

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS ATENDENTES DA ÁREA DE SAÚDE: A NECESSIDADE DE POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO**THE ROLE OF PROFESSIONAL ATTENDANTS AREA HEALTH: THE NEED FOR POLICY HUMANIZATION****EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD ÁREA ASISTENTES: LA NECESIDAD DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN**

Maria José Alves de Mendonça¹
Mary Luci de Oliveira²
Walter Reis Alves³
Henry Maia Peixoto⁴
Judith Aparecida Trevisan⁵
Mauro Trevisan⁶

Resumo

O presente artigo tem por objetivo analisar o papel dos profissionais no atendimento da área de saúde e a necessidade de implantar em hospitais públicos e privados políticas de humanização e investir na formação dos profissionais. Percebe-se cada vez mais a necessidade de melhorias e formação continuada. A metodologia utilizada na pesquisa é de ordem qualitativa, o método utilizado foi o interpretativo e a técnica utilizada foi a aplicação de questionário, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Uniceub, parecer 533/11. Foram entrevistadas 120 pessoas que atendidas em hospitais públicos e privados. Os resultados das pesquisas no atendimento, apontaram a necessidade de melhoria no trato com os pacientes e uma reestruturação nas políticas públicas.

Descritores: Equipe multiprofissional de saúde.Humanização.Políticas.

Abstract

This article aims to analyze the role of professionals in the area of health care and the need to deploy in public and private hospitals humanization policies and invest in the training of professionals. Realizes increasingly the need for improvement and continuing education. The methodology used in this research is of a qualitative method was used and interpretive technique used was a questionnaire, after approval by the Ethics and Research Uniceub,

¹ Graduada em Gestão Hospitalar da Faculdade LS

² Graduada em Gestão Hospitalar da Faculdade LS

³ Graduado em Gestão Hospitalar da Faculdade LS

⁴ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem – Universidade de Brasília/UnB

⁵ Enfermeira – Mestre em Gestão de serviços de saúde – ISTC-Portugal - UnB

⁶ Professor - Mestre em Gerontologia – Universidade Católica de Brasília.

Opinion 533/11. We interviewed 120 people who met in public and private hospitals. The results of research in service, indicate a need for improvement in dealing with patients and restructuring in public policy.

Keywords: multidisciplinary team saúde.Humanização.Políticas.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar el papel de los profesionales en el área de la salud y la necesidad de implementar políticas de humanización de hospitales públicos y privados y de invertir en la formación de profesionales. Se da cuenta cada vez más la necesidad de mejora y formación continua. La metodología utilizada en esta investigación es de un método cualitativo y se utilizó la técnica de interpretación utilizado fue un cuestionario, previa aprobación de la Ética e Investigación Uniceub, Dictamen 533/11. Hemos entrevistado a 120 personas que se reunieron en los hospitales públicos y privados. Los resultados de la investigación en el servicio, indican la necesidad de una mejora en el tratamiento de los pacientes y la reestructuración de las políticas públicas.

Palabras clave: Saúde.Humanização.Políticas equipos multidisciplinares

Introdução

Um profissional ético deve sempre questionar-se, além das questões pertinentes à atividade em que atua, sobre questões que não estão descritas no código de ética; deve sempre repensar se é um profissional que cumpre suas atividades de maneira adequada e se exerce satisfatoriamente as atividades de sua competência, até mesmo quando não há ninguém observando.

Como em qualquer profissão, faz-se necessário buscar o bem estar social e a harmonia entre os pacientes, porém, não é preciso desempenhar atribuições que não sejam de sua competência pelo simples fato da cordialidade ou educação adquirida. O profissional deve sempre realizar o que prescreveu o médico ou as orientações técnicas existentes e cumprir as exigências referentes ao atendimento, tanto do paciente quanto do acompanhante e, assim, primar para que suas ações sejam fieis ao código de ética, pois o profissional é responsável pelos seus atos e, ao se inscrever em conselhos regional ou nacional, assume o código de ética.

Humanizar¹ é garantir à palavra a sua dignidade ética. A partir daí, o sofrimento humano começa a ser humanizado. A comunicação humana é ferramenta imprescindível para a humanização. Neste sentido, faz-se importante exercer os atos de falar e ouvir de modo sábio e preciso.

O gesto de humanizar não possui relação com recursos tecnológicos,mas sim, com atitudes e força de vontade de todos aqueles que formam profissionais de saúde. Existe no ser humano algo que não se encontra em máquinas; só o homem possui a capacidade de se emocionar, de sentir e transmitir o afeto.

No² modo de ser-cuidado, ocorrem resistências e emergem perplexidades, que são superadas pela paciência perseverante. No lugar da agressividade, há a convivência amorosa. Em vez da dominação, há a companhia afetuosa, ao lado e junto com o outro.

Assim, diante do exposto, investir na formação dos profissionais e oferecer as melhores condições de trabalho também contribui para que se tenha cada vez mais profissionais de qualidade e motivados, preocupados com o bem-estar do outro. É cada vez mais comum as pessoas reclamarem do atual sistema de saúde, pois ali, em muitos casos, existem profissionais pouco qualificados e com péssimas condições de trabalho.

Conforme³ a reprodução em massa deixou de ser o foco e o cliente passou a ser o centro das atenções dos administradores. Os consumidores passaram a conhecer melhor os seus direitos e a ter maior consciência em relação à qualidade. O atendimento às necessidades do cliente passou a ser objetivo básico de toda e qualquer organização. Nos hospitais, mesmo com uma natureza tão específica, além de uma assistência médica de qualidade, tecnologia de ponta e medicamentos avançados, é necessário perceber o paciente como um cliente.

Segundo⁴ na avaliação dos usuários de hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), 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 que a falta de médicos, de espaço nos hospitais ou de medicamentos.

Os⁴ bons resultados de um hospital dependem da capacidade de os profissionais oferecerem um atendimento de qualidade ao usuário. E, como a formação educacional dos profissionais é bem deficiente na questão da humanização do atendimento, é necessário processar uma mudança de cultura, para que os hospitais se adaptem ao referido cenário.

Além do foco no cliente destacado pelo *marketing*, no sistema de assistência hospitalar, o paciente também deve ser valorizado pela sua participação ativa no próprio

tratamento. Segundo⁵ o paciente é um agente no tratamento da doença, pois o profissional da saúde definirá o tratamento baseado nas informações oferecidas pelo paciente.

O ambiente hospitalar precisa se desenvolver para a adequação do trabalho de sua equipe interna, com vista a atender os clientes externos, valorizando-os na produção de saúde. Os funcionários da organização precisam ter consciência do valor de um atendimento hospitalar humanizado que satisfaça o cliente. Para que tais mudanças aconteçam é preciso que a alta administração dos hospitais absorva a latente necessidade em suas missões. Feito isso, é necessário conhecer o real interesse e a capacidade de sua equipe interna em atender a demanda e, a partir do diagnóstico referendado, acionar a mudança de cultura para a valorização do atendimento ao cliente. A comunicação pode ser utilizada como instrumento para a imersão da equipe interna na orientação do trabalho totalmente voltado para o cliente.

A fim de evidenciar tal necessidade, o presente estudo deu-se visando descobrir como uma cultura de atendimento humanizado pode ser implantado em hospitais públicos e privado.

Objetivo

Investigar como uma cultura de atendimento humanizado pode ser implantado em hospitais públicos e privados. Investir na formação dos profissionais e oferecer as melhores condições de trabalho também contribui para que se tenha profissionais de qualidade e motivados, preocupados com o bem-estar do outro.

Metodologia

A metodologia utilizada na pesquisa é de ordem qualitativa, o método utilizado foi o interpretativo e a técnica utilizada foi a aplicação de questionário. A coleta dos dados foi realizada em Taguatinga e Ceilândia, Distrito Federal (DF), após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Uniceub, parecer 533/11.

A técnica foi a aplicação de questionário para 120 pessoas, foi realizada em dois hospitais públicos e dois hospitais privados e teve como objetivo identificar como os pacientes são recepcionados pelos atendentes hospitalares, visando avaliar se a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos e particulares é satisfatória. Os critérios de inclusão utilizados deram-se da seguinte forma: pacientes que já haviam sido atendidos em hospitais públicos e privados. Os critérios de exclusão foram pacientes atendidos em apenas no público ou no privado. O período da coleta dos dados foi de agosto a setembro de 2011. Todos os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo de livre consentimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se os resultados e as discussões a respeito da pesquisa realizada para a composição do presente estudo.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes do Hospital Anchieta de Taguatinga e do Hospital das Clínicas de Ceilândia. Segundo a agilidade do atendimento da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha da agilidade do atendimento?	Frequência	%
Excelente	35	58,33
Bom	16	26,66
Regular	5	8,33
Ruim	4	6,66
Total	60	100

Tabela 2. Distribuição dos pacientes do Hospital Regional de Taguatinga e do Hospital Regional de Ceilândia. Segundo a agilidade do atendimento da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha da agilidade do atendimento?	Frequência	%
Excelente	3	5
Bom	13	21,66
Regular	10	16,66
Ruim	34	56,66
Total	60	100

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à agilidade na rede particular de saúde, 82% dos sujeitos partícipes da pesquisa manifestaram-se satisfeitos, enquanto que 15% manifestaram-se negativamente sobre a questão; já na rede pública de saúde, a deficiência no atendimento é de 57%, apontando para as falhas que existem e a necessidade de políticas públicas eficazes para a melhoria do setor.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes do Hospital Anchieta de Taguatinga e do Hospital das Clínicas de Ceilândia. Segundo o conhecimento técnico da equipe do atendimento da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha sobre o conhecimento técnico da equipe?	Frequência	%
Excelente	20	33,33
Bom	31	51,66
Regular	5	8,33
Ruim	4	6,66
Total	60	100

Tabela 4. Distribuição dos pacientes do Hospital Regional de Taguatinga e do Hospital Regional de Ceilândia. Segundo o conhecimento técnico da equipe do atendimento da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha sobre o conhecimento técnico da equipe?	Frequência	%
Excelente	5	8,33
Bom	29	48,33
Regular	10	16,66
Ruim	16	26,66
Total	60	100

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o conhecimento técnico dos profissionais expresso nas tabelas anteriores, na rede particular de saúde tal aspecto também se sobressai, evidenciando que 90% dos partícipes da pesquisa manifestaram sua satisfação sobre tal questão. Já na rede pública de saúde, tal esse índice cai para 70%.

Tabela 5. Distribuição dos pacientes do Hospital Anchieta de Taguatinga e do Hospital das Clínicas de Ceilândia. Segundo a cordialidade dos atendentes da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha da cordialidade dos atendentes?	Frequência	%
Excelente	25	41,66
Bom	25	41,66
Regular	5	8,33
Ruim	5	6,66
Total	60	100

Tabela 6. Distribuição dos pacientes do Hospital Regional de Taguatinga e do Hospital Regional de Ceilândia. Segundo a cordialidade dos atendentes da unidade hospitalar:

Pergunta: O que você acha da cordialidade dos atendentes?	Frequência	%
Excelente	5	6,66
Bom	30	50
Regular	9	15
Ruim	16	26,66
Total	60	100

Fonte: Dados da pesquisa

A pesquisa apontou, conforme expresso nas tabelas anteriores, que na rede particular de saúde, a cordialidade no atendimento, e porque não dizer a humanização, é maior. É importante destacar que a fiscalização, a cobrança e as reuniões na rede particular são mais frequentes, levando o profissional a ver o outro sujeito de forma mais humanizada.

Faz-se também importante observar que as estratégias para a gestão participativa nos serviços de saúde devem ser estudadas caso a caso, partindo do conhecimento das realidades institucionais específicas; entretanto, algumas ações que a propiciam em qualquer contexto são:

- A criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no dia a dia pela própria natureza do seu trabalho;
- O pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores, em grupos com diversas formações;
- A criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva¹².

De modo específico, a gestão participativa se dá por meio da criação de instâncias de participação, nas quais é possível considerar e estabelecer consensos entre desejos e interesses diversos, por exemplo:

- O conselho gestor de saúde, que aglutina gestores, trabalhadores e usuários para decidir os rumos institucionais;

- A ouvidoria, que faz a mediação entre usuários e instituição para a solução de problemas particulares;
- As equipes de referência, que se compõem de profissionais que juntos acompanham pacientes comuns ao grupo;
- Os grupos de trabalho de humanização, que fazem a escuta institucional e criam dispositivos comunicacionais;
- As visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes¹².

Conforme exposto, a educação permanente é uma estratégia para o exercício da gestão participativa que visa a transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão, na área da saúde. Com base na aprendizagem significativa, a educação permanente constrói os saberes a partir das experiências das pessoas. Nas rodas de conversa, oficinas e reuniões, discutem-se os problemas, propõem-se soluções gerenciais, mudanças na organização do trabalho, e definem-se ações educativas de acordo com as necessidades observadas. Assim, faz-se da gestão participativa o caminho para a humanização dos serviços. Entretanto, como há poucos gestores com formação técnica para alavancar tal metodologia, ainda são raras as experiências dessa forma inovadora de fazer gestão de pessoas.

De certo modo, a gestão hospitalar vem cometendo muitas falhas no atendimento do seu cliente interno e externo; às vezes, por falta de conhecimentos e também por não possuir profissionais capacitados e qualificados para o exercício da profissão.

Observa-se que não adianta ter conhecimento, qualificação, capacitação, equipamentos e aparelhos modernos, se a rede hospitalar não tiver funcionários comprometidos, educados e atenciosos que tratem o seu cliente com dignidade, surpreendendo às expectativas esperadas pelos mesmos.

É notório que o atendimento na rede pública é deficiente, devido aos profissionais não serem devidamente qualificados e, ainda, por não terem cobranças por parte dos gestores responsáveis.

Na rede privada, o atendimento torna-se melhor; no entanto, os funcionários não são capacitados para o exercício da profissão, todavia são cobrados para atender bem – não interessa de que forma, este funcionário tem que usar todos os meios para realizar um bom atendimento, tendo condições ou não. Tal fato não ocorre na rede pública; tem-se o discurso da ética, mas não a colocam em prática. Assim, é preciso oferecer o melhor para o cliente

quando necessitado dos serviços de saúde, uma vez que o pagamento deste funcionário se dá pelo cliente.

Humanização da assistência hospitalar: um conceito em construção

Humanizar e atender os clientes que comparecem às instituições hospitalares com educação e de forma acolhedora, colocando em prática os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, oferecendo sempre aquilo que de melhor possa existir, deve ser a proposta de todo profissional envolvido na área da saúde. É cada vez mais comum observar a sociedade reclamando do atual sistema de saúde, pois existem profissionais pouco qualificados e com péssimas condições de trabalho.

Até o momento, não existe consenso quanto ao conceito de humanização da assistência hospitalar, embora o Ministério da Saúde (MS) tenha proposto algumas definições no programa que, posteriormente, transformou-se em política – criada para incentivar a humanização nas organizações de saúde¹³.

O que se percebe na área da saúde humana é a preocupação dos atores envolvidos em prestar ou receber atendimento de boa qualidade. Os termos “humanização”, “humanização da assistência hospitalar” ou “humanização em saúde” já são de domínio público, embora haja certa estranheza e resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los. O argumento principal é que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos¹³.

No entanto, as pesquisas de satisfação e insatisfação aplicadas aos usuários dos serviços de saúde no país apontam para a grande insatisfação da população com o atendimento prestado, enquanto as reportagens na mídia sobre o “estado da saúde” mostram um triste panorama nas organizações de saúde existentes, salvo algumas relevantes exceções.

Tem-se na literatura alguns conceitos ou tentativas de definição de humanização, a saber:

Humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano¹⁴

Humanização é o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos¹³

Humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar¹³

As ¹⁵ bases da Medicina e da metodologia moderna do trabalho médico, esclareceu que ¹⁵ introduziu o humanismo no que chama de “artes médicas”; possuía uma vasta cultura humanística, médica e filosófica, lecionou nas mais conceituadas universidades americanas e inglesas, e foi professor de gerações de médicos e enfermeiras.

O filantropo americano John D. Rockefeller inspirou-se no trabalho daquele médico humanista, para destinar milhões de sua fortuna em hospitais, saneamento e escolas de Medicina, por meio da *Rockefeller Foundation*. A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) também foi fruto de doação da referida fundação.

Para Osler, o profissional deve valorizar tanto os seus conhecimentos da doença quanto da pessoa, recomendando a Medicina de beira de leito. Marino Junior, profundo admirador de Osler, acredita que os médicos da atualidade devem retomar as bases humanísticas da Medicina, com o objetivo de reintegrá-la em seu verdadeiro papel: assistir o ser humano de maneira integral, preocupando-se com o sofrimento físico, a angústia e a necessidade espiritual.

Diretora ¹⁶ da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMA), afirma que a especialidade “Medicina da Família” surge como um caminho para humanizar a ciência médica, pois os componentes básicos da referida especialidade são: a educação médica, a atenção primária à saúde, o humanismo e a formação de lideranças.

Em relação ao humanismo, ressalta ¹⁶ a importância do oferecimento de determinadas experiências, tais como: literatura, poesia e teatro, além de utilizar o cinema como estratégia metodológica para ajudar na formação profissional.

Em ¹⁷ estudo de caso que aborda a questão da humanização da assistência, entende que o termo “humanização” passou a ser utilizado para nomear diversas iniciativas, e possui diferentes sentidos; porém, na saúde, o termo supracitado adotou o significado de um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os ditames institucionais importantes para a compreensão dos problemas e da elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade de atendimento. Também no Brasil produziram-se alguns textos científicos e de reflexão sobre humanização hospitalar.

Em ¹⁸ estudo analisa o discurso do MS sobre a proposta de humanização na assistência à saúde entre os profissionais da área, destaca que o termo “humanização”, como tem sido empregado, carece de uma definição mais clara e tem significado um amplo conjunto de iniciativas que abrange: “a) assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista

técnico; b) o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente; c) o valor do profissional da saúde”¹³. Tem-se ainda que as ideias centrais de humanização do atendimento na saúde são: oposição à violência – compreendida como a negação do outro em sua humanidade; necessidade de oferta de atendimento de qualidade; articulação dos avanços tecnológicos com acolhimento; melhorias nas condições de trabalho do profissional; e, ampliação do processo de comunicação.

Ao¹⁹ comentar o estudo¹⁸, aponta para o fato de que, tanto a autora como o MS, destacam a dimensão da linguagem e da ação comunicativa. Para aquele autor, tem-se um denominador comum atrás das causas identificadas¹⁸, para a falta da humanização esperada na assistência à saúde no Brasil: a invisibilidade do outro e a necessidade de interagir efetivamente.

Acredita¹⁹ na possibilidade de reorganização das práticas de saúde orientada por valores éticos, tais como: a emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, a singularidade e a interdependência. Aquele autor ainda reflete sobre a importância de elevar a dignidade da tecnologia leve, no arsenal de conhecimentos, e aperfeiçoar a já bastante valorizada tecnologia dura, bem como em criar condições de otimizar o exercício da sabedoria prática nos espaços de assistência. Em relação à comunicação e interação, Ayres ressalta a importância de um espaço para elaborar e compartilhar os juízos daquilo que somos, citando a síntese do pensamento de vários filósofos contemporâneos que diz:

Seremos tão mais indivíduos e legítimos quanto mais livremente nos comunicarmos. A liberdade de nossa comunicação, por sua vez, está diretamente relacionada à nossa capacidade de dar legítima expressão às diversas identidades singulares em interação¹⁹

Analisa²⁰ o mesmo texto¹⁸ recordando a história das correntes filosóficas humanistas e esclarecendo que o humanismo laico e o cristão possuem três aspectos fundamentais que devem ser levados em consideração quando se discute humanização em saúde:

- a centralidade do sujeito em intersubjetividade; neste caso, o profissional de saúde deve reconhecer o outro em sua humanidade, ou seja, o indivíduo com capacidade de pensar, agir, interagir, ter lógica, manifestar-se e expressar intencionalidade.
- O ser humano como síntese de seus atos. Observa que o processo de humanização transcende os esquemas, funcionalista e mecanicista, que são traçados para “racionalizar sua implantação”. O existencialismo prega que um projeto só “é” ou

“está em ação” quando envolve vários sujeitos, nos quais se acredita e se leva em conta “suas verdades em ação.”

- O modelo médico continua sendo de formação tecnicista e instrumental. Nele, a formação dos profissionais da saúde supervaloriza o positivismo e as teorias mecanicistas que tratam o ser doente como organismo formado por um dispositivo bioquímico e funcional. No fundo, percebe-se, por parte do profissional, um menosprezo pela liberdade e autodeterminação do paciente.

Recorda²¹ que um dos aspectos mais relevantes da relação médico-paciente em âmbito profissional é a questão de classe: o médico adota comportamentos diferentes, de acordo com a classe social do paciente.

A distância social e cultural que o médico estabelece com as classes menos favorecidas dificulta o direito das mesmas à negociação e participação. Os serviços, por sua vez, organizam-se na perspectiva dos profissionais e da organização e não priorizam as necessidades do usuário: normas, legislações, rotinas e práticas aumentam a vulnerabilidade da clientela, levando determinados indivíduos ao processo de exclusão. Aquela autora acredita que valores e atitudes sociais podem influenciar o sistema de saúde que, quando bem direcionados, podem aumentar os direitos de cidadania por meio de ações do aparelho formador e das escolas médicas.

Destaca²¹ que outro aspecto importante comentado¹⁸ – a importância da relação entre a equipe de saúde e o usuário – quando satisfatória, tem grande influência na satisfação e evolução do tratamento do paciente. A equipe deve saber lidar com as emoções e as dimensões subjetivas e sociais do indivíduo, além de adquirir sensibilidade para a escuta. Tem-se, então, algumas medidas fundamentais para incrementar políticas de humanização em saúde:

- Publicação de normas e portarias para fornecer o suporte legal;
- Investimento nas organizações, criando ambientes mais propícios e acolhedores;
- Difusão de novos protocolos, visando à sensibilização e capacitação de uma cultura institucional menos autoritária e voltada para as necessidades do usuário;
- Divulgação ampla de conteúdos e práticas que deem oportunidades ao usuário de escolher com maior autonomia e esclarecimento e o prepare para estabelecer relações simétricas com o profissional de saúde;

- Combinação da abordagem de saúde pública com a médica e a social;
- Criação de programas e políticas mais bem desenhadas que possibilitem a gestão das organizações caminharem em direção à humanização e inclusão social²¹

Discorda²² de alguns aspectos do texto de Deslandes, pois julga que foi colocado de maneira tímida a presença da violência na assistência à saúde, uma vez que existe farta literatura que comprova sua existência, além da possibilidade de observação de tal ação durante os atendimentos nas organizações. Aquela autora acredita que as pessoas “não sabem atuar de outro modo” uma vez que a sociedade contemporânea recalca as funções mais importantes do ser humano.

A autora supracitada ainda defende a possibilidade da humanização como atendimento de qualidade, articulando avanço tecnológico e bom relacionamento; parte do pressuposto que os processos de subjetivação são produzidos no mesmo ato que os de trabalho.

Em relação à comunicação²², alerta para o fato de que, às vezes, a estratégia de comunicação é não comunicar, pois as palavras são tão humanas que se assemelham aos seres humanos. Conforme o caso, podem não ser apenas boas, pois enganam, ocultam, velam e destroem.

Em²² estudo sobre humanização em saúde, pressupõe um ato de mudança nas pessoas, na forma de trabalhar e nas estruturas, fazendo-se necessária uma reforma da tradição clínica e epidemiológica, onde deve estar presente a combinação da objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de trabalhar, incorporando o sujeito e sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. Na percepção daquela autora, o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com novos padrões de qualidade para sujeitos concretos. Tal integração só é possível com a participação ativa do usuário e com a contribuição do saber tecnológico.

Consideram²³ que a humanização em saúde é uma possibilidade política de se alterar uma lógica utilitária e autoritária que produz sujeitos cerceados, fragmentados e incapazes; o referido termo poderá instaurar, no interior das organizações, espaços de liberdade de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar dimensões subjetivas e singulares.

Percebe²⁴ a humanização em saúde como um processo amplo, demorado e complexo. Aparecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou

organização passa por um processo singular de humanizar, pois, se não for singular, não será de humanização.

O MS e outras esferas governamentais têm dado importância à questão da humanização da saúde no Brasil. Em 15 de abril de 2004, foi publicada a Portaria Interministerial nº. 1.000 (Saúde e Educação), no Diário Oficial da União (DOU), que estabelece critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. No art. XV estabelece-se que um dos dezessete critérios para ser reconhecido como hospital de ensino é aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

As organizações públicas e privadas têm operacionalizado as orientações do MS em relação à humanização na assistência através da criação de comissões, comitês ou grupos de trabalho que:

- Estudam a proposta do Ministério da Saúde;
- Implementam ações, projetos e programas em suas unidades de trabalho;
- Divulgam na mídia as ações e os projetos de humanização que realizam;
- Organizam eventos de humanização;
- Buscam parcerias junto a outras entidades (principalmente não governamentais) ou pessoas para implementação das ações, projetos e programas¹³

De fato, a comunicação é fator imprescindível para o estabelecimento da humanização, assim como as condições técnicas e materiais; é dar lugar tanto à palavra dos usuários quanto dos profissionais de saúde, construindo uma rede de diálogo que pense e promova ações singulares de humanização.

Os conceitos mais utilizados de humanização

Um dos conceitos encontrados para o termo “humanização” é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano¹⁴

Humanização, pelo entendimento do Ministério da Saúde (MS), é o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos¹³

Humanização, ainda, diz respeito à “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho”²⁶.

Humanizar²⁷ “é garantir à palavra a sua dignidade ética”. É preciso reconhecer o seu real significado. No ambiente hospitalar, dor e sofrimento precisam ser reconhecidos e

compreendidos de maneira humanizada – o cliente percebe que todos no hospital têm um objetivo comum: atendê-lo e, sempre que possível, encantá-lo.

A²⁶ humanização em saúde é um processo amplo, demorado e complexo; aparecem resistências, pois envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por um processo singular de humanizar, pois se não for singular, não será de humanização.

A²⁶ humanização, sendo um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros. Além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. Com o passar dos anos, devido à necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, há vários anos, em áreas específicas da assistência, como por exemplo, na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança. Atualmente têm sido propostas diversas ações visando a implantação de programas de humanização na assistência pediátrica, e outros vários projetos e ações que desenvolvem atividades ligadas às artes plásticas, música, teatro, lazer, recreação.

Afirma²⁸ que a recepção tem um importante papel e pode ser o cartão de visita do hospital, ao acolher o paciente de maneira agradável e transmitindo a sensação de segurança e a percepção para que o cliente seja bem-vindo, e que a preocupação de todos os profissionais do hospital seja em contribuir para a sua rápida recuperação.

Atendimento humanizado

O movimento da humanização se confunde com o próprio processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos de 1970 e 1980. Antes disso, a luta pela humanização das práticas de saúde já se encontrava na pauta do movimento feminista na década de 1960. Por outro lado, mesmo estando em discussão há tanto tempo²⁹, entender o seu conceito é um desafio.

O SUS foi aprovado em 1988 para produzir saúde para todo e qualquer cidadão brasileiro. Produzir saúde é, em suma: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar e promover, ou seja, é muito mais do que dar acesso ao tratamento médico a todos, quando de sua necessidade.

A¹⁸ humanização é um “modelo de produção de cuidados centrado em comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários”. Para praticar a humanização, faz-se necessário a utilização de tecnologias relacionais, tais como: a escuta, o acolhimento, o diálogo e a negociação na produção e na gestão do cuidado.

Condutas éticas na equipe multidisciplinar

A ética profissional pode ser entendida como um conjunto de normas de conduta que deverão ser praticadas no exercício de qualquer profissão. Ou seja, é uma forma de equilibrar o relacionamento entre profissional e cliente “visando à dignidade humana e a construção do bem-estar no contexto sociocultural onde exerce sua profissão”.

O conhecimento na área da saúde tem crescido de forma avassaladora nas últimas décadas, levando a um incremento considerável dos conteúdos, artigos e relatos clínicos ou científicos sobre as mais diversas especialidades e disciplinas em saúde. Assim, um único problema de saúde em um dado paciente, tem merecido a assistência conjunta de vários profissionais. A atuação em mútua colaboração de vários profissionais em prol da recuperação de um paciente torna necessário o estabelecimento de políticas éticas para o relacionamento entre estes profissionais, diminuindo possíveis atritos que possam interromper sincronismo e harmonia existentes – aspectos vitais para a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

São premissas importantes para o relacionamento ético e a geração de humanização no labor na área de saúde:

- a) Manter um bom relacionamento com os demais membros da equipe multidisciplinar em saúde.
- b) Nunca diminuir o respeito e a consideração técnica do paciente a outro profissional.
- c) Nunca cercear o exercício profissional de outrem.
- d) Respeitar as normas internas, titulações, condutas éticas específicas e legislações, estabelecidas pela ordem, associação ou conselho profissional das demais profissões.
- e) Seguir as normas legais de sua própria profissão.
- f) Manter a humildade como uma ferramenta de diálogo entre a equipe de saúde, facilitando assim a troca de informações entre especialidades e disciplinas de saúde

O gestor deve sempre questionar a si mesmo e a sua equipe como este e sua equipe estão desenvolvendo as atividades pertinentes em dado local de trabalho; faz-se necessário a realização de pesquisa de opinião pública – interna e externa, sobre a satisfação no atendimento, sobre a percepção da qualificação dos profissionais ali presentes, visando proporcionar um melhor atendimento e um retorno de lucro para sua organização.

Uma boa gestão deve ter conhecimento, habilidades e atitude por parte do gestor; no entanto, de nada adianta a presença de tais aspectos se não existe iniciativa para a utilização das habilidades e do conhecimento adquirido.

O desafio do gestor é fazer com que as ações e os projetos desenvolvidos visem alterar a lógica da produção de saúde por meio de procedimentos para a produção de cuidados para o usuário. A verificação periódica e o controle ocasionam, em geral, efeitos positivos. A troca de informações, a denúncia e também os elogios em murais podem gerar a busca para o aperfeiçoamento – algo benéfico para os profissionais. Os gestores podem sugerir reuniões mensais para troca de ideias e premiar com elogios o bom profissional. Enfim, pode-se afirmar que um profissional motivado e bem recompensado presta um melhor atendimento, é instigado a alcançar cada vez mais os melhores resultados, o que faz desenvolver a organização como um todo.

Os gestores devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde. O papel da gestão, além de manter a organização e o colaborador à frente dos acontecimentos e mudanças, é saber identificar as necessidades de ambos, encontrando soluções que venham satisfazer a todos.

Considerações finais

A partir da pesquisa em curso, avaliou-se a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos e privados, e percebeu-se que a satisfação dos usuários da rede privada é totalmente diferente da realidade dos hospitais públicos, uma vez que não se tem a valorização do serviço de assistência à saúde humanizada. Porém, a humanização e a satisfação dos usuários podem ser implantadas, mantidas e sempre aprimoradas através de uma gestão administrativa que analise as possibilidades oferecidas pela unidade hospitalar, criando e promovendo atividades efetivas, com o apoio dos processos de comunicação.

A melhor forma de implantar um bom atendimento hospitalar humanizado é por meio da comunicação interna, buscando-se criar relacionamentos que fixem comportamentos

valorizados pela organização, e o direcionamento da atenção para as atuais necessidades que o cliente apresenta, como os aspectos emocionais e psicológicos, o investimento na formação dos profissionais e a busca em proporcionar melhores condições de trabalho. Tais fatores muito contribuem para a existência de profissionais motivados e qualificados para se atingir o objetivo da organização hospitalar.

Os resultados das pesquisas no atendimento, assim como a experiência do dia a dia têm revelado, segundo o questionário aplicado, que a qualidade do atendimento ao usuário dos serviços públicos é muito insatisfatória.

A pesquisa contribuiu para elucidar melhor os fatos referentes ao tratamento ao usuário. É fundamental se implantar e aprimorar as políticas de humanização na rede pública de saúde. Humanização em saúde é o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as questões sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.

Conclui-se, portanto, que o atendimento na rede pública de saúde torna-se um tanto deficiente na questão de acolhimento do paciente pelos funcionários responsáveis pelo setor; uma vez que os gestores não têm o zelo adequado de fiscalizar a sua equipe de trabalho por falta de atitudes e habilidades competentes, enquanto que na rede privada, a gestão torna-se mais eficiente, devido à rigidez na fiscalização por parte do empregador e de sua clientela.

Referências bibliográficas

BARROSO, Alda Nunes; SOUZA, Antônio Marcos. Um estudo das estratégias de hospitalidade e humanização adotados na administração de um hospital em Belo Horizonte. In: **Instituto Brasileiro de Hospitalidade Empresarial**.S.d.Disponível em: <http://www.ibhe.com.br/util/files/Um_estudo_das_estrategias_de_hospitalidad_e_e_humanizacao_em_hospital_BH.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2012.

BELTRAM, Guilherme Soares; CAMELO, Augusto César Oliveira. Hotelaria hospitalar e alguns aspectos da gestao hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento. **FCV Empresarial**, v. 1, p. 53-72, 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense. Campus do Gragoatá. Niterói, RJ.

Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3): 561-571, 2005.

BOFF, L. **Ética da vida**. 2. ed. Brasília :Letra Viva, 1999.

DIAS, Maria de Andrade Antonia. Humanização do Espaço Hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p.340-343, 2006.

ÉTICA na saúde. In: **Sociedade Gaúcha de Aperfeiçoamento Biomédico e Ciências da Saúde – SOGAB**. Disponível em: <<http://www.sogab.com.br/apeticaemsaude.htm>>. Acesso em: 2 mai. 2012.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 30-35, Set./Dez. 2004.

GRANDE Biblioteca Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural LTDA, 1998.

GLOCK, Rosana Soibelmann; GOLDIM, José Roberto. Ética profissional é compromisso social.

Mundo Jovem, Porto Alegre, XLI (335): 2-3, 2003.

MARQUES, Giselda Quintana; lima, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do

trabalhador de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, 42 (1): 41-47, 2008.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. São Paulo, 2008.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política dehumanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá-PR, v. 11, n. 2, p. 323-330, Mai./Ago. 2006.

PEREIRA, Sidney Santana. **Desenvolvimento de competências dos profissionais de recepção hospitalar**. 2007. Monografia (Especialização em Administração de Empresas com ênfase em *Marketing*). Departamento de Letras e Ciências Humanas. UFRPE. Jul. 2007.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SILVA, Natália Magda; TÓFANI, Flávio. **Relações públicas na**

humanização do atendimento hospitalar. 18 de janeiro de 2008. In: **Portal do Marketing**. Disponível em: <http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Relacoes_publicas_na_Humanizacao_do_atendimento_hospitalar.htm>. Acesso em: 2 mai. 2012.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis;
RODRIGUES, Fernanda Resende;
SANTOS, Darlene Mara dos;
RODRIGUES, Leiner Resende.
Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(3): 439-44, Jul./Set. 2007.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medida qualidade e a humanização da assistência à saúde. Departamento de Ciências Sociais. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3): 599-613, 2005.

ZANON, Uriel. Qualidade da assistência médico hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **RAS**, v. 2, n. 8, Jul./Set. 2000.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-07-03
Last received: 2013-05-06
Accepted: 2013-05-26
Publishing: 2013-05-29