

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

DOUGLAS HENRIQUE DA SILVA CAMBRAIA

A HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

**PATOS DE MINAS
2009**

DOUGLAS HENRIQUE DA SILVA CAMBRAIA

A HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Gilmar Antoniassi Junior

**PATOS DE MINAS
2009**

614.253.5 CAMBRAIA, Douglas Henrique da Silva.
C177h A humanização do serviço de saúde / Douglas
Henrique da Silva Cambraia / - Orientador: Prof.
Esp. Gilmar Antoniassi Junior. Patos de Minas, [s.n], 2009.
45 p.

Monografia de Graduação em Bacharelado em
Enfermagem. Faculdade Patos de Minas-FPM

1 Humanização em Saúde 2 Humaniza-SUS 3
PNHAH

DOUGLAS HENRIQUE DA SILVA CAMBRAIA

HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Monografia aprovada em ____ de _____ de ____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof. Esp. Gilmar Antoniassi Junior
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Luís Fernando Dall' Piaggi
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof. Esp. Marcelo Marques de Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Este obra é dedicada ao meu avô Sebastião dos Reis Cambraia, que com sua experiência de vida pode me passar seus ensinamentos. Um exemplo de vida que infelizmente não pode estar aqui, para compartilhar comigo esta vitória. Eternas saudades.

Agradeço a DEUS por estar sempre comigo durante esta batalha. Minha mãe que nunca hesitou para que esta obra pudesse ser concluída. A minha filha, que aumenta a cada dia a minha alegria de viver, e minha vontade de vencer. Agradeço também aos demais que fazem parte da minha vida e me apoiaram nesta luta.

Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e dedicação a um ser, afeto espontâneo em que o doador se sente bem e o receptor sente-se amenizado o seu infortúnio.

José de Souza

RESUMO

A atual crise do sistema público de saúde no Brasil e as constantes queixas por parte dos usuários destes serviços se aliam aos avanços tecnológicos da prestação de serviços de saúde o que vem acentuando a ocorrência de um atendimento desumanizado nestes tipos de serviços. Neste contexto a humanização dos serviços de saúde ganha destaque, não simplesmente como prática isolada em determinados estabelecimentos, mas principalmente como política pública no setor de saúde, envolvendo para este fim uma série de aspectos como éticos, econômicos, profissionais e de infra-estrutura, indispensáveis para uma efetiva ação humanizadora no setor. Esse processo culminou com o lançamento em 2001 do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, através da promoção de diversas ações integradas na área da humanização hospitalar. Posteriormente a idéia da humanização foi além de abranger somente o setor hospitalar e com proposta Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (Humaniza-SUS). O objetivo deste estudo é promover a reflexão entre profissionais e usuários do sistema público de saúde. Para conhecer e semear a humanização no atendimento em saúde foi realizado um estudo bibliográfico, forma descritivo-qualitativa, onde a trajetória metodológica baseou-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, que foi constituído principalmente por livros e artigos científicos. O referido estudo possibilitou perceber que a temática da humanização envolve uma série de questões que vão desde a operacionalização de um projeto político no setor de saúde baseado em valores por vezes esquecidos, como a cidadania, o compromisso social e a prática de gestão tradicional e até os espaços de atuação dos profissionais de saúde e todas as relações interpessoais que se fazem presentes nestes processos.

Palavras-chave: Humanização em Saúde. PNHAH. Humaniza-SUS.

ABSTRACT

The current crisis of public health in Brazil and the constant complaints from users of these services is to combine technological advances in the provision of health services which is accentuating the occurrence of a dehumanized care in these types of services. In this context the humanization of health services is emphasized, not simply as isolated practices in certain establishments, but mainly as a public policy in the health sector, involving for this purpose a series of issues such as ethical, professional and infrastructure, indispensable for effective action humanizing the industry. This process culminated with the launch in 2001 of the National Program for Humanization of Hospital Care - PNHAH through the promotion of several integrated actions in the area of hospital humanization. Later the idea was to humanise and covers only the hospital sector and the proposed National Policy on Humane Care and Health Management in the SUS (Humaniza-SUS). The aim of this study is to promote discussion between professionals and users of public health. To learn and spread the humanization of health care was made a bibliographical study, a descriptive and qualitative, where on the methodology was based on exploratory and selective reading of research material, which was composed primarily of books and scientific articles. This study has enabled to realize that the topic of humanization involves a series of issues ranging from the operation of a political project in the health sector, based on values sometimes overlooked, such as citizenship, social commitment and practice of traditional management and even space for action of health professionals and all the interpersonal relationships that are present in these processes.

Key-words: Humanization in Health. PNHAH. Humaniza-SUS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO.....	15
1.1 As práticas de saúde através dos tempos.....	15
1.2 A historia da humanização.....	16
2 A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	19
2.1 A humanização em saúde.....	19
2.2 A humanização no hospital.....	20
2.3 Implantação da humanização no hospital.....	25
2.4 A humanização na emergência.....	27
2.5 Humanização na saúde da mulher.....	28
2.6 Humanização nos setores críticos.....	29
3 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	31
3.1 A Necessidade da Humanização como Política de Saúde.....	31
3.2 A Humanização na Atenção à Saúde.....	32
3.3 Princípios e Ações da Política de Humanização.....	33
3.4 A Política de Humanização no Brasil.....	34
3.5 A proposta do Humaniza-SUS.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

INTRODUÇÃO

No contexto atual, a exploração da temática da realização de um atendimento de saúde mais humano, centrado na qualidade e na atenção integral dos usuários, se mostra extremamente relevante, principalmente num momento em que o atendimento tem sido calcado nos princípios da integralidade, equidade e participação social dos usuários.

Segundo Caprara e Franco (1999) no século XXI a medicina tem a importante tarefa de descoberta da pessoa onde se busca encontrar antes de tudo as origens da doença e do sofrimento e baseado neste conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor e, conseqüentemente, revelar o poder da própria pessoa no processo de cura de suas enfermidades.

Este novo comportamento em que o usuário dos serviços de saúde é visto não apenas como um cliente/paciente da instituição e sim como um ser humano que carece de cuidados e atenção em todos os níveis da assistência e não apenas nas enfermidades pode ser definido como humanização.

O termo humanização possui para Oliveira, Collet e Viera (2006) uma diversidade de sentidos, definidos segundo o contexto e a época histórica que se toma como base para sua significação.

Derivada da palavra humanidade, que para Baremlitt (2001) é o funcionamento de toda a espécie humana de modo a conseguir acesso às necessidades de todos e de cada um para desenvolver e exercitar suas capacidades. Assim, humanizar é antes de tudo garantir a dignidade ética no atendimento de todas as necessidades com qualidade e respeito, conforme afirma Oliveira, Collet e Viera (2006).

Num momento em que os serviços de saúde tem sido envolvidos num amplo processo de evolução técnica e científica tem sido freqüentes as atitudes que para Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) fazem com que a dignidade da pessoa humana seja relegada a um segundo plano.

Este fato levou a ocorrência, em muitos casos, onde a doença passou a ser objeto do saber reconhecido através do conhecimento científico, entretanto, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve.

Aliado a este processo observa-se ainda que no país, de acordo com Leite, Nunes e Beltrame (2005) a ocorrência de problemas do setor de saúde tem sido facilmente identificada, mostrando ser extremamente carente de qualidade.

Neste ambiente propício a um atendimento desumano Martins e Faria (2000) destacam a grande necessidade de humanização, uma vez que esta constitui um direito do usuário que como ser humano deve ter mantida sua dignidade, respeitada suas necessidades, seus valores, seus princípios éticos e morais, as suas crenças e de seus familiares, o alívio de sua dor e seu sofrimento com todos os recursos tecnológicos e psicológicos disponíveis no momento de seu atendimento. Além disso ter sua privacidade preservada, ter condições que possibilitem seu restabelecimento, a manutenção e a melhoria da assistência à saúde e, em última instância, ter uma morte digna.

Por estas razões Casate e Corrêa (2003) afirmam que a temática da humanização do atendimento em saúde ganha destaque por sua importância no contexto atual.

No campo específico do atendimento hospitalar a humanização exerce um importante papel tendo em vista que geralmente os usuários que utilizam estes serviços se encontram em condições mais debilitadas do que os usuários que buscam atendimento na rede de atendimento ambulatorial.

De uma forma geral a humanização não difere muito do conceito de humanização dos serviços de saúde. Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) afirmam que o hospital humanizado é aquele que completa, em toda sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valorização e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja paciente, familiar ou profissional que nele trabalha.

Desta forma a humanização requer tanto no âmbito da saúde como especificamente no âmbito hospitalar, um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento de cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao principal objetivo de trabalho, o doente, através de uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais, conforme afirma Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006).

Destaca-se então a busca de forma eficiente e eficaz de humanizar a prática de saúde que implica, de acordo com Casate e Corrêa (2003) em aproximações críticas que permitem compreender esta temática, além de seus componentes técnicos, instrumentais e que envolvam as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem sentido.

Para se avaliar o papel da humanização no atendimento em saúde e especificamente no setor hospitalar foi realizado um estudo bibliográfico onde a trajetória metodológica baseou-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa que foi constituído principalmente por livros e artigos científicos.

O levantamento bibliográfico foi realizado através da consulta a bases eletrônicas de artigos científicos e a base bibliográfica para a consulta do acervo de artigos científicos e livros com assunto referente à temática da humanização nos serviços de saúde.

Uma vez realizado o levantamento bibliográfico realizou-se a leitura e fichamento de todas as obras consultadas para a realização de futuras consultas.

Com o referido estudo buscou-se traçar o caminho histórico da evolução do atendimento de saúde, analisando os principais eventos, e o entendimento do processo de humanização no setor de saúde no decorrer da história.

Buscou-se também um entendimento mais claro da humanização, através de uma conceituação atualizada com ênfase no processo da humanização no ambiente hospitalar, com intuito de reconhecer dentro destes conceitos as principais necessidades dos usuários destes serviços.

Avaliou-se também as principais práticas realizadas para a obtenção de um atendimento humanizado e baseado na qualidade e no respeito dos usuários dos serviços de saúde, com entendimento das práticas desde as mais simples até as mais complexas que levam a um atendimento voltado na satisfação do usuário como foco principal.

Realizou-se também uma análise das políticas públicas de saúde que os governantes assumiram na tentativa de realização de um atendimento voltado à humanização, com ênfase principal na Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e demais políticas e projetos de humanização realizadas no país com o intuito de observar a importância e a eficiência destas políticas na melhoria do atendimento dos usuários dos serviços de saúde.

O referido estudo possibilitou enfim uma análise clara através da observação do cenário da humanização que deverá nortear todas as ações dos serviços de saúde não somente através de prática isoladas e sim na visão mais globalizada de todas as ações dos serviços de saúde, desde as mais corriqueiras até as mais complexas.

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E HUMANIZAÇÃO

1.1 As práticas de saúde através dos tempos

Para que se compreenda as mudanças de paradigma que tem orientado as práticas de saúde atualmente é de grande importância a reflexão sobre a evolução destas práticas de saúde ao longo da história. Conforme postulado por Leite (1996) a idéia de saúde e doença tem sua inserção no oriente dentro de um princípio de harmonia do homem consigo mesmo e com a natureza. A saúde se insere neste equilíbrio sendo que sua ausência provoca a doença e pode resultar em morte.

Gallian (2001) afirma que Hipócrates há mais de dois mil anos já demonstrava ser possuidor de um enfoque mais amplo do processo saúde-doença, de forma que este já compreendia que as doenças não deviam ser analisadas de uma forma isolada e sim na idéia de que o portador de uma enfermidade deve ser visto dentro de um processo que envolve a natureza que o rodeia, com as leis universais que a regem e com a qualidade de vida individual deste.

Para Gonçalves (1997) à partir do século XVII o homem começou a vivenciar a razão como sendo o único instrumento válido de conhecimento o que teve como consequência um distanciamento do seu corpo. A forma como este corpo era estudado, fragmentado em inúmeras ciências, levou o corpo a ser um objeto submetido ao controle e à manipulação científica.

De acordo com Foucault (1986) o nascimento da medicina moderna ocorreu no final do século XVIII e foi constituída por três etapas na Europa: a medicina de estado na Alemanha, no início do século XVIII, centrada na funcionalidade da medicina e do médico em primeiro lugar, para garantir a normalização do próprio corpo funcional do estado; a medicina urbana, iniciada na França em fins do século XVIII, preocupada com as condições de vida e do meio, com a qualidade do ar, da água, dos elementos em decomposição etc.; a medicina dos pobres e trabalhadores

na Inglaterra, sobretudo no século XIX, preocupada com os corpos e a saúde da força produtiva do capitalismo.

Gallian (2001) afirma que nesta época muitos estudiosos ressaltavam o caráter humanístico da medicina, que era vista não simplesmente como mais uma ciência, mas também como uma forma de arte. Neste contexto o processo de desumanização é tido como uma das conseqüências do rompimento da medicina e a humanidade ocorrida no final do século XIX.

Molina (2002) destaca que o humanismo que era uma das principais características da antiga arte de cuidar que priorizava o bem estar e a qualidade de vida das pessoas foi progressivamente desaparecendo.

Mezzomo (2003) conclui que a cultura ocidental evoluiu muito, chegando a um patamar de se tornar arrogante e menosprezar o saber milenar, o que explicava a constante elevação da desumanização do atendimento em saúde.

A enfermidade que no passado era vista com resignação por parte dos doentes, sendo que seu alívio somente era encontrado nos templos religiosos, de acordo com Camignotto (1972). Com o passar dos tempos, Meyer (2002) explica que foram criados hospitais que neste tempo eram vistos como abrigo exclusivos de indigentes, onde a prática de cuidar era praticada sem nenhum tipo de técnica e exigência sendo executada por qualquer pessoa. Já no século XX a intensa ampliação dos conhecimentos multidisciplinares fizeram com que os hospitais estivessem abertos a uma parcela maior da sociedade o que levou a uma intensa melhora no atendimento prestado aos enfermos. Camignotto (1972) dedica este avanço principalmente aos avanços tecnológicos alcançados na área da saúde e a intensa normatização dos procedimentos, entretanto isto trouxe um processo de desumanização nos atendimentos prestados.

1.2 A história da humanização

A humanização é, em sua essência, o ato de tornar humano, benévolo, sensível e caridoso, conforme afirma Leite, Nunes e Beltrame (2005). Para Fortes e Martins (2000) este conceito destaca então a necessidade de mudanças nos paradigmas de gestão, de modo a possibilitar aos profissionais o acesso e a

participação mais efetiva nos processos que envolvam um atendimento marcado pela cortesia, na benevolência, simpatia e no respeito. Neste sentido a humanização requer um esforço individual muito grande de seus idealizadores para ser colocado em prática, principalmente porque segundo Leite, Nunes e Beltrame (2005) esta prática está intimamente ligada à forma em que o indivíduo vê e percebe o outro.

No passado a humanização já era algo almejado pelos homens, sendo que nos dias atuais devido ao processo de evolução da humanidade, com todas as modificações decorrentes, esta passou a ser buscada e discutida de uma forma cada vez mais intensa.

Ribeiro, Carandina e Fugita (1999) destacam que todas as transformações ocorridas na sociedade trouxeram consigo o tecnicismo, trazendo uma necessidade muito grande de evidenciamento das condições humanas, uma vez que quanto mais técnico se torna, menos humano ele se sente. Em se tratando da área de saúde e em especial do ambiente hospitalar, existe a necessidade do humanismo, criando assim a capacidade de oferecer ao doente um ambiente digno, dando a técnica uma dimensão mais humana.

O tema da humanização começou a fazer parte do contexto da saúde para Fortes (1998) na década de 70, quando começaram as discussões sobre o direito dos pacientes e nos EUA o Hospital Mount Sinai, emite a primeira declaração dos direitos dos pacientes em 1972.

Segundo Sampaio e Bonfim (2007) no ano de 1978 foi realizado pela OMS a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde que estabeleceu a meta de “saúde para todos no ano 2000” por meio do desenvolvimento de políticas públicas de saúde efetivas e de baixo custo, e apresenta novo conceito de saúde, como um estado de bem estar completo, físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, devendo ser compreendido como um direito fundamental. Os resultados de dessa Conferência contribuíram com a fundamentação do conceito de humanização na saúde.

Os anos 80 foram marcados, de acordo com Fortes (2004) pela organização e o funcionamento dos sistemas da saúde tendo como enfoque principal os princípios da eficácia, otimização e eficiência. A partir dos anos 90, são incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação e autonomia do usuário. Neste sentido, situa-se a humanização da atenção à saúde. Humanizar a atenção à saúde é

considerar as singularidades dos seres humanos, suas diferentes demandas e necessidades de saúde, buscando mecanismos que promovam a autonomia dos sujeitos e a expressão livre de suas vontades e saberes.

Sampaio e Bonfim (2007) destacam ainda as grandes desigualdades socioeconômicas que ainda persistem no Brasil e são refletidas num sistema de saúde de difícil acesso e cuja resolutividade é distante das reais necessidades de saúde das populações. Neste sistema em que a desvalorização dos trabalhadores da saúde é evidente, com a precarização das relações de trabalho e com baixos investimentos em educação permanentes, afeta a qualidade dos vínculos entre os serviços, os trabalhadores da saúde e a população usuária.

Esse contexto evidencia a falta de habilidade dos trabalhadores da saúde em lidar com as dimensões mais subjetivas inerentes à prática de saúde e o seu distanciamento dos processos de gestão, fruto de modelos de gestão verticais e centralizadores.

Isto levou em 2001 ao lançamento pelo ministério da saúde o Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar – PNHAH, que propõe um conjunto de ações integradas com objetivos de olhar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar do SUS.

É possível, portanto perceber que o poder público tem buscado a cada dia o uso dos recursos da humanização, na tentativa de satisfazer as necessidades dos usuários.

Camignotto (1972) destaca ainda que o ambiente hospitalar somente atingirá a humanização quando dispuser de meios eficientes para o desempenho de sua missão.

2 A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 A humanização em saúde

Originada segundo Reis, Marazina e Gallo (2004) nos movimentos de reformas sanitárias, o processo de humanização em saúde foi intensamente discutido nas Conferências de Saúde e nos grupos de militantes cujas ações eram voltadas em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e que tiveram atuações eficazes a partir da década de 80. Para Queiroz e Vianna (1992) a própria reorganização do conceito de saúde, que era o ponto principal dos movimentos de reforma sanitária, incorpora os conceitos de condições de vida e desloca no sentido da comunidade e assistência médico-hospitalar como diretriz da atenção à saúde. Este processo teve sem dúvida grande influência no acirramento das discussões referente à humanização.

Institucionalizada com a Constituição Federal de 1988 e a estruturação do Sistema Único de Saúde, a humanização adquiriu segundo Reis, Marazina e Gallo (2004) uma conceituação de valorização dos diferentes sujeitos que estavam implicados em todo o processo de produção de saúde. Esta definição destaca o esforço de humanização como um aporte de valor positivo alocado ao todo sujeito envolvido no processo de produção de saúde.

Desta forma a noção de sujeito dentro do entendimento da humanização em saúde e em uma dimensão que transcende a idéia de pessoa, funcionário, servidor ou usuário levando a uma aproximação da noção de instância ou lugares institucionais. Isto não deve, entretanto, ignorar a dimensão particular do sujeito que embora a humanização atribua valor aos sujeitos na produção de saúde, contemplando autonomia, co-responsabilidade e a vinculação das instâncias, põe em evidência a dimensão da singularidade e da subjetividade.

De acordo com Oliveira, Collet e Viera (2006) o propósito ou meta de humanizar implica na aceitação de reconhecimento que na área da saúde e nas

práticas decorrentes desta existem sérios problemas carências de inúmeras condições exigidas pela definição da concepção, organização e implementação do cuidado da saúde da humanidade, tanto no que se refere a parte inerente aos organismos e práticas estatais, como no contexto da sociedade civil.

Pode se perceber desta forma que as organizações, agentes e práticas contemporâneas de saúde recebem uma variação que vai de um tratamento com uso de linguagem técnica e impessoal até um outro extremo com imposições autoritárias e paternalistas que infantilizam os usuários.

A missão da humanização se resume então na melhora geral do tratamento intersubjetivo, na forma de incentivar de todas as formas a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos desde os gestores, técnicos e funcionários e a participação ativa e militantes dos usuários nos processos de prevenção cura e reabilitação, conforme afirma Oliveira, Collet e Viera (2006).

Um problema que surge, no entanto é apontado por Mota, Martins e Vêras (2006) que demonstram a falta de condições técnicas, seja na capacitação, escassez de materiais e outras deficiências estruturais que levam a uma condição desumanizante e maximizam a má qualidade resultante do atendimento e sua baixa resolutividade. Esta falta de condições pode induzir também a desumanização na medida em que os profissionais e usuários passam a se relacionar de maneira desrespeitosa, impessoal e agressiva, o que piora ainda mais uma situação que já se encontra bastante precária.

Oliveira, Collet e Viera (2006) destacam que neste cenário desafiador, a humanização da assistência à assume um papel de dar lugar à palavra tanto do usuário quanto dos profissionais de saúde, de modo a possibilitar uma rede de diálogo, que execute a promoção de ações, campanhas e projetos à partir da dignidade ética que se constitua como equilíbrio das duas forças que se opõem.

2.2 A humanização no hospital

O termo humanização no ambiente hospitalar suscita para Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) uma série de entendimentos que se vão desde a criação de um clima organizacional favorável ao atendimento do usuário, a mudança de

atitudes e comportamentos por parte de gestores e profissionais e o atendimento do usuário de forma integrada.

O movimento de humanização no ambiente hospitalar é voltado também, segundo por Mota, Martins e Vêras (2006) para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, além de intervenções estruturais transformando a experiência da hospitalização o mais confortável possível ao usuário.

Dias (2006) ressalta que o cliente hospitalizado é um ser único, que se encontra num momento de vulnerabilidade, uma vez que naquele instante o que este tem de mais valor, que é sua vida, pode estar ameaçado.

Ballint (1975) afirma que todo médico tem uma vaga idéia, porém quase inabalável, de como seu paciente deve se comportar e o que esperaria ou suportaria, visto que o médico acredita poder ensinar o que é certo ao paciente. Ele tende a perceber os problemas físicos, psicológicos e sociais dos pacientes de acordo com a sua própria hierarquia de valores e prioridades, o que geralmente é diferente da percepção obtida pelo próprio paciente, e estas diferenças entre eles dificultam a comunicação entre ambos.

Além de tantos outros problemas, Mota, Martins e Vêras (2006) afirmam existir ainda outro, o fato de principalmente em hospitais públicos a situação em que o paciente é atendido durante sua enfermidade por vários médicos, fazendo com que decisões vitais sejam tomadas sem que nenhum destes profissionais seja responsabilizado por suas próprias recomendações.

De um modo geral a proposta de humanização da assistência hospitalar deve visar à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. É importante também se alinhar com as políticas mundiais de saúde e à redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instancias (BRASIL, 2005).

Mazzetti (2005) afirma que pesquisas científicas na área da humanização são poucas; entretanto o Governo Federal já tem realizados projetos como o Humaniza SUS, o, “cuidando dos cuidados”, “doutores da alegria”. E nestes projetos muitas crianças passam a ver a situação de hospitalização de forma mais positiva e menos persecutória, ou seja, as crianças começam a se comunicar mais, alimentar-se

melhor e a colaborar com a equipe de saúde, facilitando assim o trabalho dos profissionais, o que lhes propicia uma melhor qualidade de atendimento.

De acordo com Martins (2001) para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, em especial da realização em hospitais, deve-se levar em conta que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo e que a deve efetuar uma leitura das necessidades de quem assiste e as de quem é assistido. Partindo desta avaliação, as reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético.

A preocupação com a ética surge quando alguém se preocupa com a consequência de sua conduta sobre o outro. Assim, para que haja ética é necessário primeiramente perceber o outro e se para a assistência humanizada também é preciso ver o outro, conclui-se então que assistência humanizada e a ética caminham juntas.

Para Couto (2005) os pacientes de hospitais públicos têm sobre estes a imagem já formada de estabelecimentos onde faltam médicos e o atendimento é ruim. Qualquer tipo de atenção dada a este paciente é muito baixo. Além disso, na maioria das vezes a relação médica-paciente acaba sendo de subordinação, porque o cliente se sente discriminado por causa de sua condição social.

O sentido da humanização ressalta então que os profissionais que trabalham com o ser humano devem tratar o outro como humano, isto é, com igualdade, aproximação, tentando fazer o melhor, respeitá-lo e acompanhá-lo em todas as circunstâncias em sua passagem pela instituição.

Mota, Martins e Verás (2006) destacam que constantemente devem ser desenvolvidas as ações necessárias para a humanização, de modo a possibilitar mudanças no tratamento hospitalar. Para o processo de humanização hospitalar acontecer, médicos, corpo de diretores, enfermeiros e pacientes devem estar envolvidos de forma harmônica.

Atualmente, devido à humanização nos hospitais realizada por profissionais, pacientes e familiares, estes últimos encontram no centro hospitalar um lugar que ameniza o sofrimento e diminui a tensão vivida por eles, durante o processo de tratamento.

Com a proposta de melhorar a qualidade do atendimento, muitos hospitais vêm aderindo ao trabalho voluntário para minimizar os efeitos que as doenças provocam nos pacientes. O trabalho voluntário em hospitais é um dos fatores

fundamentais para a humanização do atendimento. Ele dá suporte emocional aos pacientes, além de ser facilitador do trabalho dos departamentos clínicos e administrativos dos hospitais.

A humanização no hospital é importante, pois, conforme afirma Duarte (2005), o paciente passa a ser tratado como pessoa que é, com todos os tipos de sentimentos que a interação pode suscitar, e não mais como apenas um doente.

Segundo Jeammet e Consoli (2000), humanizar é reintroduzir o humano no funcionamento do hospital, quer dizer, evitar que este último seja reduzido ao papel de usina para reparar órgãos danificados.

A humanização no hospital deve partir do princípio de que cada paciente necessita continuar vivendo como ser humano; ou seja, deve levar em consideração seus valores de referência, solicitando ao máximo o conjunto de suas possibilidades de funcionamento, não somente as fisiológicas, mas igualmente as mentais.

Deve evitar que o paciente seja desorganizado pela angústia e submergido por suas reações emocionais e facilitar seu acesso à palavra é a possibilidade de unir e de simbolizar seus afetos (JEAMMET e CONSOLI, 2000).

A precariedade em que os serviços públicos vivem hoje tem contribuído muito para fortalecimento de planos de saúde e de hospitais particulares, onde só se entra caso se tenha plano de saúde ou recursos financeiros próprios consideráveis.

Nos hospitais públicos e filantrópicos, pelo menos quando existem vagas, a consideração que determina a admissão ou não do doente ao hospital é a sua necessidade de ser tratado; mas no hospital particular, o fator determinante para admissão não é a enfermidade da pessoa e sua necessidade de ser tratada, mas sim, a validade do seu plano de saúde e a saúde do seu bolso.

Se possuir os recursos financeiros adequados, o tratamento pode até ser de primeira qualidade, mas se não possui, nem entra no estabelecimento, conforme afirmam Pessini e Bertachini (2004).

A preocupação com a humanização hospitalar tem como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, vistos que a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são todos fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional da saúde (MOTA, MARTINS e VÉRAS, 2006).

Para Pessini e Bertachini (2004) processo de se curar doenças continua sendo extremamente importante, entretanto não se pode esquecer que mais

importante ainda é curar o doente; e não somente curá-lo, mas também cuidar dele.

É a pessoa doente que deve ser o principal foco de atenção, e não a sua enfermidade. Ainda quando a cura não é mais possível, quando a ciência se acha incapaz de resolver o problema trazido pela doença, continua diante do doente, na sua dignidade, na sua fragilidade e na sua necessidade de ser amparado, cuidado e amado.

Segundo estes autores na visão da humanização hospitalar é importante trabalhar a atitude dos profissionais da saúde tendo-se como primeiro passo deixar de pensar e falar do doente como se fosse um mero objeto de cuidados terapêuticos, um número sem nome. A humanização do hospital começa o conceito da saúde como bem-estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual.

Para que isso dê certo, o trabalho deve ser de toda a equipe, envolvendo profissionais e voluntários todos comprometidos com a dignidade do ser humano e com a promoção do seu bem-estar integral.

Uma das características da humanização hospitalar é a autonomia do paciente, de maneira que ele possa participar das decisões sobre o tratamento a ser realizado, o ambiente em que vai permanecer durante seu internamento, o que ele irá comer, quando e como irá dormir.

Mota, Martins e Verás (2006) destacam ainda que a humanização hospitalar tenha como principal característica o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde entendida como bem-estar completo, isto é, físico, mental, social e espiritual, e terá como uma das suas prioridades a beneficência, que representa fazer o bem ao doente internado.

Outra característica importante da humanização hospitalar é a justiça, cujas normas exigem que a dignidade fundamental do ser humano seja respeitada e que os iguais sejam tratados com igualdade. É justamente esta falta justiça no sistema hospitalar brasileiro que provoca certa indignação ética, que clama por uma maior humanização deste sistema.

No hospital, essa igualdade em dignidade e direitos fundamentais deve ser respeitada, e deve-se estabelecer um padrão mínimo de atendimento para todos. Faz parte da humanização hospitalar a criação de condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a viver com dignidade e a morrer com tranquilidade, quando a hora chegar.

Segundo Lepargneur (2003) a humanização hospitalar começa com a qualidade humana das relações entre todos os seus agentes ou funcionários.

Para fazer o diferencial nas relações do cuidado humanizado, no ambiente hospitalar, Pessini e Bertachini (2004) destacam que requer-se do profissional da saúde que atue com humanização solidária e sensibilidade, além de ter postura correta de dignidade de caráter.

2.3 Implantação da humanização no hospital

O cuidar humanizado está inteiramente ligado com o profissional que o executa: seu estado psicológico, físico e mental; com suas experiências anteriores, o cansaço físico pode ser um fator desfavorável à prática do cuidado humanizado. O número inadequado de profissionais de gera na equipe sobrecarga que na, maioria das vezes, já está instalada, pois as remunerações inadequadas obrigam-os, constantemente, a manterem duplas e até triplas jornadas de trabalho. Estes trabalhadores são tratados de forma desumana, as instituições não têm políticas que favoreçam a estes trabalhadores já que, na maioria das vezes, suas reivindicações não são ouvidas e nem levadas em consideração.

Segundo Martins e Faria (2000) de modo geral há falta de espaços que promovam a alegria, lazer e repouso, que proporcionam mais tranquilidade na hora de seu descanso assegurado por leis trabalhistas neste ambiente hostil. As organizações hospitalares não têm interesse de manter esses espaços, já que este tipo de benefício gera custos adicionais.

Para Gelain (1963) a integração da equipe é de fundamental importância valorização e o respeito entre os profissionais, ocorrendo assim um reflexo positivo na relação entre os mesmos. Quando esta integração acontece, o cliente/paciente sente-se mais confiante, seguro e mais tranquilo no que se refere a cuidados prestados a toda equipe, ocorrendo assim uma diminuição da ansiedade e proporcionando o ambiente hospitalar mais esperançoso.

Gelain (1963) afirma que o hospital para ser humanizado na sua estruturação e construção física, deve se preocupar com sua localização, sendo de fácil acesso e, se possível, longe de tráfego intenso, com proteção contra chuvas e ventos fortes

em áreas descobertas. Espaços externos que ofereçam ao paciente/cliente tranquilidade e uma paisagem (um ar que não seja tão hospitalar). A área interna deve promover fácil locomoção, com placas que indiquem os diversos setores dentro das instalações, que facilitam não só para as pessoas internadas, mas também para seus entes queridos nos momentos de possíveis visitas; a disposição e tamanho dos quartos e as condições térmicas e acústicas deve ser favoráveis ao conforto. As cores das áreas internas das alas de internação são de extrema importância e deveriam manter um padrão que favoreça a sensação de tranquilidade. A distância do posto de emergência é algo que também tem importância fundamental para o cuidado humanizado, pois cada vez que um enfermeiro sai do posto em direção ao leito durante seu plantão, pode gerar cansaço, que poderia ser evitado no momento de sua estruturação, pois quanto menos cansado estiver este enfermeiro, melhor sua atenção a pequenas reivindicações do paciente/cliente.

De acordo com Leite, Nunes e Beltrame (2005) deve-se levar em consideração alguns aspectos para que um hospital seja humanizado: os equipamentos disponíveis para o usuário, a importância que se dá ao pessoal que presta serviço tanto o interno como externo, dando condições para aperfeiçoamento destes colaboradores. Uma educação continuada eficiente pode cooperar em potencial para capacitação destes profissionais, pois de nada adianta pretender, dedicar cuidados especiais ao cliente/paciente se quem lida com os mesmos não está devidamente qualificado para desempenho de um cuidado humanizado. A seleção de profissional especializado para os diversos setores do hospital facilita o desenvolvimento do trabalho humanizado, que é executado com prazer e dedicação, dando o seu melhor, em prol do outro, sem deixar influenciar pelo tecnicismo e, com isso, modificando a relação com ser humano.

A assistência à saúde tornou-se indireta e fria, uma vez que toda a atenção é dada à aparelhagem e material disponível na unidade, tendo maior visibilidade pela necessidade constante de conferências e, sendo assim, o contato com o paciente/cliente fica cada vez mais distante do modelo de humanização, conforme afirma Meyer (2002).

Costa, Lunardi Filho e Soares (2003) destacam ainda que os hospitais não devem-se esquecer dos usuários nos seus aspectos psicológicos e religiosos, em virtude dos mesmos se sentirem alienados durante sua hospitalização, devido a separação de seu convívio familiar e social. Num hospital humanizado, o usuário, ao

ser admitido, recebe um preparo psicológico, as orientações durante a realização de procedimentos delicados e invasivos, de exames e cirurgias, evitando, assim, sofrimento desnecessário, ansiedade e traumas.

No Brasil destacam-se alguns aspectos que cooperam para que os hospitais sejam desumanos: a falta de leis hospitalares; a falta de reposição de materiais quando danificados; e, um dos problemas mais relevantes, a falta de programa para resolver a problemática de longas filas de espera que geram desconforto, e irritabilidade e insatisfação por parte destes usuários, que na maioria das vezes não tem outra opção senão esperar pacientemente com dor, sem ter onde reclamar, e quando faz, sofrendo represálias por parte de alguns profissionais. Existe uma absoluta carência de materiais delicados e indispensáveis para que aconteçam cirurgias de médio e grande porte. Concomitante, a ausência de mão de obra qualificada é um dos principais contribuintes para o aumento significativo das filas de espera, tornando o atendimento cada vez menos humanizado (COSTA; LUNARDI FILHO; SOARES, 2003).

Diante de tantos problemas, Horta (1979) destaca a necessidade de uma verdadeira mudança de atitude por parte de profissionais, com propostas que venham melhorar os níveis da assistência hospitalar, por parte dos administradores, diretores técnicos e enfermeiros envolvidos na assistência ao usuário dos serviços hospitalares.

2.4 A humanização na emergência

A integração dos diversos setores do hospital é um ponto de grande importância do processo de humanização. Quando se aplica essa integração a necessidade específica da emergência.

No contexto do setor de emergência Saeki et al. (2002) demonstraram que a baixa estima dos profissionais deste setor em relação ao seu trabalho, principalmente em razão da falta de reconhecimento profissional, que se aplica em todos os setores, leva estes profissionais a se sentirem marginalizados pela instituição, eximindo-os quando a sua responsabilidade de desenvolver humanização tanto no que diz respeito ao usuário, quanto a equipe multidisciplinar.

Com um maior apoio, as vivências que envolvem o pensar, o sentir e o agir podem produzir resultados que podem permanecer com os profissionais ao longo do tempo. Para Datner e Ferroggiaro (1999) é necessário uma reaproximação dos profissionais dos resultados positivos de seu trabalho na tentativa do resgate da valorização e do orgulho profissional pelo esforço singular realizado.

Para que efetivamente a humanização tenha êxito, Saeki et al.(2002) afirmam ser necessário que a educação continuada norteie as ações para a prática do atendimento humanizado e que as mesmas partam da direção da instituição e possam atingir toda a equipe, os quais as aplicara ao usuário deste serviço.

2.5 Humanização na saúde da mulher

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza medidas para a mulher em trabalho de parto. Estas devem ter direito a suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções, conforme afirma Davim e Bezerra (2002).

Segundo Horta (1979) um dado relevante é que os nossos modelos assistenciais têm negligenciado a prática do parto natural e se sustenta em duas concepções: uma dentro da visão cartesiana, apoiando o enfoque no risco. Mas, paralela à visão cartesiana, há uma segunda visão holística do corpo, que tem como meta a humanização, e tem sido aplicada pelas enfermeiras obstetras que atuam de uma maneira diferenciada. Os modelos vigentes vêem gestantes sozinhas em macas, distantes de seus entes queridos, num momento em que a gestantes está fragilizada e vulnerável, vivendo em um ambiente com pessoas estranhas, estressadas e que utilizam linguagem desconhecida. Dentro deste contexto, surge uma nova visão sobre o trabalho de parto, no qual a gestante é que determina a posição em que quer dar á luz, e que possa se estimulada a amamentação do recém nascido.

É necessário que ocorra comunicação entre a equipe e a família da gestante sobre suas condições do parto e sobre como está o recém nascido, diminuindo assim a ansiedade de ambos.

Davim e Bezerra (2002) destacam a necessidade de estímo para realização ao parto natural, principalmente neste momento em que diversas mulheres tem adotado voluntariamente por realizar seus partos por cesariana.

Nesse sentido, estes autores afirmam que foi criado um projeto que tem como proposta resgatar o caráter fisiológico no ato de nascer. As enfermeiras envolvidas neste processo são capacitadas para desenvolver nas gestantes: coragem, informação e orientação sobre o parto natural. São desenvolvidas técnicas de respiração, técnica para relaxamento com músicas e hidromassagem. Tudo isso com o objetivo de minimizar os desconfortos no momento do parto. Esta pratica deve ser incentivada e deve provocar entre os enfermeiros um sentimento de reflexão para que a os mesmos possam contribuir significativamente para a implantação de novos hábitos, adquirindo, desta forma, reconhecimento profissional por parte de sua equipe.

2.6 Humanização nos setores críticos

A pratica da humanização em setores críticos como nas unidades de terapia intensiva (UTI) têm representado a cada dia uma maior preocupação por parte dos profissionais de saúde envolvidos nestes serviços, segundo Leite, Nunes e Beltrame (2005). Nas UTI pediátricas a preocupação em praticá-la não se restringe só às crianças em suas unidades mas também aos pais que, na internação, acompanham em quase todos os momentos os filhos.

Sendo considerado um ponto importante para a prática da humanização, Pauli e Bousso (2003) afirmam que a assistência centrada na criança e na família ainda é algo bastante incipiente e que passa pelo âmbito da motivação. O significado cultural do cuidado humanizado em UTI é revelado em um estudo como algo muito falado e pouco vivido.

Para um efetivo atendimento humanizado, toda a equipe de profissionais deve fortalecer as relações com sentimentos, valores, crenças e limitações, para compreender suas ações em relação às pessoas que estão sob seu cuidado, não só o usuário, mas seus acompanhantes, que também requerem atenção e cuidado.

Já no que se refere a UTI adulto, Hayashi e Gisi (2000) destacam que todas vivências são bem parecidas, entretanto, os profissionais deste setor, por vários fatores, trabalham com mecanismos nos quais alguns valores e direitos dos usuários são negligenciados, direitos este que na maioria das vezes os usuários desconhecem, o que faz com que ocorre a desumanização na sua assistência.

Segundo Martins e Faria (2002) em algumas UTI os profissionais trabalham de forma desarticulada e sem cooperação, levando os enfermeiros e auxiliares a executarem apenas prescrições médicas, não opinam na forma de assistência, predominando a visão cartesiana; a visão holística quase não tem valor e os trabalhadores vêem-se como meros executores. Neste contexto, sempre o outro tem a responsabilidade, o médico, como se este tivesse total conhecimento científico de todas as formas de assistência.

Para Oliveira (2001) esta fusão de conhecimento coopera para o êxito da humanização nos setores mais críticos do hospital, entre estes setores encontra-se o centro cirúrgico, que também tem seus indicadores de humanização sendo mensurados com base nas ações frente ao usuário, priorizando atitude de respeito e privacidade, atingindo a satisfação destes. Estes profissionais que atuam no centro cirúrgico são geralmente os responsáveis pela recepção do usuário na sua respectiva unidade personalizada respeitando sempre suas individualidades. O profissional deve ser cortês, educado e compreensivo, buscando entender e considerar as condições do usuário, que normalmente já se encontra sob efeito dos medicamentos pré-anestésicos.

3 A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

3.1 A Necessidade da Humanização como Política de Saúde

De acordo com Mota e Martins (2006) o contato direto dos profissionais de saúde com os seres humanos o coloca diante de sua própria vida, saúde ou doença, seus conflitos e frustrações. O não destes profissionais com estes fenômenos tende a desenvolver por estes um mecanismo rígido de defesa que poderá prejudicá-lo tanto no âmbito profissional como no pessoal, além do que no contato com o paciente o profissional pode utilizar estes distanciamento como mecanismo de defesa.

O profissional de saúde durante o desenvolvimento de sua atividades se submete a uma serie de tensões provenientes do freqüente contato com a dor e o sofrimento, o medo de cometer erros e a relação com os pacientes. Este fato destaca, portanto a necessidade de implementação de projetos de humanização através do cuidado com aqueles que cuidam.

Martins (2001) destaca que a humanização é um processo amplo e demorado, de realização complexa onde se observa em muitas circunstancias resistências, uma vez que envolve mudanças de comportamento. Ressalta-se ainda a dificuldade de aceitação do novo e a falta de uma norma que generalize este processo, fazendo com que cada instituição tenha seu próprio processo de humanização.

A constante necessidade de mudança nas políticas de saúde trouxeram o advento de projeto de humanização, centrados de acordo com Mota, Martins e Vêras (2006) em áreas específicas como saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança recém nascida, na humanização da assistência psiquiátrica e saúde mental, entre outras diversas áreas.

No caminho do desenvolvimento do processo de implantação da humanização em saúde, a sua política deverá traduzir os princípios e modos de

operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais envolvidos e as diversas unidades e serviços de saúde.

Assim, a humanização se estabelece como uma construção que para Freyre (2004) envolve em seu caráter atitudes ética e políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre os usuários dos serviços de saúde.

Esta construção se destaca ainda na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, olhar este que desperte no ser humano um sentimento de confiança e solidariedade (PESSINI, 2002).

3.2 A Humanização na Atenção à Saúde

No campo da atenção à saúde o termo humanização vem sendo utilizado, conforme Fortes (2004), com diferentes significados e entendimentos. Com o passar dos anos seu conceito vem sendo modificado.

Os fundamentos da atenção à saúde têm origem na Declaração Universal dos Direitos Humanos com seu destaque na liberdade e igualdade de direitos e no espírito de fraternidade que deverá agir nas ações de uns para os outros.

Segundo Fortes (1998) a reflexão sobre as práticas humanizadoras em saúde tiveram sua origem nos anos 70 por meio de discussões em torno da luta pelos direitos dos pacientes.

Outro importante fato na fundamentação da humanização na saúde se deu de acordo com Fortes (2004) na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde organizada pela UNICEF em 1978 a qual reafirmava que a saúde é um estado de estar completo e não somente a ausência de doenças devendo ser entendida como um direito humano fundamental.

No Brasil além das bases constituintes referentes ao assunto, destaca-se a legislação infraconstitucional referente ao setor de saúde trazendo diretrizes e normas referentes à humanização da atenção à saúde como preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios (FORTES, 2004).

Outras normas legais também dispuseram sobre tópicos relacionados aos temas de humanização da atenção à saúde como o Estado da Criança e do Adolescente que estabelece que os estabelecimento de saúde deverão proporcionar condições para a permanência de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente.

3.3 Princípios e Ações da Política de Humanização

Segundo Santos Filho (2007) a proposta da Política de Humanização coincide com os próprios princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, sendo a atenção integral assegurada, além de estratégias de ampliar a condição de direito e cidadania das pessoas.

No que refere a transdisciplinaridade Minayo e Deslandes (2002) afirma que estes princípios propõem uma atuação que leva a constante ampliação da garantia de direitos e aprimoramentos da vida em sociedade.

A Política de Humanização possui seus conceitos e princípios embasados em dispositivos que buscam a reorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, propondo transformações nas relações sociais envolvendo os trabalhadores e os gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços, além de transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população, conforme afirma Santos Filho (2007). O autor afirma ainda que para que se processem todas as mudanças é de grande importância transformações no campo da formação profissional, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho.

Neste contexto se vislumbra a implementação de ações e metas que fazem parte das Políticas de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que esta política deve colocar como importante ferramenta o objeto de avaliação (SANTOS FILHO, 2007).

Cabe-se ressaltar também que para que esta avaliação não se reduza a uma simples perspectiva administrativa de verificação de cumprimento de metas,

necessitando também reafirma os conceitos macro-referenciais e a complexidade das dimensões derivadas desta política.

No que refere à estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, Santos Filho (2007) destaca que a humanização busca o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores. Estes indicadores devem então refletir as transformações no âmbito da produção de serviços e produção de sujeitos.

3.4 A Política de Humanização no Brasil

Segundo Fortes (2004) no final da década de 90 ocorreu uma grande ampliação de proposições políticas governamentais no que refere à humanização da atenção à saúde. Em 2001 o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), programa este que propõe um conjunto de ações integradas na área da humanização hospitalar.

Ao apresentar essa proposta, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), o Estado coloca que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Para cuidar dessa dimensão fundamental do atendimento à saúde, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Sua implantação envolveu o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil, prevendo a participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade.

Este programa nasceu, segundo o Ministério da Saúde de uma iniciativa estratégica que buscava iniciativas que fossem capazes de trazer o melhoramento do contato humano entre o profissional de saúde e usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, garantido assim o bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2002).

Embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, Gaíva e Scochi (2004) destacam que é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente. Ainda que haja longas filas de espera nos serviços públicos ambulatoriais, para citar

apenas um dos problemas, quando o ser humano necessita de hospitalização, encontra-se fragilizado pelo processo de adoecimento, o que se agrava com a falta de humanização da assistência.

Os princípios fundamentais para o desenvolvimento das ações do programa PNHAH baseia-se segundo o Ministério da Saúde o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem os serviços de saúde, devendo haver também uma integração dos vários programas já existentes que tem a humanização como foco de atuação (BRASIL, 2002).

Espera-se com a implantação do referido PNHAH, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por partes dos que atendem os usuários não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. Para os profissionais que atuam nos hospitais há a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de suas práticas, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde. Como todo trabalho, esse é produzido por sujeitos e produtos de subjetividade.

De acordo com Oliveira, Collet e Viera (2006) não existe humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Consequentemente não existe humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele, se re-valorize. É seu objetivo fundamental resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade.

Os multiplicadores do programa de humanização têm como função a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização em cada um dos hospitais, constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais, cujas tarefas são: difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários (BRASIL, 2002).

No entanto, Oliveira, Collet e Viera (2006) afirmam que mesmo que contando com um grau razoável de sensibilização das instituições para sua inserção numa rede ampla de trabalho e troca de informações e experiências com outras instituições (seja com instituições de saúde ou com instituições representativas de

outros setores da comunidade), há um segundo desafio a enfrentar, que se constitui no processo de capacitação das instituições e de seus profissionais.

Os autores destacam ainda que toda instituição pública seja uma organização idealmente destinada a atender a comunidade, embora nem sempre isso aconteça da forma desejada. Pressionadas por grandes demandas, por carências de recursos materiais e humanos e atuando, muitas vezes, em situações bem próximas do limite, as preocupações de muitas dessas instituições às questões que acontecem em seu espaço interno, o que as torna isoladas e pouco permeáveis a um contato mais aberto e efetivo com a comunidade da qual fazem parte e pra qual atuam. Por melhor que seja a ação dessas instituições os resultados de seu trabalho permanecem pouco conhecido e pouco compartilhado com outras instituições.

Outra peculiaridade essencial do Programa de Humanização, tanto nos hospitais como na formação e funcionamento de toda a rede de humanização, é o trabalho com equipes interdisciplinares. Nessas equipes, tende-se à mútua formação elementar contínua dos seus membros nas teorias, métodos e técnicas das suas respectivas especificidade e profissões, com o fim de, sem provocar nenhum tipo de confusão, propiciar tanto a exploração das interfaces das suas capacidades e funções, como a mobilidade, a substitutividade dos papéis teórico-técnicos e, ainda, a invenção de novos papéis requeridos pela tarefa.

Oliveira, Collet e Viera (2006) apontam como sendo os principais obstáculos para a constituição e desenvolvimento das equipes interdisciplinares na tarefa da humanização como sendo o individualismo de muitos profissionais, a divisão técnica e social nos ambientes de trabalho o que leva a um elevado processo de hierarquização, a visão onipotente de muitas profissões, principalmente na área médica, o sentimento de superioridade, o medo da perda da identidade e à suposta caotização das diferenças, o temor à crítica quando o dispositivo propicia a plena exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada agente, a possível perda de privilégios etc.

Outro aspecto fundamental, destacado por Deslandes (2004) diz respeito às condições estruturais de trabalho do profissional de saúde, quase sempre mal remunerado, muitas das vezes pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho. Humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência. As idéias de humanização favorecendo a não-violência e a comunicabilidade reforçam a

posição estratégica das ações centradas na ética, no diálogo e na negociação dos sentidos e rumos da produção de cuidados em saúde.

Segundo Fortes (2004) o PNHAH propôs a valorização da formação educacional dos profissionais de saúde a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana, consoante à compreensão de que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais. Outro ponto destacado no Programa é a melhoria da imagem do serviço público de saúde, pois o profissional que se sente respeitado pela instituição à qual pertence está mais apto a atender com eficiência e de forma mais humana.

Fortes (2004) destacou ainda que o Programa prioriza o papel do gestor para dar eficácia ao processo de humanização dos serviços de saúde, pois este é um dos principais responsáveis por proporcionar condições adequadas para que os funcionários e servidores sejam valorizados em seu trabalho e os usuários tenham seus direitos garantidos.

De forma geral pode-se resumir os princípios norteadores da Política de Humanização nos seguintes tópicos, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005):

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados a rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaço de trabalho saudáveis e acolhedores.

3.5 A proposta do Humaniza-SUS

De acordo com Fortes (2004) à partir de 2003 acontece uma nova gestão no Ministério da Saúde e se inicia a condução de uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – Humaniza-SUS.

Esta política pretende ter um caráter transversal, visando atingir a todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão e da gestão processo de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde.

A proposta do Humaniza-SUS apresenta para Fortes (2004) algumas importantes diferenciações com as anteriores incorporando no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do cuidar de quem cuida, a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras.

Com isto, resgatam-se princípios e diretrizes da construção do SUS, contido nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) enfoca como prática humanizadora o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços e suas injustas conseqüências – as filas de espera, necessidade de ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, o incentivo a formas de acolhimento que levem à otimização dos serviços e ao acesso dos usuários a todos os níveis de atenção do sistema de saúde, com mecanismos referência e contra-referência.

Enfatiza, ainda, segundo o Ministério da Saúde (2004) a necessidade do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde

envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão, mediante a instalação de conselhos gestores em unidade hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido estudo possibilitou perceber que a temática da humanização envolve uma série de questões que vão desde a operacionalização de um projeto político no setor de saúde baseado em valores por vezes esquecidos, como a cidadania, o compromisso social e a prática de gestão tradicional e até os espaços de atuação dos profissionais de saúde e todas as relações interpessoais que se fazem presentes nestes processos.

Deste modo é imprescindível a compreensão da temática da humanização de forma complexa e envolvendo a atuação de distintos sujeitos no processo, o que torna por vezes este processo de difícil implantação dentro das instituições tanto hospitalares como ambulatoriais.

Possibilitou-se também a compreensão que a humanização dentro do contexto dos serviços de saúde implica em uma transformação do próprio modo como se concebe o usuário dos serviços. Esta transformação se refere então a um posicionamento político com ênfase na saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas num contexto social, político e econômico.

A implementação de um processo de humanização, que se baseie no campo interdisciplinar da saúde, que se fundamente na ética, implica no resgate da dimensão humana das relações de trabalho e a sua permanente problematização.

Neste contexto a ética tem um papel muito importante contribuindo para que as práticas realizadas no ambiente hospitalar respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, tanto no cuidado profissional, garantindo assim sua dignidade, seu valores, seus direitos e deveres.

Um dos grandes desafios apresentados na temática da efetiva aplicação de projetos de humanização estão na reformulação curricular dos profissionais da área de saúde, permitindo através deste, uma visão mais abrangente do processo de prevenção e da assistência.

Mesmo com todas as dificuldades, é de vital importância para os serviços garantir aos usuários dos serviços de saúde uma condição mais humana e respeitosa, através de uma valorização do profissional, uma melhor estrutura da parte física, e finalmente um efetivo preparo dos profissionais a todas as situações a que estes estão expostos no transcorrer do desempenho de suas atividades.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista de escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, set. 2006.

BALLINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro; Atheneu, mai.1975.

BAREMBLITT, G. **Que se entende por humanidade e humanização?** Belo Horizonte; Graal Ibrapsi, jan 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização - Humaniza-SUS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389. Acesso em: 16 set. 2009.

CAMIGNOTTO, A. A humanização do hospital: fator de eficiência. **Revista Paulista hospitalar**. São Paulo, v. 20, n. 11, p. 27-30, jun. 1972.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, fev. 1999.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105, jan./fev. 2005.

COSTA, C. A.; LUNARDI FILHO, W. D.; SOARES, N. V. Assistência humanizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 310, ago. 2003.

COUTO, R. **Entendendo a percepção hospitalar sob o olhar de profissionais e usuários do serviço**. Disponível em: <HTTP://www.unifesp.br/dpsiq/arquivo,psicomp2html>. Acesso em: 17 jul. 2007.

DATNER, E. M.; FERROGGIARO, A. A. Violence during pregnancy. **Emergency Medicine clinics of North America**, v. 17, n. 3, p. 645, 1999.

DAVIM, R. M. C.; BEZERRA L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no projeto Midwifery: um relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 727, set. 2002.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9, 2004.

DIAS, M. A. A humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 340, abr./jun. 2006.

DUARTE, E. **A humanização voluntária**. Disponível em: <http://unifestp.br/dpisiq/arquivo_psicomp2.html>. Acesso em: 17 jul. 2009.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, jun. 2004.

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-33, ago. 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro; Graal, 1986.

FREYRE, K. **Era uma vez: laboratório de sonhos**. Recife; UPE, nov. 2003.

GAIVA, M. A. M.; SCHOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469, maio./ jun. 2004.

GALLIAN, D. M. C. A humanização da medicina. **Revista psiquiátrica na prática médica**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 127-135, jan. 2001

GELAIN, I. J. A humanização do hospital. **Revista paulista hospitalar**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 03, nov. 1993.

GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. 2 ed. Campinas; Papyrus, abr. 1997.

HAYASHI, A. A. M.; GISI, M. L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação reflexão à conscientização. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 9, p. 824, mai./ago. 2000.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo, EPU, 1979.

JEAMMET, P. R. M.; CONSOLI, S. M. **Psicologia medica**, Rio de Janeiro; MEDSI, 2000.

LEITE R. S.; NUNES, C. V.; BELTRAME, I. **Humanização Hospitalar: análise da literatura sobre a atuação de enfermagem**. 2006.

LEITE, E. M. **Evolução histórica dos conceitos e das práticas de saúde e de cura no Oriente**. São Paulo; Loyola, 1996.

LEPARGNEUR, H. **Princípios de autonomia**. Rio de Janeiro; Revinter, 2003.

MARTINS, J. J.; FARIA, E. M. A organização do trabalho da enfermagem em UTI. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 388-401, mar. 2000.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 2001.

MAZETTI, M. Especialistas garantem benefícios de humanização de hospitais. Disponível em: <http://www.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3854.shtml>. Acesso em: 16 set. 2009.

MEYER, D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiros/as? **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 2, p. 189-195, jul, 2002.

MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo, Loyola; p. 410, 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro; Fiocruz, p. 195, 2002.

MOLINA, A. **Humanização da assistência à saúde**: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas. São Paulo; Guanabara Koogan, 2002.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, jan. 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, ago. 2006.

OLIVEIRA, M. E. **A melodia da humanização – Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis, Cidade Futura, 2001.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 157, jul. 2003.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 6, dez. 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados Paliativos**. São Paulo, Loyola, p. 195. 2004.

QUEIROZ, M. S.; VIANNA, A. L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 132, abr. 1992.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, set. / dez. 2004.

RIBEIRO, R. C. N.; CARANDINA, D. G. D.; FUGITA, R. M. T. Tecnologia e humanização em C.C. e U.T.I. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 4, n. 3, p. 15-19, set. 1999.

SAEKI, T. J.; ET AL. O psicodrama pedagógico: Estratégia para humanização das relações do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 1, p. 89, jan/fev. 2002.

SAMPAIO, T. L.; BOMFIM, I. **A contribuição da Homeopatia para o processo de reorientação da Atenção Básica de Saúde, a partir dos pressupostos da humanização e da promoção da saúde**. Monografia (especialização em saúde da família e da comunidade). Brasília, p. 55, 2007.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999, 2007.