

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

JENNIFER ELLEN CÁCERES SILVA¹
PATRÍCIA MARQUES MAGALHÃES²

HUMANIZAÇÃO: ENFERMAGEM VERSUS PACIENTE

ÁGUA CLARA – MS
2016

¹ UEMS, Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde, Artigo de Conclusão de Curso. E-mail ellen_jenny@hotmail.com

² UEMS. Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde. E-mail enfpatricia_mm@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

JENNIFER ELLEN CÁCERES SILVA

HUMANIZAÇÃO: ENFERMAGEM VERSUS PACIENTE

Trabalho apresentado a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul como requisito para conclusão do curso de Especialização em Gestão dos Serviços de Saúde.

Prof. Msc. Enf^a Patrícia Marques Magalhães.

ÁGUA CLARA – MS
2016

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a minha família que sempre está ao meu lado nos momentos difíceis. Aos meus pais Jair Silva e mãe Flora Geani Cáceres que cuidava do meu filho para eu poder estudar e alcançar meu objetivo. E ao meu filho Victor Hugo a qual teve paciência mesmo me dizendo “de novo aula nossa vou ficar sozinho que chato”, mas sempre ao meu lado nas aulas e nas provas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus a possibilidade de fazer esse curso e conhecer mais sobre a área.

Agradeço aos professores, a tutora a distancia Angela e a tutora presencial Cintia e aos companheiros de curso a qual trocamos experiências e historias.

Agradeço a UEMS a possibilidade de trazer esse curso a distancia para poder alcançar meus objetivos na área.

RESUMO

A humanização é hoje um tema frequente nos serviços públicos de Saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva. No nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. O tema humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção e de gestão dos serviços de saúde. Esse conceito amplo abriga as várias visões da humanização supracitadas como abordagens complementares, que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição. A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resultam ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização da Assistência. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Humanization is now a frequent theme in public health services, official texts and publications in the area of public health. In our historical horizon, humanization topping, again, at the moment the postmodern society undergoes a review of values and attitudes. The theme humanization is based on respect and appreciation of the human person, and is a process that aims at transforming the institutional culture, through the collective construction of ethical commitments and of methods for the actions and health services management. This broad concept houses the various visions of humanization as complementary approaches above, which enable the achievement of the purposes for which points its definition. The humanization recognizes the field of subjectivities as fundamental to better understanding of the problems and the search for shared solutions. Participation, autonomy, responsibility and solidarity are values that characterize this mode to make which are a health to the end in more quality in the attention and better working conditions. Its essence is the Alliance of technical and technological competence with the ethical competence.

Keywords: Greeting. Humanization of assistance. Quality of health care.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF - Estratégia Saúde da Família.

PHAS - Política de Humanização da Assistência à Saúde.

PNH – Política Nacional de Humanização.

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO	
GERAL.....	10
2.2 OBJETIVO ESPECIFICOS.....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1 HUMANIZAÇÃO E GESTÃO.....	12
4.2 ENFERMAGEM E OS PACIENTES.....	15
5. CONCLUSÃO	17
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A Política de Humanização da Assistência à Saúde oferece uma diretriz que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diferentes unidades de saúde, estimulando a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação e divulgação, que facultem e estimulem a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e pacientes. (BRASIL, 2005).

O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e aperfeiçoar as oportunidades. Para resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno. (BRASIL, 2005).

A cidade busca humanizar na atenção à saúde, entendendo que cada pessoa tem sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do

desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1– OBJETIVO GERAL

- ▶ Descrever sobre a humanização entre usuários e os funcionários de ESFs.

2.2– OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ▶ Descrever um breve histórico sobre a humanização na saúde.
- ▶ Identificar as formas de acolhimento entre os funcionários de ESFs e seus usuários.
- ▶ Esclarecer a importância da qualidade prestada aos funcionários da saúde para um melhor atendimento com humanização aos usuários.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho realizou uma pesquisa documental e bibliográfica, possibilitando assim, o conhecimento na área estudada, identificando dessa forma as teorias produzidas pela pesquisa, analisando-as para auxiliar e explicar o objeto da pesquisa deste estudo a qual como a humanização nos dias de hoje é necessária cada vez mais para um melhor receber e transmitir um atendimento com qualidade. A pesquisa básica, segundo Gil (1991), "objetivo gera conhecimentos novos, úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista. Envolvendo verdades e interesses universais".

Utilizei a pesquisa exploratória para alcançar os objetivos específicos propostos no nesse tema. A abordagem utilizada neste trabalho é qualitativa. Gil (1991) "considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o subjetivo, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números".

Foram utilizados os seguintes termos de busca: *Humanização entre usuários e enfermeiros; O acolhimento entre os funcionários de ESFs e seus usuários; E a qualidade prestada aos funcionários da saúde para um melhor atendimento com humanização aos usuários.*

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 – Humanização e Gestão

O desenvolvimento das ações propostas pela Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) tem como princípios fundamentais o respeito às especificidades de cada instituição, estimula a cooperação entre as mesmas pela troca de experiências produzidas, que visam a qualificação do serviço público de saúde. (BRASIL, 2004).

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS, mas convém observar que tanto a comunidade como o governo é responsável pela coordenação de esforços para estruturar o SUS.

A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvida de que a municipalização garante a atenção básica de saúde, trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema, pois sabe-se que os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferente, por isso mesmo, o SUS definiu várias formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde (BRASIL, 2012).

Não se trata de mais uma sobrecarga em um trabalho que já demanda muito investimento. Gestores e equipes de profissionais deparam-se, dia a dia, com uma enormidade de tarefas, responsabilidades e compromissos. Mais do que isso, têm de atender às necessidades de pessoas que se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento, muitas vezes em situações difíceis de trabalho. É justamente a realização dessas duas tarefas, a construção de um espaço coletivo para reflexão sobre a realidade institucional e profissional e a busca de saídas criativas para os desafios encontrados, que

poderá facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes. (BRASIL, 2004)

Existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos (LINDERPELZ, 1982; WILLIAMS, 1994; DE SILVA, 1999).

Satisfação do paciente pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde” (LINDER-PELZ, 1982). Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (SITZIA & WOOD, 1997). Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e o da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente.

A preocupação ao implantar essa política humanizada colocava-se no sentido de superar o lógico presente desde a formação dos profissionais problematizada por Minayo (2004, p. 20),

A formação dos profissionais de saúde, em que pesem todos os esforços do projeto de integralidade e de humanização, continua fortemente marcado pela hegemonia do positivismo e das teorias mecanicistas que tratam o doente como um corpo e um corpo como um dispositivo bioquímico funcional. No mais profundo da práxis do setor persiste um menosprezo pelo enfermo como um portador de liberdade e de autodeterminação.

A busca da integralidade no atendimento, ou melhor, nas relações na área da saúde impõe

o aprofundamento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais responsabilizando-os e envolvendo-os com o sujeito-usuário de forma mais ampla e respeitosa; um desenvolvimento atitudinal direcionado ao acolhimento e a criação e manutenção de vínculo entre os sujeitos dessa ação – trabalhador-cuidador e sujeito-usuário - ; uma “pré-ocupação” do trabalhador-cuidador com os resultados e impactos de suas práticas e, fundamentalmente o conhecimento e reconhecimento por parte do trabalhador-cuidador dos aspectos socioeconômico-culturais da vida do sujeito-usuário. (BELLINI, 2005).

O conceito de qualidade proposto por Donabedian (1984) permitiu alcançar no sentido de incorporar os não especialistas no caso, os usuários na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A partir de então, os usuários não puderam mais ser esquecidos, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um propósito em si e não apenas um meio de produzir a adesão do usuário ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (SHAW, 1986; VUORI, 1987; WILLIAMS, 1994).

Com a Política Nacional de Humanização - PNH (HUMANIZASUS, 2004), a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de Saúde, e a gestão participativa desponta como modelo eleito para a realização dessa política. Quando falamos em gestão participativa ou cogestão estamos nos referindo ao modo de administrar que não se basta na linha superior de comando e inclui o pensar e o fazer coletivo. 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 coletiva. De um modo mais 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 institucionais e criam dispositivos comunicacionais;

- As visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes.

4.2 Enfermagem e os Pacientes

O profissional da Saúde nunca estará imune às determinações do papel social, do lugar imaginário, das demandas conscientes e inconscientes dos pacientes, da formação acadêmica e, como não poderia deixar de ser, principalmente da sua personalidade. Tanto que a pessoa do profissional é decisiva para o resultado do cuidado ao paciente. Sua visão de mundo, valores, desejos, história, relação com a profissão, convicções religiosas, políticas e científicas, enfim todo o seu ser subjetivo influi sobre o modo como se dá a sua prática diária, e as transferências psíquicas (inconscientes) do profissional e do paciente. Desenvolver sensibilidade para o conhecimento próprio e do outro pode ser protetor contra sentimentos inerentes à própria natureza do trabalho, entretanto não tem sido essa a saída eleita para lidar com essas questões.

Em seu estudo, Pitta (1990) observou que o contato íntimo com pacientes mobiliza desejos e conflitos libidinais nos profissionais que exigem constante dispêndio psíquico para ser controlados, sob o risco de desencadear forte ansiedade e instabilidade emocional. Em grande parte, a arte do trabalho do cuidador está em sua capacidade de administrar, com bom senso e adequadamente, a sua própria pessoa e ao paciente de acordo com as necessidades deste, em doses adequadas. Certamente que para isso, o profissional deve ter algum conhecimento de si mesmo e de seu modo de ser e agir frente às situações e impasses do seu ofício.

O ideal pessoal, o que deseja de si mesmo como profissional a partir de sua história, seus valores, emoções, preconceitos, variáveis que inclusive podem mudar frente às diferenças das pessoas envolvidas nessas relações. Outro fator igualmente importante na relação dessa dupla é o modo como se organiza o trabalho na instituição de Saúde. O profissional da Saúde que

trabalha sob as rédeas da organização científica do trabalho sofre as consequências do controle, da disciplina, da fragmentação das tarefas cuja articulação com a totalidade do processo de trabalho fica obscura. Trabalha, portanto numa situação de alienação, descontextualização e “dessubjetivação” de suas práticas, pano de fundo que por si só já serve de elemento facilitador para estados e manifestações patológicas de ansiedade. Acrescente a natureza do seu trabalho, o regime de turnos, os baixos salários que fazem esses profissionais se sobrecarregarem com dois ou mais empregos, e as condições de trabalho estressantes: temos os requisitos necessários para o colapso da humanização na atenção à saúde. Nesse sentido, não podemos deixar de assinalar a importância dos cuidados do profissional consigo mesmo para que se mantenha capaz de cuidar dos seus pacientes. Acredito que esse cuidado deva se desenvolver em dois âmbitos: pessoal e institucional.

Segundo Timby (2007), um relacionamento, associação entre duas ou mais pessoas, ocorre durante o período em que são oferecidos serviços de enfermagem, estabelecendo-se, assim, uma relação entre o enfermeiro e o paciente. Os enfermeiros oferecem serviços, ou habilidades, que transmitem as pessoas, conhecidas como pacientes ou clientes, a promover ou a restaurar sua condição de saúde a lutar contra os problemas de saúde que estejam além de suas capacidades ou morrer com dignidade.

5. CONCLUSÃO

Pensar a humanização, sob o ponto de vista que adotei neste trabalho, diz respeito a pensar em que contexto sociocultural se imaginar as patologias e as práticas de saúde das quais somos agentes. Vivemos numa sociedade complexa, que, entre outros aspectos, se caracteriza pela velocidade e excesso de liberdade de informações, superficialidade das relações afetivas e desarticulação dos universos simbólicos que tecem a malha de apoio social do indivíduo no coletivo.

Preconiza-se o livre acesso aos bens de consumo sem que se forneçam democraticamente os meios práticos para o seu alcance. Exaltam-se o individualismo, a competitividade e o sucesso pessoal à custa da neutralização das diferenças e o acomodamento a modelos idealizados de bem-estar e prazer que limitam expressões diversas das subjetividades e não são possíveis a todos.

Apesar de tudo, e tendo a mesma consciência que no seu dia-a-dia nem sempre conseguem por em prática uma humanização de cuidados efetiva, apresentaram alguma estratégias que poderiam ser benéficas para melhorar os aspectos: o empenho e envolvimento da equipe multidisciplinar. Um investimento interessante nos serviços ou mesmo da instituição seria facilitar momentos de reflexão em grupo sobre o tema escolhido para um melhor esclarecimento sobre a humanização, pois é um tema que vai muito longe aos dias de hoje.

REFERÊNCIAS

- 1- BELLINI, Maria Isabel Barros. **Humanização: opção ou condição de sobrevivência na/da sociedade contemporânea.** Revista Humanização. Escola de Saúde Pública, 2005. (no prelo)
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** . Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2004.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 1ª edição, 1ª reimpressão, 2005.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 5- DE SILVA A 1999. **Um quadro para medir a capacidade de resposta.** Série de papel de discussão GPE N° 32. EIP/GPE, WHO.
- 6- DONABEDIAN A 1984. **A qualidade dos cuidados médicos - definição e métodos de avaliação.** A imprensa mexicana, México, D.F.
- 7- GIL, A C, 1991, **citado por Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação,** Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20e%20dicao.pdf>>. Último acesso 15/02/2016.
- 8- HUMANIZASUS: **Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde,** Brasília, DF, 2004.
- 9- LINDER-PELZ, S. **Em direção a uma teoria da satisfação do paciente.** Medicina e ciências sociais, v.1, n.16, p.577-582. 1982.
- 10- MINAYO, Maria Ceccília de Souza. **Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas.** Ciência e Saúde coletiva, v. 9, n. 11, p.15-29, 2004.

- 11- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. 200 p.
- 12- SHAW CD 1986. **Introdução de garantia de qualidade. Fundo de reis**. Projeto papel, n. 64, Londres.
- 13- SITZIA J & WOOD N 1997. **Satisfação do paciente: uma revisão de conceitos e problemas**. Medicina e ciências sociais 45 (12):1829-1843.
- 14- TIMBY, B.K. (2007). **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. Artmed, 8ª edição.
- 15- VUORI H 1987. **Satisfação do paciente – um atributo ou um indicador da qualidade do cuidado?** Boletim de avaliação de qualidade 13:106-108.
- 16- WILLIAMS B 1994. **Satisfação do paciente: um conceito válido?** Medicina e ciências sociais 38(4): 509-516.