

O Conceito de Humanização no Atendimento Hospitalar

RESUMO

Este trabalho apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema da humanização no atendimento hospitalar. Este assunto é problemático, visto que influencia significativamente as relações humanas no espaço hospitalar. O objetivo geral da pesquisa foi discutir o tema “humanização no atendimento hospitalar” e identificar os aspectos que envolvem o conceito de humanização e da qualidade do atendimento em saúde. Com a realização da revisão de literatura chegou-se à conclusão de que falta no hospital, e nos demais espaços de saúde, profissionais qualificados e humanizados, profissionais que reconheçam nos pacientes pessoas que precisam de cuidados e não enxerguem apenas doenças ou fraturas que necessitem ser tratadas ou curadas. O reflexo da humanização da saúde passa pela adequação e capacitação dos recursos humanos, pela reorganização dos espaços e da sua infraestrutura e, principalmente, por uma mudança cultural da instituição. O Governo Federal vem tentando humanizar a saúde por meio da política nacional de humanização da assistência hospitalar, de 2003, lançado durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Palavras Chave: Humanização, Saúde, Política de Saúde, Atendimento Hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

Uma instituição é o resultado da união de forças dos agentes, indivíduos que atuam em sua estrutura formal e informal. Conforme essa estrutura e sua capacitação haverá os resultados, que podem ser satisfatórios para ambos os lados: os funcionários da empresa e seus dirigentes e os consumidores clientes.

No caso dos serviços de saúde, ofertados por hospitais e clínicas, públicos e clínicas, públicas e particulares, existe um grande descompasso entre os serviços ofertados e os níveis de satisfação. Os funcionários dos ambientes de saúde entendem que, quando salvam vidas, está tudo certo, mas os pacientes não observam da mesma

forma e, mesmo sendo curados, tratado, nem sempre consideram o atendimento/serviço bom. Por que será...

Certas ciências, como a sociologia e da Psicologia, aliadas aos trabalhadores dos Recursos Humanos, vêm procurando respostas a essas questões vitais das organizações hospitalares. Algumas pesquisas apontam que os avanços tecnológicos constantes, aliados ao aparecimento da medicina científica, no século XIX, foram o início das mudanças nas funções dos hospitais, que deixaram de serem os lugares em que pobres e doentes eram abandonados pra morrer e se transformaram em instituições voltadas ao cuidado e ao tratamento de enfermidades e de fraturas em geral. Para isso passaram a contar com uma nova gama de instrumentos e técnicas, buscando sempre soluções para os problemas e enfermidades.

Hoje os centros de saúde possuem, geralmente, uma estrutura altamente sofisticada e no seu topo os médicos, os doutores do saber médico que foram formados nas faculdades para diagnosticar e curar, mas não foram capacitados para ouvir os pacientes e vê-los como pessoas, já que, após o diagnóstico, os profissionais de saúde tendem a ver e pensar só na doença e não veem a pessoa, o paciente, como um todo.

Sobre os problemas do atendimento hospitalar Ayres diz:

A problemática de que trata a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais entre terapeutas e pacientes, embora chegue até ele. Não se detém em rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, embora dependa deles. Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a “polis” (AYRES, 2005).

Ayres ainda afirma que:

(...) a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos (AYRES, 2004).

Por isso se faz necessário um meio para melhorar a relação médico paciente, profissionais de saúde pacientes. No Brasil isso vem sendo proposto desde 2001 com o plano nacional de humanização.

Por humanização entende-se a valorização das relações entre todos os sujeitos envolvidos no espaço da saúde, sendo eles: médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, zeladores, enfim todos, além dos pacientes e seus familiares. Para Alves (2004, p. 17): - “As pessoas que procuram os serviços de um hospital normalmente se encontram debilitadas, fragilizadas e assustadas, física e emocionalmente. Nesse estado esperam ser bem tratadas e compreendidas por profissionais preparados e qualificados”.

Logo, os profissionais envolvidos com os ambientes hospitalares precisam fornecer um atendimento humanizado, em que o indivíduo seja visto em todas as suas dimensões, e não apenas pela sua necessidade de saúde. Dessa forma se faz primordial que todos os envolvidos: - gestores, médicos e demais trabalhadores, além dos usuários devam se envolver e buscar a humanização do sistema de saúde.

Assim, teremos um atendimento hospitalar fortalecido coletivamente, de todos e para todos, uma real humanização hospitalar. Humanizar é uma palavra, um conceito fundamental para a melhoria da qualidade do sistema de saúde. Procurou-se com este trabalho analisar o tema “humanização no serviço de atendimento hospitalar” e identificar quais aspectos são importantes para se implantar a humanização. Com a revisão de literatura foi constatado que a humanização teve início nas estruturas internas do sistema de saúde e, apesar dos avanços desde 2001, um dos principais gargalos da humanização hospitalar é conseguir formar líderes eficazes nos ambientes de saúde. São esses líderes que devem fomentar no espaço de saúde em que trabalham ações e projetos que visem provocar mudanças no jeito de agir dos demais profissionais.

Outro percalço da humanização está na formação de todos os profissionais da saúde, a começar pelo médico. Na graduação, os alunos são capacitados para trabalhar com músculos, ossos e cadáveres e quando passam a trabalhar e aprender no hospital-escola, eles não são talhados para cuidar, interagir com pessoas, vivas. Eles não enxergam seres humanos complexos, enxergando somente ossos, músculos, fraturas e doenças. Interagir com seres vivos é mero detalhe, pois tudo continua sob o ponto de vista médico, sendo encarado sob o prisma da patologia. Isso é fácil de identificar, pois

é só observar um grupo de médicos ou de estudantes de medicina avaliando um paciente: nenhum deles pergunta o nome do paciente, só tendo olhos e ouvidos para a doença e, depois de identificada, é só ela que interessa.

Eugéne Henríquez, sobre o perfil dos profissionais de saúde, com propriedade comenta:

Veem-se cada vez mais pessoas que se voltam à sua própria identidade, que cuidam apenas de “si”, de sua vida privada, de seus investimentos cotidianos, de sua família. O homem, então, não se sente mais fazendo parte de uma espécie humana e não participa mais do trabalho da civilização. Considera os outros apenas obstáculos ou objetos de prazer (ENRIQUEZ, 2006, p.9).

O plano nacional que nasceu em 2001, com o ministro José Serra, surgiu sem razão das frequentes e constantes reclamações dos pacientes sobre a maneira de serem tratados pelos profissionais da saúde, especificamente os médicos. O Código de Defesa do Consumidor veio a normatizar e proporcionar mais direitos aos usuários do sistema de saúde e foi graças a ele que o Governo Federal procurou melhorar a relação médico paciente. Com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e as mudanças no sistema de ensino das faculdades de Medicina, em muitos estados o sistema já melhorou e a palavra humanização começou a ser ouvida na graduação em medicina e lentamente nos ambientes de saúde, sejam eles hospitais ou clínicas, começam a melhorar.

2. Histórico da Humanização

Este tema está em voga desde a divulgação e implantação do Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde, e o Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. A política do Governo Federal pretende envolver 450 hospitais da rede pública, em duas fases. O projeto apresentado pelo ministro José Serra busca implantar um padrão de qualidade ao sistema. No lançamento do projeto, José Serra afirmou que a qualidade da atenção ao usuário estava crítica no país e o sistema de saúde brasileiro precisava melhorar significativamente, pois as queixas dos usuários referiam-se principalmente a maus

tratos nos hospitais. Serra afirma: “ Na avaliação do público, a forma do atendimento a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados do que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais e a falta de medicamentos”.

O programa também se preocupa com as condições de trabalhos dos profissionais da saúde, pois, nas palavras de Serra “os funcionários que se sentem respeitados pela instituição prestam atendimento mais eficiente” (FONTES, 2002). Abaixo podem ser vistos os objetivos do Plano Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde voltado aos hospitais da rede pública:

- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários das redes hospitalares brasileiras credenciadas ao SUS:
- Modernizar as relações do trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem publica junto à comunidade.
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimento e experiências nessa área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores e parâmetro de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado.
- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS.

O plano começou a ser implantado com um Projeto-Piloto, implementado em dez hospitais públicos de várias regiões do Brasil. Hospitais esses localizados em diferentes realidades socioculturais e geográficas do país, com diferentes modelos de administração hospitalar e portes/tamanhos diferentes.

No dia 24 de maio de 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi apresentado ao público na capital federal, Brasília, no lançamento realizado para convidados das mais variadas instâncias da área da saúde. A apresentação do programa foi feita por um grupo de profissionais de reconhecida capacidade técnica que também ajudou a desenvolver o programa e o Projeto-Piloto.

O Projeto Piloto foi desenvolvido em cada hospital por dois profissionais do Ministério da Saúde, com a supervisão de uma equipe de técnicos da área médica, coordenada pelo Comitê de Humanização implantado nos hospitais. Os objetivos desse projeto foram: a) deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir conhecimento específico acerca dessas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

A importância do grupo de trabalho de humanização hospitalar está na possibilidade, se necessário de intervir institucionalmente nesses hospitais. Com esse comitê de humanização, ou por meio dele, outorga-se à organização hospitalar a condição de ser o ator principal no processo interno de humanização, que segundo o plano nacional, deve ser progressivo e permanente.

Para compor esses grupos de trabalho de humanização hospitalar foram convidados funcionários de todos os setores hospitalares, como: técnicos administrativos, enfermeiros, cozinheiros, serventes, entre outros. Com tal atitude foram aglutinadas e entrelaçadas lideranças e qualificações diferentes do sistema hospitalar. A composição desses grupos de trabalho não foi igual em todos os espaços pois, em algumas lideranças locais interviram. No âmbito geral foram muitas as ações implementadas. Desse modo, o papel dos grupos de trabalho foi organizar e conduzir um processo permanente de mudança de cultura no cenário do atendimento à saúde, chamando os profissionais da área a ter mais respeito à dignidade humana dos pacientes. As ações dos grupos de trabalho segundo o plano nacional foram as seguintes:

- a. Constituir-se como espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão;
- b. Promover um fluxo de propostas e deliberações;
- c. Dar apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência e ampliação;
- d. Conceber estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores (reconhecendo-se, ela própria, como um dos mais significativos instrumentos de integração existentes no hospital);
- e. Conceber formas de participação da comunidade, buscando os pontos de intersecção com entidades da sociedade civil, com o poder público, e outras instituições;
- f. Vincular-se a uma rede interinstitucional voltada para o Programa de Humanização.

A fim de que os grupos de trabalho consigam implantar tais mudanças eles foram capacitados e dotados de diversos instrumentos e de autonomia para realizar suas tarefas, realizando muitos cursos em diversas áreas. O Ministério da Saúde implantou um conjunto de medidas para sedimentar o Programa de Humanização a fim de proporcionar amparo legal aos grupos de trabalho com a edição de portarias e demais atos regulatórios.

Além disso, foi criada uma rede nacional de humanização que será referência aos grupos de trabalho junto ao Ministério da Saúde. Frisamos que a autonomia desses grupos é um requisito imprescindível para o funcionamento junto às instituições hospitalares. Vale ressaltar que os grupos de trabalho de humanização hospitalar precisam de referências externas à organização em que atuam para, assim, poderem dar testemunho de seu trabalho e receber a contrapartida. A criação da rede nacional proporcionou ao participante do grupo de trabalho a possibilidade de compartilhar objetivos comuns, verificar erros e acertos e, dessa forma, foi criado um fluxo de informações úteis à melhoria dos serviços, o que favorece o apoio recíproco. O Projeto-Piloto teve como primeira característica a flexibilidade de sua metodologia face às diferentes características de cada hospital participante do projeto. As leituras até aqui apontam que os resultados obtidos confirmaram que a identidade dos grupos de trabalho

foi correta, pois os diferentes grupos adquiriram um estilo próprio de trabalho, adaptando-se às características de cada hospital.

Benavides e Passos (2005), sobre os serviços e políticas de saúde, afirmam que:

(...) a força emancipatória na base do SUS só se sustenta quando tomamos como inseparáveis o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades protagonistas e autônomas que se engajam na reprodução e/ou na invenção dos modos de cuidar e de gerir os processos de trabalho no campo da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Para que tenhamos um hospital humanizado precisamos ter uma visão plural do ser humano, ou seja, uma visão holística do sentido do fenômeno da doença - fisiopatologia e de suas implicações socio-econômica e afetiva.

“Humanização” - não coincide nem com as práticas adotadas durante o atendimento ao paciente, nem com a gentileza e compreensão demonstradas, nem com títulos e fama.

“Humanização” - corta transversalmente muito dos itens relacionados acima, sem identificar-se com nenhum deles.

Podemos chamar de “Humanização”, uma nova visão do atendimento ao paciente, que "humaniza" no sentido antropológico e psicológico todos os participantes.

“Humaniza-os” - porque os torna mais ricos em humanidade, em sensibilidade, em afetividade.

“Humaniza-os” - porque traz à tona sua grandeza, sua força, sua sabedoria.

“Humaniza-os” - porque lhes permite a experiência do mistério da vida, da dor e da vitória, do risco e da alegria.

“Humaniza” o médico e os demais profissionais dando-lhes mais profundidade de compreensão do processo da doença e sua prevenção, mais segurança para lidar com esse processo, tornando-os pessoas mais plenas.

É evidente então que nem todos os livros do mundo, títulos, glória e fama irão tornar um médico alguém que possamos ter o prazer de chamar “humanizado”, porque “Humanização” - não é o que se sabe, mas como se usa esse saber e aí entra em jogo a subjetividade. Todos os participantes ativos na recuperação da saúde devem estar cientes de que tratam de e com seres humanos. (Ministério da Saúde, 2004).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantar o princípio da humanização nos hospitais e em outros ambientes que cuidam da saúde direciona os trabalhadores dessa área para a valorização do potencial humano e profissional. Os profissionais inseridos no projeto de humanização do Ministério da Saúde, sejam eles da enfermagem ou da administração, vão sentir-se integrados e conscientes de que são um elemento envolvido na recuperação do paciente. A implantação de um ambiente de trabalho humanizado precisa observar dois elementos básicos: “a busca pela qualidade de vida e a motivação para executar as tarefas”. Portanto, é a interação entre as características pessoais (necessidades, impulsos, expectativas, pensamentos, desejos) e as situacionais (salário, benefícios, tecnologia e sistemas de trabalho), que irão começar a transformar o ambiente de trabalho nos hospitais e congêneres.

Reciclagens visando melhorar as condições de trabalho devem ser constantes. Dessa forma será criado um ambiente psicológico motivador, visualizando o respeito mútuo, a abertura de diálogos e padrões de ética, de confiança e o resgate da cidadania. Depois da conquista de um ambiente saudável com essas características, será mais fácil vislumbrar que esses profissionais observem e respeitem os pacientes na sua integridade e complexidade. Vale ressaltar que um trabalhador motivado e valorizado será um agente multiplicador das políticas implantadas pelo hospital. Em toda a sociedade hoje existe a necessidade humana do respeito ao próximo, tornando-se esse respeito mais fundamental para uma pessoa fragilizada, doente, por isso é essencial um atendimento humanizado, solidário, nos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, M. J. **Tecnologia e medicina: uma visão da academia**. Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 8,n.1.2000.

ASSMANN, H.; MOSUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária**. Petrópolis: Vozes, 2000.

AYRES, JRCM. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13. n.3. set./dez. 2004.

AYRES, JRCM. **Hermenêutica e humanização das práticas e saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.v.10, n.3. jul./set. 2005.

ANDRADE, S. M. **Bases da Saúde Coletiva**. 1ª Ed.2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BENEVIDES, PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.10 n.3. jul/set. 2005.

BOCCATO, M.A. **A importância da bioética. Genética na escola**. 02.02, 11-14, 2007. WWW.sbg.org.br

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSus**. Ministério da Saúde, 3ª Ed., Brasília, 2006. Disponível em: www.saude.gov.br, acesso em 10 de junho de 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BERGAMINI, Cecília Whitaker. **Psicologia aplicada à administração de empresas: psicologia do comportamento organizacional**; 3. ed. São Paulo: Atlas, 1982.

BUONO Anthony F; BOWDITCH, James L. **Elementos de comportamento organizacional**, 1. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

CASTRO, Alfredo Pires de. **Automotivação: como despertar essa energia e transmiti-la às pessoas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade. Bioética**. Brasília:Conselho Federal de Medicina, 1999.

CHARDIN, P. T. **O fenômeno humano**. São Paulo: Herder, 1965.

COLLIERE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Printipo, 1989,

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-hill do Brasil, 1983.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos**. Ed Compactada. São Paulo: Atlas S. A, 1985.

COSTA, Ana Maria. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Saúde e sociedade. v.13 n.3 São Paulo set./dez. 2004.

DESLANDES, S. F. **O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo, v.9, n.17, p.401-403, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN:14143283.

ENRIQUEZ, Eugéne. **O Homem do Século XXI: Sujeito Autônomo ou Indivíduo descartável**. RAE-eletrônica. v. 5, n. 1, Art. 10, Université Paris VII, jan./jun.2006.

FERREIRA, Jaqueline. **O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico**. Saúde e Sociedade. v.17 n.4 São Paulo out./dez. 2008.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

SUS e ORGANIZADORES **,Política Nacional de Humanização**, Pág. 7, 9 e 21, 1ª edição, 2004.

MIZUNO, S. (**Notícias Hospitalares** Pág 16 e 17; número 35, ano 3; 2002).

KOCHIE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e prática da pesquisa**. 15. ed. Petrópolis: RJ – Vozes, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LUCCHESI, P. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde- Retrospectiva 1990/1995.** Rio de Janeiro, Planejamento de Políticas

LISBOA, Terezinha; Notícias Hospitalares. **Gestão de Saúde em debate.** São Paulo, 2001.

Martins, White. Projeto Alegria. **Revista destaque do ano.** Rio de Janeiro, 2004.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS.** Divulgação. No 13 julho, 1996.

PRESOTO, LUCIA. **Revista Notícias Hospitalares.** Rio de Janeiro, número 35, 2002.

SCHRAMM, F.R. **Bioética da Proteção: ferramenta validade para enfrentar problemas morais na era da globalização.** Ver. Bioética, 16 (1): 11, 2008.

SILVA, P.F. **Educação em bioética: desafios na formação de professores.** Ver. Bioética (impr.). 2011; 19 (1): 231-245.

SOTOLONGO, P.L. **El tema de La complejidad em El contexto de La bioética.** In: Garrafa, V. Kottow M, Saada, A. organizadores. Estatuto epistemológico de La bioética. México: Unam/Unesco; 2005. p. 95-123.