

HUMANIZAÇÃO NO SETOR HOSPITALAR: UMA PRÁTICA A SER REVISADA.

Sue Ellen Ferreira Modesto Rey de Figueiredo ¹
Darklê Ferreira Modesto Barbosa²
Wellen Thaís da Silva Rodrigues³

RESUMO

A bioética e a humanização da assistência à saúde da população ocupam um espaço estratégico nas discussões sobre as necessidades de mudança nos processos de formação médica. Com a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. A humanização em saúde é uma das políticas prioritárias do setor da saúde, atualmente em implementação em nosso país. Promover saúde e humanizar a atenção à saúde são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionadas com o contexto em que se desenvolvem. O presente artigo apresenta uma reflexão sobre a política de humanização, presente no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), abordando de forma concisa a estrutura e o momento atual do sistema de saúde, traçando um breve histórico sobre o conceito de humanização e sua inter-relação com o sujeito e seu coletivo nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Promoção da Saúde; Psicologia Médica.

ABSTRACT

Bioethics and humanization of assistance of the population fills a strategic space in discussions about the necessity for change in the process of the medical education. The necessity to the improvement the quality of services provided, the humanization is seen as the ability to offer quality of care, combining technological advances with good relationship. The humanization of assistance is a priority in public health currently being implemented in our country. Health promotion and humanization of health care takes a hard work, it's dynamic and it's related with the context. This article aimed to present a reflection about the humanization policy, present in the National Humanization of Hospital Care (PNHAH), approaching concisely the structure and the current situation of the health system, tracing a brief history of the concept of humanization and their relationship with the subject and its collective in health services.

Keywords: Humanization of assistance; health promotion; Psychology, Medical.

Introdução:

Humanizar diz respeito à aquisição de forma humana, podendo ser considerado, igualmente, de acordo com Houaiss (2001), como: [...] tornar (-se) benévolo, ameno, tolerável; humanar (-se); tornar (-se) mais sociável, mais tratável; civilizar (-se), socializar (-se) (p. 459).

A humanização para os filósofos é uma expressão originada do Humanismo, corrente filosófica cujo centro de interesses é a natureza ou condição humana, ao colocar o homem e seus valores sobre todas as outras coisas, reconhecendo a sua dignidade e potencialidade buscando, portanto, compreender e encontrar meios para que haja uma compreensão entre todos os seres humanos (NOGARE, 1977).

Entre estudiosos da área há consenso em denominar humanização da assistência como iniciativa que compreende e valoriza a excelência na qualidade do cuidado avaliado sob o ponto de vista técnico, sob os aspectos que dizem respeito à (inter) subjetividade do usuário e do profissional e quanto às referências culturais e o direito à saúde (DESLANDES, 2004).

Humanizar a atenção à saúde, com toda a intensidade de sua inscrição no debate (bio) ético, passa, então, a significar: (1) a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia e orientação sexual, entre outras; (2) a garantia de acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito ao acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha); (3) a possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município (BRASIL, 2005).

Diante dessas questões, o presente artigo tem como objetivo a atualização a respeito do assunto humanização, mais especificamente na atuação do psicólogo e do dentista na área hospitalar, devido à importância da humanização no meio da saúde.

Humanização na área da saúde/Hospitalar

A partir da concepção da saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantida pela Constituição Federal Brasileira em 1988, entende-se que as políticas públicas pretendem propiciar uma adequada qualidade de vida dos cidadãos, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia e educação, entre outros aspectos; os quais entram em vigor os princípios orientadores de universalidade, equidade, integralidade e participação social. A universalidade diz respeito ao acesso, não devendo haver preconceitos e privilégios; a equidade se refere à igualdade na assistência à saúde; a integralidade contempla a idéia de integralidade e a participação social e traz a noção de democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema, e esses devem ser aplicados por uma equipe integrada, restando uma assistência pautada na igualdade e no acesso universal (BRASIL, 1990, 2005, RIO GRANDE DO SUL, 2002). Além disso, a sociedade é estimulada a se organizar e a participar ativamente nas decisões da gestão em saúde. Inserida neste contexto, encontra-se a diretriz referente à humanização da atenção, que trata da co-responsabilização entre os serviços e a comunidade. Pode-se dizer que a humanização na atenção e na gestão do SUS implica, também, fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para que analisem, avaliem e atuem junto àqueles que são os determinantes das suas condições de vida e saúde, que é outro dos campos de atuação da promoção da saúde.

O debate sobre humanização no setor hospitalar envolve um amplo e controverso pensamentos e indagações. A primeira indagação de senso comum é questionar o que significaria humanizar uma relação, essencialmente humana, que é a produção do cuidado de saúde. Apesar da associação a reflexões e demandas recentes, o tema da humanização já era debatido e tal termo utilizado há mais de 40 anos (DESLANDES, 2005).

Diante disso o objetivo central do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 1999, pela Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde era o de promover uma mudança de cultura no atendimento na área hospitalar, e teve como objetivos principais: melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar; recuperar a imagem dos hospitais junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização

beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos; desenvolver um conjunto de indicadores/ parâmetros de resultados e sistemas de incentivo ao tratamento humanizado (BRASIL, 2001). Entre 2000 a 2002, PNHAH iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2009).

O atendimento no contexto de saúde tende a uma visão interdisciplinar, enfocando os aspectos de qualidade de vida no processo saúde-doença. Esta preocupação refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (SEIDL, ZANNON, 2004).

Recomenda-se que o modo eticamente correto de um profissional da saúde exercer sua profissão é buscando o bem do paciente (KIPPER, CLOTET, 1998). Dentro do serviço público de saúde, nos encontramos em um momento de muitas implementações, avaliações e revisões acerca da garantia e da efetividade do processo saúde-doença. Acontece que estes pacientes psicossomáticos, que circulam pelo sistema de saúde, ainda se mostram como grandes desafios para este processo. De acordo com Pessini (2002), o profissional que lida com o sofrimento humano deve atender à pessoa fragilizada de forma a valorizar sua qualidade de vida, respeitando sua dignidade e seu processo na tomada de decisões, e esse acolhimento inicial é dado principalmente pelo Psicólogo; todavia, há profissionais que, não conseguindo lidar com pessoas, preocupam-se somente em tratar doenças, desconsiderando desejos, aspirações e sonhos (MATTOS, 2001).

No glossário Humaniza SUS, encontrado no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, como definição de acolhimento temos: “Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2004).

O profissional de saúde na política de humanização hospitalar

De acordo com Mota (2006), o contato que o profissional de saúde estabelece com o paciente o coloca diante de sua própria vida, saúde ou doença, como também o enfrentamento de seus próprios conflitos e frustrações.

Portanto o conceito de humanização de acordo com a Política Humaniza SUS, é que seja uma troca de conhecimentos entre os usuários da rede, os profissionais e principalmente a forma de trabalhar em equipe (BRASIL, 2005), ou seja, a humanização é uma construção de atitudes ético-estético-políticas que se encontram em sintonia com um projeto de coresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais em si e entre os usuários e os profissionais na produção de saúde (FREYRE, 2004).

É nesta construção que os profissionais são inseridos, pois a proposta de humanização é para que os atendimentos sejam melhorados aos usuários assim como também as condições de trabalho, ou seja, um alinhamento entre os dois lados, tanto para quem recebe quanto para quem trabalha (MOTA, 2006).

O movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, mas é importante ressaltar que as intervenções estruturais auxiliam no fato da experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente (MOTA, 2006). Mostrando assim que é sempre uma visão do todo, buscando a valorização do ser humano.

Uma das características da humanização hospitalar é preservar a autonomia do paciente, isso se dá à medida que se torna possível à participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento, sobre o ambiente em que vai permanecer durante seu processo de internação, sobre a possibilidade de dialogar a respeito das questões nutricionais que serão indicadas, e também a respeito de condições e ambientes ligados a questões do sono, pois todo esse processo faz parte de um conjunto que auxiliará na forma com que esse paciente lidará com o processo de internação hospitalar (MOTA, 2006).

Além das características da humanização hospitalar, as características do atendimento humanizado enquanto profissionais é essencial, assim como ressaltou Souza (2005), quando diz sobre a importância do acolhimento como sendo um processo que começa desde a entrada

do paciente na instituição até a sua saída, sendo assim um atendimento integral valorizando o ser humano.

Trabalhando com humanização percebe-se uma melhora do ambiente hospitalar, trazendo assim benefícios como a redução do tempo de internação, o aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos (MOTA, 2006).

Portanto mesmo que haja profissionais que só lidam com a doença, deve-se perceber o ser humano que existe em tais instituições e que necessitam de atendimento humanizado. Torna-se importante ressaltar que a preocupação com a humanização deve ser prioridade, considerando sempre a pessoa em primeiro lugar (MOTA, 2006).

Conclusão

A falta de acolhimento ao usuário e de continência aos seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à diminuição da adesão ao tratamento. É imprescindível ressaltar como é importante que o profissional da saúde desenvolva constantemente seus valores e princípios éticos, bem como sua técnica — que deve ser cada vez mais aperfeiçoada a cada passo dado, desde o primeiro contato com o paciente até o final do tratamento. As técnicas como a escuta, o acolhimento, e a comunicação devem ser primordiais para o processo de conscientização de que o ser humano deve ser valorizado diante de suas necessidades. O comportamento do profissional deve transmitir através de suas ações o quanto se importa e se preocupa com suas dificuldades.

A humanização diante de seu puro conceito pode ser o mecanismo que levará a uma melhora dentro do ambiente hospitalar, causando grandes impactos no modo como o profissional atende suas demandas também do usuário que necessita de seus atendimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.**

BRASIL. Legislação Federal e Estadual do SUS. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Legislação Federal e Estadual do SUS. Porto Alegre, 2000. p. 22-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 3a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF, 2003.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar.** Ciên Saúde Colet 2004; 9(1): 7-13.

DESLANDES, S. F. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Ciên Saúde Colet 2005; 10(3): 615-626.

FREYRE, K. **Era uma vez: laboratório de sonhos.** Recife: Editora Universidade de Pernambuco - UPE. 2004.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate.** Interface Comunic Saúde Educ. 2009; 13(supl 1): 493-502.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. **Princípios da beneficência e não-maleficência.** In: COSTA, S. I. F. et. al. (Ed.). Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões.** In: MATTOS, R. A; PINHEIRO, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2001. 180 p.



e-ISSN 2594-679X

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar.** *Psicol Estud* 2006, 11(2): 323-330.

NOGARE, P. D. **Humanismo e anti-humanismo:** introdução à antropologia filosófica. Petrópolis: Vozes; 1977.

PESSINI, L. **Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar.** *Bioética* 2002; 10(2): 51-72.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul:** cuidar sim, excluir não. Porto Alegre, 2002.

SEIDL, E.; ZANNON, C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 580-588.

SOUZA, A. P. F. S.; CARVALHO, F. T.; NARDINI, M.; CALVETTI, P. U.; GIL, M. E. **A humanização no atendimento:** Interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. Porto Alegre: Brasil. *Boletim da saúde* 2005; 19(2): 21-28.