimentos ambulatoriais em diversas especialidades e hospital Dia para portadores de doenças crônicas e HIV. É hospital referência no município, para o atendimento a

O município do Rio grande localiza-se na planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul, tendo limites ao Norte o Município de Pelotas e Lagoa dos Patos; a Leste – Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; a Oeste – Municípios de Capão do Leão e Arroio Grande, e a Lagoa Mirim – ao sul – Município de Santa Vitória do Palmar. Sua extensão é de 3.338,35Km. De colonização portuguesa, a cidade foi fundada pelo brigadeiro José da Silva Paes, em 19 de fevereiro de 1737, sendo o município mais antigo do estado, elevado a categoria de cidade em 1835. Sua população está estimada em 200 mil habitantes. Disponível em <http://www.riograndevirtual.com.br>

indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou doentes de AIDS. Também tem o título de Hospital Amigo da Criança.

4.2 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Foram convidados para participar deste estudo usuários que se encontravam na sala de espera do ambulatório de especialidades da gastroenterologia, pneumologia, hospital dia HIV/AIDS, neurologia, cardiologia e cirurgias gerais. Não foi possível desenvolver a dinâmica de grupo na íntegra, devido à indisponibilidade de tempo dos participantes. Definiram que participariam até o momento em que fossem chamados para a consulta. Diante desta condição, foi aplicada a primeira etapa do instrumento de coleta de dados, obtendo-se apenas o entendimento individual dos usuários sobre o tema. Como as respostas foram semelhantes, consideraram-se as semelhanças como parâmetro para o entendimento coletivo sobre o assunto.

Buscando saber o entendimento multiprofissional sobre o acolhimento e a humanização na assistência à saúde, de modo a contemplar a PNH, foram convidados a participar deste estudo, profissionais de diferentes áreas de atuação, que desempenhavam tanto atividades fins como atividades meio. Tentando promover oportunidades iguais de participação, foram realizados encontros no turno da manhã, da tarde e da noite. Pode-se dizer que se alcançou o objetivo de desenvolver um estudo com a equipe multiprofissional, tendo como participantes representantes das seguintes áreas do HU/FURG: psicologia, enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), portaria, recepção, almoxarifado, farmácia, serviço social e medicina.

Assim, participaram deste estudo vinte e cinco sujeitos, sendo oito usuários, quatorze colaboradores, e três gestores do HU. Todos foram convidados de forma aleatória.

4.2.1 Critérios para a seleção dos sujeitos

Para a escolha dos sujeitos da categoria usuários foram adotados os seguintes critérios:

- a) Ser usuário do SUS;
- b) Estar, no momento do convite, para participar do estudo e da coleta, utilizando os espaços de atendimento do HU/FURG;
- c) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).
- d) Permitir a gravação, realização de diário de campo e divulgação dos resultados.

Para a escolha dos sujeitos da categoria colaboradores, foram adotados os seguintes critérios:

- e) Ser colaborador do HU/FURG no SUS;
- f) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).
- g) Permitir a gravação, realização de diário de campo e divulgação dos resultados.

Para a escolha dos sujeitos na categoria gestores, foram adotados os seguintes critérios:

- h) Ser gestor na atualidade do HU/FURG;
- i) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).
- j) Permitir a gravação, realização de diário de campo e divulgação dos resultados.

4.2.2 Formações de grupo de sujeitos

Ao fragmentar o contexto a ser analisado, talvez, não seja possível encontrar resultados integrais que componham as diversas dimensões do acolhimento. Assim, entende-se que o trabalho em grupo propiciou vislumbrar, além das manifestações

visíveis, a subjetividade dos indivíduos e do seu coletivo sobre o assunto abordado (SIQUEIRA, 2001).

Para formar o grupo de usuários, foram realizados convites verbais em uma sala de espera de atendimento ambulatorial, aleatoriamente. Foi solicitado aos interessados em participar a aproximarem-se e, após esclarecimentos acerca do trabalho a ser realizado e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, iniciaram-se as atividades, que foram concluídas em um único encontro, com duração de quarenta minutos, no próprio local, pois aguardavam a chamada para a consulta.

Para agregar os colaboradores, foram realizados contatos por telefone, nas diversas unidades de trabalho, convidando profissionais de categorias diferentes para participarem desse estudo. A idéia inicial era a de formar um único e grande grupo cujos participantes, após a primeira etapa da dinâmica, se uniriam por afinidades de idéias, em subgrupos. Porém, não foi possível. Surgiu a necessidade de trabalhar com pequenos grupos e um por vez, em momentos diferentes, de acordo com a disponibilidade dos colaboradores. Assim, surgiram cinco grupos em que, inicialmente, foi trabalhado o entendimento individual dos participantes e, num segundo momento, o entendimento coletivo sobre o tema.

Entendeu-se como significativo expor a dificuldade encontrada em aproximar em um encontro um número expressivo de profissionais. Esta dificuldade manifestou-se pela impossibilidade de interromper as atividades no período do encontro ou de realizar o encontro fora do turno de trabalho.

Diante desta problemática, foi necessário realizar cinco encontros desenvolvendo a mesma metodologia de trabalho em todos, tentando evitar interferências nos resultados. Algumas vezes, os encontros aconteceram nos ambientes de trabalho. Três encontros foram realizados no turno do dia e dois no turno da noite, em noites alternadas. O interesse, a disponibilidade e os resultados não apresentaram diferenças significativa entre os turnos, mas não se pode fazer a mesma afirmação, quando comparados os resultados entre as diferentes categorias profissionais.

Já com o grupo gestor, foi realizado o convite aos representantes, que se encontravam atuando no período da coleta, sendo agendado um único encontro, que aconteceu no âmbito interno da área física da direção.

Os encontros com os colaboradores e gestores, duraram, em média, uma hora cada um. A pesquisadora atuou como facilitadora, introduzindo o tema, por intermédio de dinâmica, possibilitando aos participantes uma ação reflexiva sobre o assunto, favorecendo um entrar sensível no mundo do outro de forma mais flexível. Realizaram-se com os colaboradores e gestores seis encontros, aplicando a mesma dinâmica, com diferentes atores.

Os locais utilizados para os encontros foram os espaços pedagógicos do HU/FURG e alguns deles aconteceram, nos próprios setores de trabalho, por compartilhar a idéia que é nos cenários naturais que se tenta compreender e ou interpretar o entendimento conferido pelos sujeitos do estudo sobre o tema, pois possibilita um sentimento de inserção no contexto, diminuindo as possíveis interferências e as dificuldades dos colaboradores de se ausentarem dos respectivos locais de trabalho.

Para garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, estes foram identificados com letras para as diferentes categorias e números para identificações individuais, sendo “U” para usuário, “C” para colaborador e “G” para gestores, preservando, assim, suas identidades. Ainda, surgiu a necessidade de identificar os pareceres coletivos dos grupos de colaboradores e, para esta ação, utilizou-se a abreviatura PC do grupo N^o x de categoria X, que quer dizer: parecer coletivo do grupo n^o x da categoria de usuários (U), de colaboradores (C) ou de gestores (G).

Para que as informações colhidas fossem mais fidedignas, procurei estabelecer um relacionamento acolhedor com os participantes para que se sentissem à vontade para envolverem-se com o assunto, pois, parti da premissa que a pesquisadora deve ser a facilitadora que amplia e aprofunda a comunicação, a participação e a atuação dos atores (MINAYO, 2000).

A interpretação dos resultados foi através dos registros das diferentes formas de comunicações e expressões. Esta ação se fez possível, ao se estabelecer uma relação entre a pesquisadora e os sujeitos pesquisados, atribuindo-lhes relevante valorização, igualdade, singularidade e respeito (MINAYO, 2000; POLIT; 2004; SANTOS, 2007).

Os encontros foram registrados em diário de campo para que fossem preservadas as falas e outros detalhes mais subjetivos de relevância. Também, para

garantir a fidelidade, as falas foram gravadas, mediante a autorização dos sujeitos e, logo após, transcritas. As anotações, gravações e materiais transcritos oriundos desta coleta serão guardados no Grupo de Estudos e Pesquisa em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde - GEPOTES, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos para que seja assegurada a validade do estudo.

4.3 ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DOS DADOS

O diálogo efetivo pode ser uma fonte poderosa de informações, ao desafiar os sujeitos, problematizando as situações e proporcionando relações horizontais de pessoa a pessoa. Requer um conhecimento prévio da realidade pessoal e profissional, estabelecendo um significado coletivo e integrativo entre valores, crenças e problematizações, que emergem no cotidiano do trabalho (BACKES, 2004).

Visando a contemplar a questão norteadora deste estudo, a filosofia da PNH e do acolhimento, que primam por formação de redes e vínculos multiprofissionais e, também pela integralidade e valorização dos sujeitos, é que se optou por utilizar como técnica de coleta de dados a metodologia de trabalho em grupo. O termo grupo indica que os participantes se interessam pelo assunto da discussão, possuem algumas semelhanças e que vão interagir de uma forma ou de outra uns com outros. Quando realizada em grupo focal⁹, intenciona reflexão, discussão e construção (FRITZEN, 1999). Os componentes fundamentais desta metodologia são o planejamento do grupo, o recrutamento dos sujeitos; a implementação das sessões de encontro e análise dos resultados.

Existem várias formas para desenvolver a sensibilização para o trabalho em grupo, entre elas, as mais usadas são os círculos de cultura, oficinas, work shops, debates, fóruns, mesas de discussões, dinâmicas de grupo e outros. A dinâmica

⁹ Primeiras pesquisas com esta técnica foram em torno de 1940, nos programas de rádio e nos filmes de treinamento moral do exército. Atualmente são usados para avaliação de programas públicos, desenvolvimentos de políticas públicas, marketing nos setores público e privado. Seu uso tem como possíveis indicações técnica para a obtenção de informações, opiniões e atitudes à respeito de produtos, serviços, políticas e instituições, nos setores públicos e privados, para identificar percepções de consumidores e usuários entre outras (FRITZEN, 1999, REA, --; ABEN, 2001)

escolhida para ser usada neste estudo foi de grupo operativo, por ser voltado para o ensino aprendizagem, apresentando características construtivistas, que é aprender a aprender pelo processo de reflexão (ABEN, 2001; FRITZEM, 1999).

O grupo operativo tem sido utilizado em programas educacionais que visualizam a aquisição de atitudes internas com o objetivo de possibilitar ao indivíduo utilizar mais adequadamente o pensamento. Não tem uma finalidade explícita de obtenção de resultados psicoterápicos, mas implicitamente, atinge esse objetivo. Possibilita aos indivíduos saírem da condição de sujeitadores ou de sujeitos e se tornem sujeitos livres para pensar e criar. É de natureza qualitativa e os resultados não podem ser usados para generalizações (FRITZEM, 1999).

O trabalho em grupo é um instrumento importante no auxílio de obtenção de uma compreensão mais profunda de assuntos, análises de temas, padrões e nuances de uma população que são difíceis de delinear. Permite aos sujeitos liberdade para expressar sua subjetividade de forma singular no coletivo, ao relacionarem-se. Assim, foi oportunizado aos participantes exercitarem sua autonomia e serem protagonistas desta construção, através de interconexões realizadas pela expressão de suas idéias e relações estabelecidas no encontro com o outro e consigo mesmos, em um processo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 1987; GIL, 2002b).

4.3.1 Descrição da dinâmica utilizada

A dinâmica de grupo utilizada teve como objetivo fazer aflorar, em nível individual e coletivo, o entendimento e a compreensão dos usuários, colaboradores e gestores do HU/FURG sobre acolhimento e humanização na assistência da saúde. Após a concordância dos convidados em participar deste estudo, foram explicados verbalmente os passos da dinâmica e entregue duas folhas de papel ofício e caneta para cada sujeito, instrumentalizando-os para desenvolverem a etapa individual e, após, foi entregue mais uma folha para a etapa coletiva. Durante a dinâmica proposta, foi solicitado aos participantes do estudo para que :

1. Na folha numero um (1) escrevessem, no mínimo, três expressões ou frases que representassem o significado de acolhimento e humanização.
2. Na folha numero dois (2), ilustrassem com um desenho (figura/símbolo) que pudesse traduzir o significado das expressões dadas a acolhimento e humanização na assistência à saúde;
3. Retornassem à folha número um (1) e escrevessem um parágrafo que explicasse o significado do acolhimento e humanização na assistência à saúde dados pelas expressões e pelo desenho;
4. Passassem para o colega ao lado, apenas o desenho, não fazendo comentários;
5. A seguir, comentassem o desenho do colega o que ele significava para si e comparassem os desenhos, procurando elucidar possíveis diferenças e semelhanças, lembrando que, até aquele momento, a construção era sua sem a interação direta do coletivo, pois tinha os dois desenhos e apenas o seu significado escrito;
6. Apresentassem aos colegas o desenho que recebera, comentando o significado que teve para si e o colega que fizera o desenho comentava a sua interpretação do desenho que realizou.
7. Após a apresentação dialogada, houve a reunião das idéias do grupo sintetizando-as em um texto, respeitando as idéias individuais e construindo um entendimento coletivo do assunto. Assim, a expressão do significado sobre acolhimento e humanização tornou-se o produto de argumentação conjunta do entendimento do grupo sobre o assunto.

Os sujeitos, ao serem instigados a exporem de forma escrita, o significado de humanização e acolhimento, conseguiram expressar seus sentimentos, impressões e significados atribuídos à temática. Durante o desenvolvimento da dinâmica, foram realizadas pelos sujeitos reflexões acerca de seus posicionamentos, sentimentos, compreensões, estabelecendo um diálogo harmonioso e transversal entre os sujeitos e a pesquisadora, possibilitando trocas de conhecimentos e compartilhamento de vivências pessoais e profissionais. A aproximação dos dados obtidos nos registros escritos, nas expressões gráficas e nas considerações realizadas de modo coletivo,

foram realizadas com o amparo das anotações realizadas em diário de campo e no referencial teórico.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados e submetidos à Análise Temática. Nesse método, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto, para melhor ser compreendida (MINAYO, 2004), por meio das seguintes fases:

- a) **Fase de ordenação dos dados:** Momento em que foi realizado o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, por meio de leituras repetidas das transcrições e das anotações do diário de campo, ordenando os dados por semelhanças e diferenças.
- b) **Fase de classificação dos dados:** foram construídas categorias e subcategorias através de leituras repetidas dos textos, identificando o que era relevante para, então, determinar o conjunto de informações presentes na comunicação. Estas categorias e subcategorias foram denominadas, de forma a favorecer a discussão dos dados por eixos temáticos.
- c) **Fase de análise final:** os dados foram interpretados e discutidos à luz do referencial teórico da PNH, ancorado em uma visão sistêmica, considerando os objetivos da pesquisa, os temas surgidos nos diferentes grupos e os pressupostos do estudo, procurando estabelecer a relação entre teoria e prática.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foi seguida a Resolução 196/96, no que tange aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos, a qual visa a preservar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, incorporando os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande – CEPAS/FURG. Foi registrado como Processo nº 23116.005763/2008 e recebeu o parecer favorável nº 25/2009.

Após a liberação do Comitê, foi dado início ao desenvolvimento da proposta. Assim, foi apresentada aos participantes, de forma clara, delimitando os objetivos e a metodologia, bem como a justificativa do estudo. Foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido, por escrito, a cada participante. O anonimato foi assegurado, e mantida a conduta ética durante as entrevistas, ou seja, o incondicional respeito pela liberdade de idéias e manifestações de cada participante, resguardando seu sigilo.

Ao término da pesquisa, os dados serão devolvidos aos participantes e à instituição de saúde, objetivando a divulgação na área da saúde, vislumbrando a transformação da prática educativa e assistencial, articulando o mundo do ensino ao mundo do trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Humanização na assistência à saúde se faz pelo acolhimento, que representa brilho, luz; é respeito, carinho, amizade, compreensão em um todo e para todos” (U7).

As organizações que investem em estratégias e ações de valorização dos colaboradores e usuários e na importância de cada pessoa no todo vêm alcançando índices maiores de desenvolvimento, quando comparados a outras. Nestas organizações, as ações de humanização, respeito e co-responsabilidade englobam os gestores, os trabalhadores, os usuários e meio ambiente (MACIEL, 2008).

Neste capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados por meio de diálogo entre os dados obtidos, as contribuições do referencial teórico e percepções e reflexões sobre o entendimento dos usuários, colaboradores e gestores sobre acolhimento e humanização na assistência à saúde. Os resultados estão agrupados em três categorias principais e estas em subcategorias, revelando o entendimento dos participantes sobre o tema.

5.1 O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

Nesta categoria, os oito participantes apresentaram-se em uma faixa etária entre vinte e setenta anos. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto, seguido de ensino médio. Os usuários entrevistados com idades inferiores a quarenta anos possuíam um grau de escolaridade maior, enquanto que os com idades superiores a quarenta anos possuem um grau de escolaridade menor. Os

usuários mais jovens mostraram-se mais críticos com o sistema de saúde, enquanto que os com idade mais avançada pareciam estar satisfeitos ou mais resignados com as características do atendimento.

5.1.1. A satisfação com os serviços prestados versus os diferentes significados de acolhimento

Embora este estudo não objetivasse indícios de satisfação dos usuários com os serviços oferecidos no HU/FURG, pode-se perceber a partir das considerações dos usuários que estes demonstraram, prioritariamente, sentir-se satisfeitos com os serviços existentes e com o atendimento que receberam em diferentes ocasiões em que fizeram uso destes serviços pelo SUS, uma vez que não possuem outro tipo de convênio. O interesse desses em participar do estudo, talvez esteja atrelado ao significado e importância desses sentimentos e também, frente à necessidade de espaços para expressarem suas opiniões, seus sentimentos, dúvidas, anseios, o que pode favorecer a PNH. A ouvidoria é um exemplo desse tipo de espaço, como forma de promover melhorias no atendimento, por meio de suas críticas e sugestões.

Os usuários demonstraram a percepção que a assistência à saúde ainda está centralizada na doença e direcionada basicamente ao seu tratamento, sendo essencialmente realizada e de responsabilidade dos profissionais que atuam em atividades fins, ou seja, na enfermagem e na medicina. Assim, com esta visão eximem outros profissionais que desempenham atividades meio e gestores e até mesmo a si próprios da responsabilidade do processo de promoção e manutenção da saúde. Também, não reconhecem e não exercem seus direitos e deveres de cidadãos. Prova desse entendimento é a associação existente de acolhimento ou ser bem acolhido como sendo, *“quando se está doente, ser bem atendido... é ser bem atendido pelos médicos e enfermeiros”* (U3); *“é o médico acertar a medicação”* (U4).

Percebe-se, assim, que a cultura do tratamento focada na doença e não na promoção da saúde está introjetada nos usuários, embora exista a ânsia de ser

reconhecido pelo fato de “ser uma pessoa” e não pelo seu estado de saúde. Apesar das intensas discussões acerca dos modelos tecno-assistenciais em saúde, evidencia-se que é preciso romper com a predominância do modelo clínico, focado na patologia e não na integralidade do sujeito. É preciso ainda buscar a compreensão que grupos específicos de profissionais isoladamente não irão produzir saúde, pois os pensamentos distorcidos acerca dessas visões reduzem o ser humano e descaracterizam a sua essência humana, que é a sua integralidade biopsicossocial e espiritual. Não permitem perceber que a atuação conjunta de gestores, colaboradores, usuários dos serviços do SUS é que pode, melhorar, modificar e construir um viver melhor e mais saudável, através do cuidado de si, do outro e dos ambientes em que estão inseridos.

A caminhada pelo entendimento e reconhecimento da integralidade do ser humano tem avançado muito nas últimas décadas, por intermédio da descentralização do SUS, participação social através de conferências, fóruns e conselhos de saúde (BERTONE, 2002; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2006c). Porém, se mostra insuficiente para que esta construção ganhe dimensões mais significativas, pois ainda são poucos os atores que transitam nestes espaços.

Entretanto, a percepção conceitual descrita de forma consensual pelos usuários sobre acolhimento na assistência à saúde, enfatizou ações baseadas no diálogo, nas relações interpessoais e necessidades de resoluções: “acolher é ter atenção com o outro” (U1); “é educação e respeito mútuo... cordialidade, saber ouvir... orientar corretamente” (U3). Estas compreensões corroboram a PNH que preconiza que colher significa ouvir as queixas, garantir o direito de expressão e externalização das ansiedades, angústias e preocupações, buscar soluções dentro dos limites do respeito e da responsabilidade de si mesmo, do outro e do sistema, garantir articulações com outros serviços para buscar a eficiência e eficácia da continuidade da assistência, quando necessário, de forma integral e resolutiva (BRASIL, 2006).

5.1.2. A efetivação dos princípios do SUS como condição para a humanização

Os usuários salientaram a necessidade de uma maior efetivação dos princípios do SUS. Este reconhecimento apareceu nas expressões que definiram humanização, através dos desejos manifestos nas seguintes falas: *“humanização é a valorização das pessoas como seres humanos... É resolver os problemas... Dar informações corretas, evitando que as pessoas fiquem indo e vindo sem respostas certas”* (U1); *“é diminuir a demora na espera por cirurgias”* (U6); *“é agilizar o atendimento, ter acesso mais fácil aos serviços”* (U5); *“é que, nos serviços de urgências, o atendimento seja mais rápido”* (U4). Percebe-se, desse modo, que a humanização está diretamente associada à resolutividade do SUS para os usuários, a qual resulta da combinação do valor do uso da qualidade da atenção e gestão da saúde, que se resume na produção eficaz da saúde para alcançar melhores índices na saúde, que é a eficiência (BRASIL, 2004a).

Os usuários também verbalizaram alguns dos possíveis fatores que contribuem para a desumanização da assistência à saúde em um contexto geral, ao relatarem que humanização *“é ter mais enfermagem para atender nos serviços de urgência... Faltam pessoas para atender as situações mais críticas com mais rapidez”* (U7); *“há necessidade de atenção aos trabalhadores para que estejam bem, para que possam atender melhor os usuários”* (U8). 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, que tente atender a todos e as necessidades que se tem de forma igual... Os pacientes também precisam respeitar os trabalhadores”* (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 dos profissionais. Assim, a PNH apresenta-se como reorganizadora dos serviços de saúde, visando à efetivação do SUS, favorecendo uma melhor qualidade na promoção da saúde, embora a relação quantitativa desproporcional de profissionais que compõem as equipes e as demandas na assistência à saúde são problemas crônicos tanto nas instituições públicas quanto privadas de saúde. Fator este que se apresenta também como dificultador da implementação de qualquer projeto de humanização,

gerando um distanciamento da razão profissional dos que atuam na promoção da saúde.

Assim, surge a necessidade de discutir a humanização de ações, e atitudes de quem é essencialmente humano, ou seja, das pessoas (MEZOMO, 2003). Torna-se necessário realizar ações inovadoras e criativas no âmbito das instituições que oferecem assistência à saúde, possibilitando aos diferentes atores deste cenário discussão, reflexão, compreensão e exercício de sua cidadania.

5.2. O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS COLABORADORES

Nesta categoria, a maioria dos quatorze colaboradores, encontravam-se na faixa etária entre vinte e cinco e cinquenta anos, atuavam na instituição há cinco anos ou mais. A escolaridade predominante foi o ensino médio completo, seguido de ensino superior. Sete deles estavam estudando, cinco atuavam em dois empregos e três não estudavam nem trabalhavam em outro emprego.

5.2.1. Sistema Único de Saúde de todos e para todos

Para compreender a humanização da saúde do, por e para o ser humano, é necessário que os diferentes atores envolvam-se em diálogos para discutirem as questões éticas e estéticas da saúde como um estado de bem estar e qualidade de vida. Os sujeitos, ao portarem-se respeitosos consigo e com os outros, considerando as variadas concepções, conhecimentos, valores, crenças, sentimentos e outros aspectos estarão construindo e sendo construídos, ao manterem o envolvimento e o comprometimento de todos em ações de co-responsabilidade no processo de assistência à saúde e sua humanização. Ao englobar os diversos serviços, entre eles

serviços de apoio, administrativos, assistenciais, educacionais, preventivos, gerenciais, independentemente de sua proximidade com o usuário, considerando sua importância e necessidade, estarão sendo efetivadas ações voltadas à integralidade da assistência (BRASIL, 2006b).

Os colaboradores, em geral, demonstraram interesse pelo tema e satisfação em poder contribuir, necessidade de serem valorizados e estimulados a participarem nos processos de discussões acerca da assistência prestada, desenvolvendo sentimentos de segurança pela inserção nestas construções: *“Me sinto valorizada, por ser convidada a participar deste estudo, pois quem faz serviços administrativos, na área da saúde, é pouco reconhecido. Às vezes, até passa despercebido... a não ser, quando se deixa de fazer algo importante”* (C9); *“discutir acolhimento e humanização na saúde traz a oportunidade de inserção de todos os atores envolvidos no processo (gestores, trabalhadores e usuários), de buscarem novos modos de produzir saúde”* (C13).

É fundamental destacar que apesar das dificuldades, construir e estabelecer relações interpessoais com os colaboradores, usuários e gestores, podem significar a possibilidade de desenvolver outras habilidades como segurança pessoal e profissional, maior satisfação, dentre outras, considerando que a participação neste estudo como importante: *“é um momento que todos podem ter vez e voz, independentemente de sua cor, credo, posição social, raça... É um SUS de todos e para todos”* (PC do grupo 3 de C). Foi possível também perceber nas falas dos sujeitos que, com o passar do tempo, parece que a atuação dos colaboradores no HU torna-se mais distante e até cética em relação a assistência, ao afirmarem que *“estas pesquisas não levam a nada... Ficam engavetadas”* (C10).

Foi constatado que os colaboradores encontram-se absorvidos pelo trabalho, pelo fazer do seu cotidiano e que, apesar de estarem inseridos em um hospital universitário, que tem como objetivo assistência, ensino, pesquisa e extensão, não estão tendo condições ou espaço para participarem de atividades que não sejam inerentes ao cargo. Assim, no mesmo ambiente, encontraram-se realidades diferentes, como a formação de indivíduos (faculdade de medicina e escola de enfermagem), que se dedicam às técnicas e à construção de conhecimento pela tecnologia do pensar e os

colaboradores situados à sua margem, centrados no fazer e na produção para o vencimento de metas e demandas.

A sobrecarga de trabalho, recursos humanos e materiais insuficientes para atender as demandas, alguns objetivos de um hospital Universitário, as diferenças de regime estatutário, podem ser fatores desumanizantes na assistência à saúde. Essas assertivas aparecem e são compartilhadas nos relatos dos participantes quando dizem que, em tempos anteriores, os comportamentos dos colaboradores, de um modo geral, eram diferentes, que as pessoas eram mais comprometidas e envolvidas com as questões do outro, mais humanas, mas que estas atitudes se perderam, apresentando como justificativas que, *“talvez, seja a frieza do hospital de ensino e a estabilidade do emprego”* (C4), pois consideram que *“a estabilidade do serviço público modifica os comportamentos dos trabalhadores. Deixa-os menos comprometidos... menos humanos”* (C1).

A falta de planejamento estratégico, a desconsideração do potencial intelectual, criativo e inovador dos colaboradores; a precarização das condições de trabalho; as relações verticalizadas; a desconexão dos serviços; a despreocupação com o desenvolvimento profissional; as desigualdades atribuídas entre os profissionais; a morosidade na busca de soluções para os problemas; a falta de socialização e integração para os novos membros e vários outros são apontados como fatores que interferem na qualidade dos serviços prestados na saúde e como desmotivadores do envolvimento e comprometimento dos colaboradores por um estudo de clima organizacional realizado na mesma instituição. Ainda, foi evidenciado que ocorre uma distorção no entendimento sobre deveres e direitos, resultando em privilégios assegurados pelo Regimento Jurídico Único, que promove a impunidade e conflitos (AVILA, 2006).

É interessante ressaltar que os colaboradores verbalizaram que a descaracterização da subjetividade e da integralidade da assistência à saúde nesta instituição veio com o distanciamento das relações com os professores e que, quando estes eram mais presentes no ambiente assistencial *“as características do atendimento do HU/FURG eram outras. Era diferenciado, mais humano. Mais voltadas para o ensino, de forma geral, dos alunos e dos colaboradores e não somente para atender as necessidades da cidade”* (PC do grupo 2 de C).

Em outras palavras, *“como se, agora, tivesse acontecido uma separação entre a academia e o hospital. Professores, alunos e trabalhadores não falam mais a mesma língua. Não estão mais focados nas pessoas e sim no ensino, na patologia e em dar conta do volume de trabalho. Assim, a assistência perde seu aspecto humano, apesar de ser realizada por seres humanos”* (PC do grupo 1 de C). Entende-se que este distanciamento entre ensino e o fazer possa ter ocasionado mudanças nas características assistenciais do atendimento do HU, gerando alterações nos comportamentos dos colaboradores: *“somos... Estamos muito científicos, mecânicos, pouco humanos...”* (C2).

Talvez, tenham surgido sentimentos de desvalorização, ao perceberem-se os colaboradores como ocupantes de espaços apenas do “fazer” e terem seus espaços de “ser” reduzidos, em decorrência desta dicotomia. Desse modo, entendem que *“é necessário, urgentemente, resgatar o aspecto humano das pessoas, em geral, tanto dos trabalhadores como dos usuários”* (C3).

Para os colaboradores, o acolhimento foi descrito como sendo ações e/ou atitudes necessárias para os usuários, profissionais e gestores produzirem saúde em um processo de participação, colaboração e responsabilidades mútuas. É baseado em relações interpessoais, portanto depende de condutas e comportamentos individuais e coletivos. O assunto precisa ser discutido e debatido, proporcionando espaços e momentos de reflexão para a sua construção e aprimoramento que é um processo permanente e contínuo.

Há o seu reconhecimento como um processo transversal das relações pessoais, 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 dialogo e pelo entendimento entre profissionais e chefias. É expresso pelo amor e respeito ao próximo. 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 através de processos de educação, participação, conscientização com e para gestores, colaboradores e usuários (MACIEL, 2008).

Por sua vez, *“acreditamos que o fazer em equipe possa ser a base para um bom trabalho. Assim, teremos e ofereceremos, qualidade de vida a todos os seres humanos presentes no ambiente”* (PC do grupo 3 de C). O acolhimento é postura individual e coletiva, expresso por atitudes e ações dos atores envolvidos nas diferentes etapas do processo de promoção da saúde, ou seja, 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).

Portanto, serve como dispositivo para mudanças, pois se utiliza de estratégias que buscam melhorar as relações no cenário do SUS, centrado na integralidade dos sujeitos, e reforçar a efetivação deste sistema de forma mais abrangente possível (BRASIL, 2006c). Fica evidenciado que a assistência à saúde é um processo multiprofissional e que o acolhimento necessita ser uma prática institucionalizada, para que seja introjetada e assimilada pelas pessoas, desencadeando e motivando comportamentos e atitudes focadas nos sujeitos.

Desse modo, a humanização das ações dos profissionais que prestam assistência à saúde transpõe as técnicas e tecnologias avançadas, compondo um cenário complexo, estabelecendo relações pessoais focalizadas nas pessoas e que estas estejam envolvidas e comprometidas entre si como sujeitos e colaboradores e com os outros como seres humanos em suas relações com o universo e com a vida. Portanto, para humanizar a assistência é preciso humanizar-se, revendo conceitos, assegurando e respeitando as relações e inter-relações pessoais e com a vida (MEZZOMO, 2003; CAPRA, 2005).

5.2.2. A compreensão da integralidade como condição agregadora de ações e atitudes para desenvolver uma assistência à saúde mais humanizadas

A concepção de humanização na assistência à saúde surge a partir do entendimento da integralidade dos seres humanos em que humanização é *“a valorização do todo, ou seja, do paciente, da equipe, dos funcionários, dos ambientes”* (PC do grupo1de C); *“é representada pela atenção, pelo cuidado com o outro, com o*

físico, o emocional e o espiritual. É carinho, amor pelos semelhantes, mesmo que diferentes. As atitudes e os gestos valem mais que as palavras” (C8).

Assim, ao percebemos o outro de forma integral, visualizando a sua singularidade e contemplando a sua subjetividade, estamos prestando uma assistência humanizada e, talvez, também estejamos nos entendendo de forma menos fragmentada e mecânica, nos aproximando de nossa essência humana. Em outras palavras, ao percebermos o outro em sua integralidade, também nos percebemos como parte integrante e importante desta rede que, através de suas interconexões e interdependências promove, protege e recupera a vida (BACKES, 2004; BENEVIDES, 2005; BRASIL, 2006a).

Há o entendimento de que *“as pessoas preocupam-se apenas consigo. É preciso acabar com este isolamento e desenvolver os sentimentos de responsabilidades. Um sentimento... que todas as pessoas precisam desenvolver para não perderem sua essência” (C6)*. Portanto, a humanização também foi expressa como *“a necessidade da quebra do individualismo e o reforço de compromisso social e coletivo com a vida. (...) É participar das decisões que vão direcionando a vida” (C2)*, porque *“a humanização engloba a tudo e a todos, pois a assistência à saúde é feita para seres humanos e por seres humanos e não se limita aos espaços de atendimentos” (C3)*. Assim a prerrogativa de co-responsabilidade e de co-participação dos sujeitos envolvidos no processo de saúde, inclusive dos usuários, aparece nas assertivas que humanização *“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)*.

Os colaboradores que atuavam diretamente com os usuários, independentemente de suas profissões, mesmo que desempenhando atividades consideradas meio, demonstraram entendimento diferenciado sobre o assunto, se comparados aos colaboradores que atuavam apenas com outros profissionais. Estes apresentaram-se mais resistentes a participarem do estudo, verbalizaram preocupações com os usuários, mas não demonstraram sentir-se responsáveis pelos outros. Talvez, não se percebam como integrantes da rede que é o processo de promoção à saúde e expressaram claramente que o acolhimento e a humanização são de responsabilidade

dos profissionais que atuam junto aos usuários, sendo principalmente da enfermagem e da medicina.

Assim com esta percepção, não se visualizam inseridos na equipe multiprofissional e, portanto, não desenvolvem o entendimento e o sentimento de que todos os atores são co-responsáveis, têm importantes papéis e valores iguais. Ao descuidarem-se do outro, também podem estar descuidando de si, de sua condição humana, justificando que a responsabilidade por um atendimento mais acolhedor e humano seja do outro e não sua: *“não vejo a necessidade de participar dos trabalhos, pesquisas e eventos realizados no HU, pois já tenho minhas tarefas definidas e cumpro com elas”* (C11). Nestes casos, parecem não compreender a interdependência e as interconexões dos diferentes trabalhos realizados nem a interferência de um trabalho no desenvolvimento do trabalho do outro e, consecutivamente, no produto final que é a promoção da saúde de todos os atores; usuários, colaboradores e gestores, podendo até dizer que da população em geral, visto que este sistema de saúde é extensivo à comunidade em geral sem distinções.

5.3 O ACOLHIMENTO E A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONCEPÇÃO DOS GESTORES

Nesta categoria, os três participantes encontravam-se na faixa etária entre 40 e 65 anos, atuavam na instituição como servidores públicos há quinze anos ou mais, em serviços considerados fins. O nível de escolaridade predominante entre os participantes foi especialização seguida de doutorado. Dois desempenhavam atividades administrativas há oito anos e um há quatro anos.

5.3.1 Fragilidades no preparo dos servidores públicos frente às políticas de saúde e gestão

Após contato prévio com os gestores, chegou-se ao consenso que não seria possível desenvolver a dinâmica em outro espaço, devido ao período de férias e ter um quantitativo reduzido trabalhando. Por este motivo, em conjunto, decidiu-se realizar o encontro no local de trabalho. Demonstraram dificuldades em expressarem-se sobre o assunto, pouco domínio do tema abordado e urgência em concluir a dinâmica apresentada.

Foi possível observar que, durante o desenvolvimento da dinâmica de grupo, um dos participantes demonstrou mais interesse e domínio, se comparado aos outros, buscando interagir e motivar os demais a participarem com maior envolvimento: *“é um assunto importante. Somos um hospital de ensino. Temos que estar sempre refletindo nossa prática, nossos comportamentos”* (G1).

O grupo gestor mostrou-se muito focado no fazer, buscando assegurar o recebimento de verbas para a manutenção da instituição e pouco valorizar as possíveis contribuições que a implementação da PNH possa ter no auxílio do cumprimento destas metas. O acolhimento e a humanização da assistência à saúde, de acordo com os preceitos da PNH, incluem de forma igual todos os atores envolvidos no processo de promoção à saúde. Para tanto, os colaboradores precisam sentir-se reconhecidos, valorizados, responsáveis e participar mais dos processos que discutem as problemáticas, caminhando ao encontro de soluções e alternativas com mais empenho e dedicação (BRASIL, 2006a).

A humanização pode envolver ações pontuais focadas em estruturas financeiras e físicas como melhorias em prédios e aquisição de equipamentos tecnológicos sofisticados. Porém, se não estiverem inseridas em um processo de mudança de concepção dos atores que atuam na instituição sobre a valorização dos sujeitos, serão ações pouco eficientes que não efetivam o processo de humanização. Salienta-se que é de responsabilidade dos gestores institucionais e públicos favorecerem, estimularem e incentivarem o desencadeamento deste processo nas instituições de saúde que prestam serviços ao SUS (MELLO, 2006).

Os gestores das instituições públicas de saúde, são escolhidos, eleitos conforme políticas internas institucionais baseadas em normas nacionais, assim passam a ocupar

espaços de grande importância e de responsabilidades sociais. Procuram fazer o melhor possível e muitas vezes não medem esforços para desempenharem suas funções, porém parecem estar pouco instrumentalizados para tais funções. Desta forma podem vir a atuarem em desconformidade com as políticas públicas nacionais de saúde, pois parecem ter um conhecimento superficial e ou deficitário destas, dificuldade esta que poderia ser resolvida com uma capacitação específica destes atores para o cargo pretendido. Ficam muito focados no fazer e pouco no ser, devido as pressões políticas municipais, estaduais e federais para o cumprimento de metas quantitativas, assegurando o recebimento de verbas e atuam pouco no campo das metas qualitativas.

5.3.2 Atuação em equipe, um exercício contínuo a ser aprendido e praticado por todos

Estes participantes demonstraram ter mais desenvoltura para expressarem de forma individual seus entendimentos sobre o assunto. Ao serem solicitados para realizar uma interação em grupo para construir um parecer sobre o assunto, de forma coletiva, demonstraram dificuldades em entrosarem-se e exporem suas idéias, interconectando-se de forma consensual. A conduta do participante G1 apresentou-se de forma diferenciada. Assim, comportou-se como um agregador do grupo e motivador para o desenvolvimento das atividades propostas. Diante da dificuldade de atuar em equipe apresentada pelos participantes desta categoria, o entendimento coletivo sobre o assunto foi descrito de forma sucinta, apesar da magnitude dos esforços empreendidos.

Não houve uma separação entre o entendimento de acolhimento e humanização, tendo sido feita e estabelecida uma visão integrativa entre os dois termos. Desta forma, salientaram a interconectividade defendida na PNH de seus dispositivos: *“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).

A atuação em equipe pode ser um dispositivo para a construção de um elo forte entre gestores e colaboradores para a construção de uma identidade institucional e, assim, buscar resultados que modifiquem a forma de promoção de saúde, proporcionando maior satisfação aos usuários e colaboradores (MELLO, 2006). Para tanto, se faz necessário que o grupo gestor atue em equipe para servir de base em suas práticas, como exemplo a servir de influência para a atuação dos colaboradores, incorporando verdadeiramente estes esforços em seus fazeres cotidianos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

(Florence Nightingale)

Usuários, colaboradores e gestores demonstraram compreender a essência do significado do acolhimento na assistência à saúde e também como seria uma assistência mais humanizada, contemplando em vários aspectos a PNH, embora não compartilhem da mesma concepção sobre o tema. Ficou evidenciado, por parte dos usuários e colaboradores, que urge a necessidade de compreender o ser humano em sua integralidade e melhorar as relações interpessoais para que se tenha uma assistência à saúde mais acolhedora e humanizada, enquanto que os gestores estão focados na obrigação de garantir a viabilidade da assistência, através de recursos materiais, condições financeiras e condições de ambiências.

Para os usuários, o acolhimento e a humanização são expressos pela resolutividade dos problemas que atingem sua condição de saúde. São pouco politizados e contentam-se com ações objetivas e pontuais para a manutenção de sua saúde. Desconhecem as leis e os mecanismos para garantirem seus direitos. Exercem sua cidadania apenas no nível de sobrevivência. São humildes. Por estes motivos, desconsideram como prioridades ações e atitudes que expressem respeito pelo ser humano, usam pouco ou nem usam sua autonomia, mesmo quando está em discussão a sua condição de saúde, são pouco participativos, desinformados e não conseguem visualizar sua condição de participação nas diferentes esferas que definem as ações de saúde de sua região.

Para os colaboradores, o foco principal são as questões de relacionamentos pessoais com os diferentes atores. Percebem-se como equilibristas, entre as prerrogativas dos usuários e as dos gestores, e que, ao desequilibrarem-se, muitas vezes, têm suas condições de trabalho e de saúde alteradas.

Os colaboradores que atuam em atividades fins ou em contato direto com os usuários têm uma concepção diferente daqueles que atuam em setores que atendem apenas um público interno. Todos almejam mudanças nas relações interpessoais, mas nem todos se percebem como atores que compõem e constroem os cenários em que estão inseridos e que, portanto, podem modificar este contexto, se atuarem em equipe.

Vejo como desafio a vencer envolver os profissionais que exercem atividades meio, sem contato direto com o público a ponto de sentirem-se parte do processo de promoção à saúde a perceberem-se também co-responsáveis pelas ações de humanização e acolhimento na instituição, englobando as relações usuários x profissionais x gestores e vice-versa, e as relações e suas dependências entre os próprios profissionais dos diferentes setores e funções. Outro fator de grande grau de dificuldade é envolver os profissionais médicos, pois considerar o subjetivo das pessoas parece não ser o centro deste universo.

Construir outras percepções é um processo lento e precisa ser feito com e pelos sujeitos envolvidos, precisa existir o desejo de desenvolver outra forma de ver a vida. A medicina ainda encontra-se focada na doença, ao invés da saúde, na patologia em si, ao invés do sujeito e seu contexto, na assistência individualista centrada em especialidades, ao invés de assistência em equipe multiprofissional.

Ao observar os registros dos relatos e das condutas envolvendo enfermeiros participantes deste estudo, reforço a idéia que a enfermagem possa ser o elo entre os diferentes profissionais e usuários para implementar a PNH na instituição. A presença do enfermeiro na promoção de saúde torna o trabalho da equipe menos reducionista e mecanizado, provendo-o 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 necessidade da garantia da oferta da assistência à saúde e preocupam-se pouco com a forma como ocorre. Buscam assegurar o funcionamento do sistema através de ações pontuais, objetivas, visando à satisfação das necessidades quantitativas dos usuários. Assim, a subjetividade, a autonomia, a participação e a co-responsabilidade não são

trabalhadas no âmbito dos usuários e são pouco exploradas no âmbito dos colaboradores.

Com esta postura, assumem uma sobrecarga de responsabilidades que poderiam ser compartilhadas, aumentando as possibilidades de resoluções das problemáticas da instituição, beneficiando a todos com a melhora na qualidade do atendimento prestado e das condições de trabalho, no que diz respeito às relações interpessoais. 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, portanto, sentem-se mais responsáveis pelos resultados obtidos.

Posso afirmar pelos fatos experienciados, durante a coleta de dados que nem sempre a teoria foi seguida pelos colaboradores e gestores. É como se a realidade sufocasse o desejo de atuar de outra forma, inibindo, constringendo, paralisando os atores e até mesmo, 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 espremida, em meio a fatores da instituição, do município, das políticas e do próprio sistema de saúde nacional, fazendo com que as pessoas entendam o que é acolhimento, mas não se percebam e não se sintam acolhidas e, consecutivamente, não consigam acolher o outro também.

Assim, sem serem acolhidos, usuários, colaboradores e gestores não exercitam a ação de acolher, fazendo cada vez mais a assistência à saúde ficar limitada ao objetivo de tratamento da doença, se possível, de cura. Isto acaba reduzindo as pessoas a portadores e tratadores de patologias, necessidades e conhecimentos especializados e, muitas vezes, fragmentados, esvaziando estes atores de sua essência humana, ao desconsiderar as subjetividades e aspectos integrais de cada ser.

Todos clamam por mudanças. Alguns já compreendem que as mudanças no sistema dependem e interdependem das ações, relações e comportamentos dos sujeitos envolvidos no processo de promoção da saúde. Estes sujeitos, que já se reconhecem como responsáveis e co-responsáveis e, também, como parte desta rede, talvez, possam ser multiplicadores deste entendimento, para que permaneça a

construção da compreensão que a vida é uma experiência coletiva, que as pessoas fazem parte de um contexto amplo e que envolve o universo.

As atitudes, ações e comportamento dos diferentes atores nos diferentes cenários é como se fossem fios, sendo amarrados uns aos outros, formando uma gigantesca rede, interconectada, interdependente e 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.

A PNH é uma política que provoca reflexões acerca dos comportamentos dos diferentes atores em seus contextos, ultrapassando a teoria e se estabelecendo nas ações, ou seja, na prática. Como foi construída para fortalecer e efetivar o SUS precisa estar introjetada, não somente em nosso conhecimento, mas, também, em nossos comportamentos e condutas.

8. REFERÊNCIAS

“Gosto de ser gente, porque inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele”.

(Paulo Freire)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Projeto acolher: Adolescer, compreender, atuar.** Brasília, 2001.

AVILA, G. G. F. **Elementos da cultura de um hospital universitário:** repercussões no comportamento organizacional. 2006. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

AZAMBUJA, E. P. de. **O processo educativo e o processo de trabalho:** construindo a prevenção da situação de risco de acidente de trabalho. Dissertação de Mestrado, REPENSUL – polo II - FURG e UFPEL, Rio Grande 1999.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3):549-560,2005.

BACKES, D. S. **A construção de um espaço-dialógico reflexivo com vistas à Humanização do Ambiente Hospitalar.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande 2004.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006a.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A humanização hospitalar como expressão ética. **Rev. Latino-Am. Enf. Ribeirão Preto**, v.14, n.1, p.132-135, jan./fev.,2006b.

BERTONE, Arnaldo Agenor. **As idéias e as práticas:** a construção do SUS. 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_revisada_Arnaldo.pdf.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde:** relatório final. Brasília, 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 13 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da saúde. **8ª Conferencia Nacional de saúde:** Anais. Brasília, 1986. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em 13 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica 8080 de 1990a.** Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. Acesso em 13 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Orgânica 8142 de 1990b.** Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. acesso em 13 de maio de 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** Comunicação visual/Instruções Básicas. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. Acessado em 5 de junho de 2006 em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. ISBN 85-334-0325-9.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde:** avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1. ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. ISBN 85-334-055-8.

BRASIL. Conselho Nacional Saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resoluções. Acessado em 17 de fevereiro de 2009 em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

BRASIL. Nações Unidas no Brasil. Declaração dos Direitos Humanos, 1948. Acessado em 25 de fevereiro de 2009, em <http://www.onu-brasil.org.br>.

BRASIL. Conselho Nacional Saúde. Ministério da Saúde. Resolução 196, 1996. Acessado em 17 de fevereiro de 2009 em <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003b. ISBN 85-89545-01-6. Acessado em 3 de junho de 2006 em http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf (Acessível também a partir do DATASUS).

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. ISBN 85-334-0871-4. Disponível em PDF e online.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed.- Brasília: Editora do M.S.2006a. ISBN 85-334-1138-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Núcleo técnico da política Nacional de Humanização**. Grupo de Trabalho de Humanização - 2ª ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE** 2.ª edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2006c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização : **HUMANIZASUS GESTÃO PARTICIPATIVA E CO-GESTÃO**. 2.ª edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF, 2006d.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Trabalho e redes de Saúde, Valorização dos Trabalhadores da Saúde**. 2.ª edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Núcleo técnico da política Nacional de Humanização**. Grupo de Trabalho de Humanização - 2ª ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BENEVIDES, R & Passos, E. A humanização como dimensão pública da política de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(3):561-572, 2005.

CAPRA. F. **Teia da Vida**. 11ª ed. S. Paulo, Cultrix, , 2006.

CARDOSO JR., H.R. Questões acerca do humanismo no pensamento contemporâneo: nuances do Inumano. Rev. Educação e filosofia.v. 17, nº 34 p. 117-163, jul-dez 2003.

Congresso Brasileiro de Enfermagem, 59, 2007. Brasília **A Integralidade e a Enfermagem na competência coletiva do cuidar em saúde**. Brasília, ABEN, 2007.

Declaração de Alma-Ata. In: I **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**, Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 10 jan. 2009.

DEMO, Pedro. **Ensinando a aprender**. São Paulo, editora: Papirus, 1988.

DOMINGUES, J. A. **Porquê o inumano?** Comunicação ao Congresso Internacional da AFFEN – Associação Portuguesa de Filosofia Fenomenológica, Coimbra, Março de 2005 www.lusosofia.net

Encontro de Pró Humanização, 1, 2007, Hospital de Clinicas. Porto Alegre, 2007.

Encontro de Pró Humanização, 2, 2008, Hospital de Clinicas. Porto Alegre, 2008.

- FORTES, P. A. C. **Ética e a Saúde**. São Paulo. Ed. Pedagógica Universitária, 1998.
- FORTES, P. A. C. Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Rev. Saúde e sociedade** v. 13, n.3 p. 30-35, set-dez. 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 28ª ed. S. Paulo. Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1994.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FRITZEM, Silvino José. **Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo**. Petrópolis, editora: Vozes, 28 ed., 1999.
- GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- GIL, A C. **Como elaborar projeto de pesquisa**.4ª ed. S. Paulo, 2002.
- GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. S. Paulo. UFPR, 2002.
- HEIDEGGER, M. **Ser e o tempo**. 11 ed.São Paulo: Vozes, 2001.
- LUNARDI FILHO W D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2º ed. Pelotas (RS): Universitária; 2004.
- LUNARDI, V.L. ET AL. Problemas no cotidiano. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**.Porto Alegre, V. 21, nº 2, p. 125 – 140 jul. 2000.
- MACIEL, C. M., SILVA, A. F. Gerenciando pessoas utilizando modelos holísticos. **Rev. Adm. Contemporânea** Curitiba, v.12 nº. 1 Jan./Mar. 2008.
- MELLO, S. B. de. A Humanização sob o ponto de vista do Gestor de Saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 20. Nº 2, jul. a dez 2006.
- MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. **Praxis en salud un desafío para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MEZZONO, A. A. A dor provoca necessidade de apoio espiritual. In MEZZONO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Loyola, 2003.
- MEDEIROS, R. H. A.; IUNG, A. M. B.; COMUNELLO, L. N. A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. **Rev. PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1,p 17-24, jan/abr. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, M. G. A. Cuidado humanizado no ensino da enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, v. 57, n. 6, p. 758-720, nov../dez. 2004.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**.- 9ª ed.- Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 11ed. -São Paulo: Cortez; Brasília, DF:UNESCO, 2006.

NALINI JR. **Ética geral e profissional**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1999.

OLIVEIRA, A, Gonçalves, M.. **Análise da Teoria Interacionista de Paterson e Zderad**. Curso de Mestrado. Pelotas: URG/UFPel. 1997.

PESSINE, L.; BERTACHINE, L. Humanização em saúde: o desafio de cuidar do ser com competência humana e científica. In. ----- (org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006. P. 1-8.

POLIT, C.T.e HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. DF. Bookman,2004.

Relatório de Gestão, 2007. Hospital Universitário, FURG. Rio Grande 2008.

Relatório da Contratualização, 1º e 2º trimestre, 2008. Hospital Universitário, FURG. Rio Grande, 2008.

RIBEIRO, J. P. et al. Análises das diretrizes curriculares: uma visão humanista na formação do enfermeiro, **Rev. Enf. UERJ**, v. 13,n.3 p. 403-409, set/dez., 2005.

SACCONI, L. A. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Atual. 1996.

SIQUEIRA, H.C. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar**. Tese de Doutorado. Curso de Pós graduação da UFSC. Florianópolis, 2001.

SANTOS, Nilde R.. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar: percepção de enfermeiros de um hospital universitário**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás.2007.

SCHOLZE, A. S.; ÁVILA, L. H.; SILVA, M. M.; Dacoreggio, S. T. K. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Rev. Espaço**

para a **Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006. Disponível em www.ccs.uel.br/espacoparasaude.

SILVA, C.R.A. **Repensando a prática com a equipe de enfermagem a partir de uma teoria humanista**. Monografia de Especialização, universidade Federal do Rio Grande. 2003.

SILVEIRA, R. S. da. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. Tese de Doutorado. Curso de Pós graduação da UFSC/PEN. Florianópolis, 2006.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf.

SOUZA, M. O. L; SILVA, L.A.; FERNANDES, S. M. G. F. **Resgatando a ética do serviço de enfermagem: questões de acolhimento aos usuários em unidades de saúde da mata norte de pernambuco**. Artigo Para Especialização, FIOCRUZ, 2006.

TEIXEIRA RR. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO: Rio de Janeiro; 2003. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/acolhiconve>.

TRIVINOS, A, N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciencias sociais**. 2ª ed. 1992.

URBAN CA . **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: REVINTER; 2003.

VERGARA, S. C., & Branco, P. D. (2001). Empresa humanizada: a organização necessária e possível. **Revista de Administração de Empresas**, 41(2), 20-30.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre eu, o outro e o cosmo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ZABOLI, E. L.C. P.; Oquisso, T, **Ética e Bioética**: desafios para enfermagem e saúde. Barueri. SP. Manoele, 2006.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo tem como objetivo conhecer o entendimento e a concepção dos gestores e trabalhadores/colaboradores sobre o acolhimento como estratégia da PNH. Este trabalho destina-se à elaboração de uma Dissertação pela mestranda Carla Regina André Silva, a qual obterá o título de Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande, sob a orientação do Prof. Dr. Wilson Lunardi Filho.

Para isto, gostaria de contar com a sua participação que é muito importante.

Estou ciente de que:

- Minha participação será mediante trabalho em grupo, sendo esse gravado em fita cassete;
- Meu nome será mantido em sigilo, assim como o caráter confidencial das informações relatadas;
- Poderei desistir de participar, em qualquer etapa da pesquisa, sendo seu consentimento retirado, sem que isso me acarrete nenhum dano ou prejuízo;
- Minha participação não terá custo nenhum;
- Terei a garantia de esclarecer qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- Terei acesso aos resultados do trabalho.

Mestranda: Enf^a Carla Regina André Silva - Telefones (53) 32307171

Orientador da pesquisa: Prof. Dr. Wilson Lunardi Filho –
(53) 32338855

Local e Data:

Assinatura Participante

Assinatura Pesquisadora

AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Ilma. Sra.

Coordenadora do desenvolvimento

Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

Venho por meio deste, solicitar autorização para desenvolver o Projeto do Curso de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem - FURG, neste Hospital Universitário, sob orientação Prof. Dr. Wilson Lunardi Filho.

Este estudo tem como objetivo conhecer o entendimento dos colaboradores sobre o acolhimento como estratégia da PNH. Na busca de melhor produzir saúde através da assistência utilizando o referencial teórico da PNH que é focado nos sujeitos, na autonomia e no protagonismo destes, ancorado em uma visão sistêmica que defende as relações, interconexões, a interdependência e a totalidade. A população alvo deste estudo serão trabalhadores das diversas categorias profissionais do HU.

O estudo em questão poderá possibilitar saber qual a compreensão dos usuários trabalhadores, e gestores sobre o acolhimento. Como o entendimento do ser humano se processa de uma forma subjetiva e singular, de acordo com suas próprias vivências. Pretende-se realizar uma análise deste entendimento com uma pesquisa de natureza exploratória descritiva com abordagem qualitativa.

Na certeza de contar com vosso apoio desde já agradeço, ao mesmo tempo em que coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Carla Regina André Silva
Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Ciente: de acordo.

Data:

Assinatura e carimbo:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM



**INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS PARA A DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO DE CARLA ANDRÉ**

**ACOLHIMENTO: UMA CONSTRUÇÃO TRANSVERSAL ÉTICA, ESTÉTICA E
POLÍTICA NA SAÚDE**

DINÂMICA DE GRUPO

OBJETIVO:

METODOLOGIA:

9. Na folha número um (1) escreva no mínimo três expressões ou frases que representem o significado de acolhimento e humanização (não podem ser usadas as palavras qualidade, vida, educação, bem estar, promoção ou trabalho);

10. Na folha número dois (2), ilustre com um desenho (figura/símbolo) que possa traduzir o significado das expressões dadas a acolhimento e humanização na assistência a saúde;

11. Retorne na folha número um (1) e escreva um parágrafo que explique o significado do acolhimento e humanização na assistência a saúde dados pelas expressões e pelo desenho;
12. Passe para o colega ao lado apenas o desenho, não comente nada, apenas entregue;
13. Comente o desenho do colega, o que ele significa para você, e compare os desenhos procurando elucidar possíveis diferenças e semelhanças. Relembrando que até o momento a construção é tua sem a interação direta do coletivo, pois tens os dois desenhos e apenas o teu significado escrito;
14. Apresente aos colegas o desenho que recebestes e comente o significado que teve para você e o colega que fez o desenho comentará a sua interpretação do desenho que realizou.

Passando do individual para o coletivo:

1. Após a apresentação dialogada, vamos nos reunir em um ou mais grupos e aproximar as palavras sintetizando em um único texto o entendimento sobre acolhimento e humanização a assistência a saúde, destacando palavras chave. Assim o(s) grupo(s) estará sintetizando o significado coletivo sobre o assunto, condensando as idéias de cada um. Assim a expressão do significado sobre acolhimento e humanização tornou-se coletivo e não mais individual, pois o texto produzido é uma argumentação conjunta sobre o entendimento do grupo sobre o assunto.

É como afirma Marx, "qualquer reforma do ensino, começa pela reforma do educador" Isto leva a necessidade de reformulações, um novo pensar, um novo olhar, uma nova visão, um novo foco.