

ACOLHIMENTO: UM OLHAR INCLUSIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO SOCIAL

Victor Gomes de Paula. UNIDESC¹

Kelly Cristina S. A. Pereira. FACIPLAC²

Consuelo Vaz Tormin. SMS. Luziânia/GO³

Carla de Fátima N. Queiroz de Paula. UNIDESC⁴

Eixo Temático: Políticas de Saúde Pró-Inclusão Social.

Agência Financiadora: não contou com financiamento.

Resumo

A inclusão social é um assunto de discussão predominantemente das Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Entretanto, tem ganhado espaço na Área da Saúde. Ela é uma prática indissociável da atenção à saúde e da prática terapêutica, sendo aplicada a partir da percepção dos fenômenos que compõem o fazer em saúde. Nesse contexto, o presente artigo se propôs a fazer uma reflexão acadêmica junto a estudantes de graduação da área da saúde, sobre a temática da inclusão social, a partir das estratégias inclusivas do Sistema Único de Saúde– SUS, utilizando-se das diretrizes da Política Nacional de Humanização– PNH como referencial teórico. O objetivo do presente trabalho foi discutir a prática da inclusão social no contexto da PNH, a partir do acolhimento, como estratégia de inclusão social. A metodologia utilizada para a realização da pesquisa foi revisão bibliográfica, a partir dos documentos oficiais do Ministério da Saúde que abordam a temática da humanização em saúde. Foram apresentados e discutidos os conceitos de humanização e sua aplicabilidade à saúde. Discutiram-se ainda os conceitos de acolhimento, como diretriz norteadora da PNH. Identificou-se que o acolhimento pode ser considerado uma estratégia de inclusão social, como também de exclusão e que, para se praticar a humanização na saúde, é necessário envolver não só usuários da saúde pública como também gestores e trabalhadores. Entretanto, para que haja mudança nos modelos de gestão e cuidado, inscritos na humanização, é necessário mudar conceitos e comportamentos dos futuros profissionais e gestores da saúde. Nesse contexto, urge uma reflexão sobre a formação profissional de estudantes de graduação da área da saúde no âmbito da inclusão social.

¹Mestre em Educação. Biomédico. Professor Universitário. victor.gomes@unidesc.edu.br

²Mestra em Geriatria e Gerontologia. Fisioterapeuta. Professora Universitária. criskel@gmail.com

³Especialista em Saúde Pública e Farmácia Hospitalar. Farmacêutica. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia/GO. consuelocvt@gmail.com

⁴Especialista em Gestão de Pessoas e Marketing. MBA em Gestão de Instituições de Ensino Superior. Administradora. Professora Universitária. carla.queiroz@unidesc.edu.br

Palavras-chave: acolhimento; humanização; inclusão social.

1. Introdução

A temática sobre inclusão social vem sendo amplamente discutida na contemporaneidade. Entretanto, destacam-se as perspectivas das Ciências Humanas e das Ciências Sociais e Aplicadas. O conceito de inclusão social tem sido mal compreendido devido a interpretações do senso comum. Ele não se aplica apenas ao contexto educacional (educação inclusiva), tão pouco a indivíduos com necessidades especiais, ou a grupos sociais marginalizados. Este é um paradigma que necessita ser sobrepujado (CAMARGO, 2017).

Em um contexto mais amplo, o conceito de inclusão social deve relacionar os direitos e garantias sociais, com os direitos, preceitos e fundamentos da assistência à saúde. Portanto, a inclusão social é indissociável da atenção à saúde e da prática terapêutica, visto que profissionais de saúde podem inscrevê-la na prática clínica, a partir dos anseios de gestores, trabalhadores e usuários da saúde pública (SAYCE; BARROS, *et. al*, 2017). Para Camargo (2017, p. 01), a inclusão social é “uma prática social que se aplica no trabalho, na arquitetura, no lazer, na educação, na cultura, mas principalmente, na atitude e no perceber das coisas, de si e de outrem”.

Considerando a ideologia de Camargo (2017) e suas percepções sobre inclusão social, pautadas em atitudes e observações, pretende-se com a presente pesquisa, promover uma reflexão junto a estudantes de graduação da área da saúde (Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia) sobre a atitude dos profissionais da saúde frente às diferenças sociais, culturais e organizacionais que lhes serão impostas no fazer diário da assistência e atenção ao paciente, nos processos de gestão e cuidado na Atenção Básica e Hospitalar.

A proposta do presente artigo é de uma revisão bibliográfica. Visa-se discutir a inclusão social sob o olhar da área da Saúde, a partir das estratégias inclusivas implementadas pelo Sistema Único de Saúde– SUS, preocupado em sistematizar as ações e os serviços de saúde. Estes, por sua vez, estão inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência ao paciente, garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2016b).

Para isso, são discutidos os objetivos, princípios e métodos da Política Nacional de Humanização – PNH-, também conhecida como HumanizaSUS. Esta é uma política direcionada a fomentar discussões com vistas à busca e ativação de mecanismos que favoreçam a promoção de ações de humanização no âmbito da atenção e da gestão da saúde no Brasil.

É discutida também a prática da inclusão social no contexto da Política Nacional de Humanização, a partir das diretrizes do acolhimento como estratégia de inclusão social. Este trabalho foi apresentado e debatido em uma mesa redonda do II Simpósio de Educação Inclusiva da Região Centro-Oeste– II SEICO, promovido pelo Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste– UNIDESC.

2. Desenvolvimento

2.1. Humanização e acolhimento em saúde

Antes de se aplicar o conceito de humanização à Ciência da Saúde, é importante que se destaquem os conceitos essenciais do vocábulo *humanizar*, que consiste em *tornar humano, compadecer-se*. Define-se também como adquirir hábitos sociais polidos, civilizar. Enquanto que a palavra *humano*, vem de natureza humana, o que significa *bondoso, compassivo* (DICIONÁRIO ONLINE, 2017). Para Waldow e Borges (2011), humanizar significa cuidado, uma vez que apenas o ser humano é capaz de cuidar de outrem no sentido integral, naturalmente, de modo consciente, levando-se em consideração os aspectos racionais e emocionas do ato de cuidar.

Nesse sentido, a partir do conceito de cuidado e associando-o aos princípios da atenção à saúde, pode-se afirmar que a humanização é um movimento presente e crescente na saúde pública. Inicialmente, da humanização em saúde compreendeu-se como uma busca de um ideal, construído a partir dos anseios, expectativas e reflexões dos sujeitos envolvidos nas diversas atividades da assistência à saúde, como se fosse possível encontrar a perfeição. Entretanto, para humanizar processos, pessoas e organizações, é preciso reunir questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas das relações humanas, o que inevitavelmente distanciará a prática do ideal (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Eis uma justificativa de se debater a inclusão social no contexto da humanização. No âmbito da saúde, humanizar consiste em respeitar a singularidade dos indivíduos, de

modo a personalizar a assistência. Refere-se ainda a fazer jus à integralidade do direito à saúde garantida pela Constituição Federal e sua acessibilidade. Está intrincada também à formação e competência profissional dos agentes de saúde (BERMEJO, 2008 *apud* WALDOW; BORGES, 2011).

A temática da humanização vem sendo discutida pelo o Ministério da Saúde desde os anos 2000, quando foi regulamentado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar– PNHAH-, com o intuito de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários bem como entre os profissionais de saúde e a comunidade (BRASIL, 2001).

Entretanto, em 2003 fora lançada a Política Nacional de Humanização – PNH- com vistas a serem postos em prática os princípios do SUS. Neste caso, não somente direcionados à assistência hospitalar, mas sim com um olhar mais holístico. Considera-se a realidade diária dos serviços de saúde, com o intuito de serem promovidas mudanças nos modelos de gestão e cuidado (BRASIL, 2013). De acordo com a PNH, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 05).

Com efeito, a partir dos diversos conceitos de humanização, como humanizar os serviços de saúde pela realidade diária, sem considerar os aspectos da inclusão social? O SUS é considerado pelo Ministério da Saúde, como sendo a maior política de inclusão social do povo brasileiro, uma política “solidária e universal, que acolhe todos os cidadãos” (BRASIL, 2009, p. 06).

Ao contrário do que é apresentado na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) e na Constituição Federal de 1988 – CF/88 (BRASIL, 2016b), o SUS não tem cumprido com as prerrogativas de garantia de acesso à saúde a toda a população brasileira. É de domínio público a insatisfação popular com os serviços de saúde oferecidos. São fatos em divulgação frequente pela mídia, como filas intermináveis, péssimas condições de infraestrutura e má qualidade no atendimento.

A integralidade à saúde, outra diretriz garantida pela CF/88, também tem deixado a desejar em diversos níveis e serviços da rede assistencial. O modelo biomédico hegemônico visa à doença e não ao indivíduo, desconsiderando os demais

fatores do contexto saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BÔAS, *apud* MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012). Logo, o olhar humanizado, preconizado pela PNH, que deveria valorizar as queixas e as necessidades dos usuários do SUS, corrobora com a diminuição da autonomia e da promoção da saúde. Destarte, depõe-se contra as políticas inclusivas do SUS (SILVA; ALVES, 2008).

Ferraz *et. al* (2015) reforçam os achados de Silva e Alves (2008) ao criticarem trabalhadores e usuários do SUS, quando afirmam que o acolhimento nos serviços de saúde facilita o trabalho e aproxima a comunidade aos profissionais de saúde. Não obstante, tal realidade não tem sido praticada. Muitos profissionais de saúde e usuários do SUS desconhecem a amplitude do conceito e a aplicabilidade do acolhimento nos serviços de saúde. Este vai muito além de um bom atendimento, ou uma triagem bem realizada. Vai desde a porta de entrada da unidade de saúde até o encaminhamento do serviço que o usuário necessita.

O acolhimento na visão de Silva e Alves (2008) corresponde a uma estratégia para reorganizar o serviço de saúde, *a priori* com vistas à doença, redirecionando o olhar ao doente, reconhecendo as necessidades singulares de cada indivíduo. Dessa forma, reorganizar o serviço de saúde consiste em enfatizar a importância do trabalho da equipe multidisciplinar, humanizar a assistência à saúde e resgatar a postura acolhedora da equipe, levando em consideração os aspectos sociais dos usuários dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o acolhimento é uma das principais diretrizes norteadoras da PNH, pautado em princípios éticos, estéticos e políticos, traduzindo-se em atitudes inclusivas, ou seja, em ações de aproximação, de querer estar perto e com o outro. Logo, a proposta do acolhimento, visa suprir as necessidades do usuário dos serviços de saúde, respeitando-se as demandas prioritárias de urgência e emergência. Assim, o acolhimento propõe tornar o usuário e o trabalhador cúmplices de uma relação dedicada e singular, construída pela inclusão de ações de cuidado, compartilhado e recíproco. Portanto, não há como acolher o paciente, sem receber consigo o seu contexto social (BRASIL, 2016a).

2.2. Acolhimento como prática da exclusão

Ao discutir o acolhimento como uma estratégia inclusiva da PNH, faz-se necessário refletir e analisar a organização do trabalho nos diferentes serviços de saúde, visto que, para que haja o acolhimento, é necessária uma mudança de comportamento não só dos trabalhadores do SUS, como também de gestores e usuários, como preconiza a diretriz da cogestão proposta pela PNH. Não é possível acolher sem alterar a rotina das equipes de saúde. Logo, é necessário que as equipes e os gestores estejam dispostos a adaptarem-se às necessidades dos usuários e vice-versa, como num acordo. Caso o contrário, o acolhimento pode se transformar em uma ferramenta de exclusão (BRASIL, 2016a).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é:

Uma estratégia de interferência nos processos de trabalho. O acolhimento não se limita a um espaço físico, mas transparece em uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica um compartilhamento de saberes, de angústias e de invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. Dessa forma, o Acolhimento se constitui como parte do processo de mudança de atitude dentro do serviço de saúde (BRASIL, 2016a, p.10).

O HumanizaSUS preconiza a inclusão de todos os atores envolvidos na gestão e no cuidado dos processos de trabalho de atenção à saúde, denominado método da tríplice inclusão: inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Para a PNH, este método é considerado a mola propulsora de mudanças comportamentais entre os sujeitos envolvidos com a construção da saúde, de modo coletivo e compartilhado, a partir das diferenças nos processos de gestão e cuidado do fazer em saúde (BRASIL, 2013).

Apesar disso, insta ressaltar a necessidade de uma discussão mais abrangente, em nível de abarcar não só as diferenças processuais da organização do trabalho. Mas, sim, estimular a produção de novos modos de cuidar, a partir da diversidade social apresentada pelos sujeitos que necessitam do atendimento à saúde. Diante deste cenário, a PNH redesenhou as perspectivas e o modo de olhar para a saúde pública, em especial nos processos de gestão e cuidado da Atenção Básica.

Entretanto, a vontade de se praticar as diretrizes e os dispositivos da PNH, em especial o acolhimento, pode se transformar em ferramenta de exclusão, se implantada de modo desconectado e isolado da forma de gerir e cuidar (BRASIL, 2016a). O acolhimento passa a ser considerado como uma ferramenta excludente, a partir do momento em que se limita seu conceito a um bom atendimento, ou a uma boa infraestrutura da unidade de saúde, ou até mesmo diante de uma receptividade agradável por parte da equipe de saúde (FERRAZ *et al.*, 2015; GERRERO *et. al*, 2013). Reduzir o acolhimento a uma sala ambiente, ao cumprimento de horários, agenda ou à atuação de determinado profissional em detrimento de outro, acaba por limitar e excluir outros níveis da atenção e cuidado ao paciente, quando a postura deveria ser inclusiva em todos os momentos de cuidado.

Assumir o acolhimento de modo fragmentado significa assumi-lo de forma desconectada do restante da atenção à saúde, reduzindo a amplitude de seu conceito. As consequências de posturas como essas, resultarão em comportamentos limitantes, a momentos ou situações, não sendo valorizada toda a dimensão da condição de saúde do paciente, tão pouco as diversidades culturais, sociais e saberes trazidos por ele. Diante desse contexto, caberá à equipe de saúde a sensibilidade de acolher as diferenças e gerar o autocuidado, a partir da inclusão das diferentes dimensões (biológicas, sociais e subjetivas) trazidas pelo paciente (BRASIL, 2016a).

2.3. Inclusão Social na formação acadêmica em saúde

A construção do presente artigo pautou-se na necessidade de criação de novos espaços para o diálogo entre acadêmicos de saúde sobre a temática de inclusão social. A partir do debate entre os pesquisadores, percebeu-se que os acadêmicos da área da saúde não estão preparados para lidar com as diferentes realidades sociais que lhes serão apresentadas no início de suas carreiras profissionais.

Simões (2008) identificou a falta de interdisciplinaridade entre profissionais de saúde que atuavam no processo de reabilitação de crianças com deficiências motoras em Salvador– BA-, e a falta de conhecimentos sobre inclusão social diante do processo de reabilitação. Após ouvir fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos e nutricionistas, o autor constatou inúmeras divergências entre as falas dos profissionais de saúde e diferentes compreensões a respeito do conceito de inclusão social. O autor sugeriu em sua pesquisa uma reavaliação das diretrizes

curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde. Ficou provado o desconhecimento sobre inclusão social na formação acadêmica dos profissionais da saúde.

Amorin, Moreira e Carraro (2001), em um estudo realizado sobre a formação de médicos e nutricionistas, há mais de 15 anos, já criticavam o modelo biomédico hegemônico utilizado para a formação de profissionais de saúde. Na visão dos autores, esse modelo limita a compreensão do processo saúde-doença sem se considerar o indivíduo como um sujeito integral, composto por diferentes aspectos sociais e culturais. Vilela e Mendes (2003) vão mais além e responsabilizam a formação social dos profissionais de saúde à universidade. Pois, é o espaço ideal para a discussão acadêmica de conceitos inerentes à atuação em saúde pública.

Diante desse contexto, Missel, Costa e Sanfelice (2017) ao discutirem a humanização da saúde e a inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física, identificaram a partir das percepções e atuações dos profissionais de saúde, uma carência em capacitação sociocultural e humanizada destes profissionais. Muitos dos profissionais entrevistados não consideraram a promoção de inclusão social como uma atribuição de sua profissão. Em consenso, os profissionais afirmaram que “não receberam informações durante as suas formações acadêmicas, tanto teóricas como prática, sobre inclusão social e atenção humanizada” (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017, p. 587).

3. Considerações Finais

O acolhimento pode ser considerado uma estratégia de inclusão social da PNH, quando respeitados os aspectos da integralidade social do indivíduo em todas as esferas da atenção à saúde. Entretanto, percebeu-se que o acolhimento também pode ser utilizado como um instrumento de exclusão, quando considerado isoladamente, com um olhar exclusivo na doença, sem considerar o doente.

Foi possível destacar que o acolhimento envolve não apenas os profissionais de saúde, como também, gestores e usuários do SUS. A PNH propõe uma mudança de comportamento de todos os participantes do SUS. Porém, para que haja mudanças nos modelos de gestão e cuidado, é necessário mudar a base, ou seja, a formação dos futuros profissionais e gestores da saúde.

Nesse contexto, urge uma reflexão sobre a formação profissional de acadêmicos da área da saúde no âmbito da inclusão social. O currículo de muitas profissões ainda está referendado em uma formação biomédica hegemônica, distanciando o profissional da realidade prática do fazer em saúde. Portanto, é essencial investir na promoção de eventos acadêmico e científicos, na pesquisa e na extensão universitária, como alternativa às limitações impostas pelas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação.

Referências

AMORIM, Suely Teresinha Schmidt Passos de; MOREIRA, Herivelto; CARRARO, Telma Elisa. **A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana**. Revista de Nutrição, [s.l.], v. 14, n. 2, p.111-118, ago. 2001. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v14n2/7559.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

BARROS, Sônia *et al.* **Inclusão Social**: Revisão Integrativa de Estudos de um Grupo de Pesquisa Brasileiro. Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, [s.i.], v. 2, p.1-6, 2017. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1234/1195>>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. **Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 32 p. Organização e elaboração de texto: Ana Paula Silva da Costa; Andreia Maria Thurler Fontoura; Carlos Alberto Gama Pinto; Elaine Machado López; Eliane Benkendorf; Jimeny Pereira Barbosa Santos; Marilene Wagner e Olga Vânia Matoso de Oliveira. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_gestao_trabalho_saude.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão n os 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais n os 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo n o 186/2008. Brasília, DF: Senado Federal, 2016b. Coordenação de Edições Técnicas. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?concurso=CFS_2018>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. Cartilha HumanizaSUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.