

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE FÁTIMA ROCHA RIBEIRO DA SILVA

**COMO O ATENDIMENTO HUMANIZADO INTERFERE NA QUALIDADE DA
ASSITÊNCIA À SAÚDE E NO PROCESSO DE CUIDAR**

SALVADOR (BA)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA DE FÁTIMA ROCHA RIBEIRO DA SILVA

**COMO O ATENDIMENTO HUMANIZADO INTERFERE NA QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE E NO PROCESSO DE CUIDAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profª. Orientadora: Maria do Socorro Andrade Modesto

SALVADOR (BA)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **COMO O ATENDIMENTO HUMANIZADO INTERFERE NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAUDE E NO PROCESSO DE CUIDAR** de autoria da aluna Maria de Fátima Rocha Ribeiro da Silva foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Modesto

Orientadora da Monografia

Prof^ª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Prof^ª. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

SALVADOR (BA)

2014

DEDICATÓRIA

A meu esposo Hudson, pelo incentivo para que eu fizesse o curso, pelo amor e dedicação de todos os dias.

Às minhas filhas Carolina e Marianna, que me ensinam a ser mãe a cada dia que amanhece e a cada noite que se finda, as amo incondicionalmente. A meus pais, João e Zélia, pelo amor e por me fazerem existir.

Às minhas irmãs, Flávia, Fernanda e Fabíola, sem elas não teria chão.

À Karla, por me fazer decidir cursar esta especialização e pela força que me transmitida em cada mensagem ou email trocado.

A todos aqueles que fizeram parte desse processo de ensino aprendizagem e a Filipe pela amizade e carinho a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Á DEUS, pela vida,

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS	12
2.1. OBJETIVO GERAL	12
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1. HUMANIZAÇÃO	13
3.2. A HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO	19
3.3. CLASSIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO	25
3.4. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA	29
3.5. HUMANIZAÇÃO E LINHAS DO CUIDADO	31
4. METODOLOGIA.....	34
5. RESULTADOS E ANÁLISES	35
5.1. PROPOSTA DE MUDANÇA	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7. REFERÊNCIAS.....	47

RESUMO

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro, sendo um processo amplo, demorado e complexo por se pautar na integralidade da assistência e na qualidade do cuidado. No entanto, na prática ela não tem se concretizado nos serviços de saúde. O presente trabalho teve como objetivo estudar como o atendimento humanizado interfere na qualidade da assistência e no processo de cuidar, ao discutir o papel da humanização no cuidado em saúde. Para o desenvolvimento deste trabalho partiu-se do pressuposto de que a humanização, desde os anos 50 até os dias atuais é destaque e que vários atores no cenário da saúde são co-responsáveis por esta prática, atualmente muito ligadas à linha do Cuidado e necessária a efetivação de uma prática pautada na assistência humanizada e na qualidade do cuidado. Foi feito um passeio literário ao longo das décadas de 50 a 80 e da década de oitenta aos dias atuais, com a intenção de vislumbrar o contexto em que se inseriu a temática ao longo dos anos. O estudo caracterizou-se por uma revisão de literatura tendo como base os bancos de dados virtuais, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Bireme, Scielo, pelo acesso as bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências e Saúde), além da Constituição Federal de 1988 e Lei 8.080, durante os meses de fevereiro e março de 2014. As informações recolhidas pela pesquisa foram analisadas atenciosamente nas leituras para uma discussão clara sobre humanização. Verificou-se que a falta de interesse dos gestores, a falta de qualificação e compromisso profissional, a aceitação e o entendimento da política de humanização, a falta de comunicação em saúde, à alta demanda nas unidades de saúde, a infra-estrutura deficitária, a utilização equivocada das tecnologias da saúde, a falta de envolvimento dos usuários nas decisões sobre sua saúde, a falta da escuta qualificada e a falta de articulação entre os sujeitos envolvidos no processo de humanização, comprometem diretamente a implantação e manutenção da Política de Humanização no Estado e no Município de Salvador. Conclui-se que a humanização ao longo dos anos mudou conceitualmente, tendo nessa mudança papel importante ao repensar as práticas de saúde com a finalidade de melhorar as ações de assistência e a qualidade do cuidado, aliada a forte ferramenta que é a linha do cuidado. Destaca-se aqui que existem bases literárias consideradas suficientes para o conhecimento e a prática da humanização.

Palavras Chaves: Humanização da assistência. Humanização. Qualidade do cuidado. Linha do cuidado

ABSTRACT

The humanization of health care is a current and growing demand in the Brazilian context, with a broad process, long and complex to be guided by the comprehensive care and quality of care. However, in practice, it has been realized in the health services. The present work aimed to study how the humanized service interferes with the quality of care and in the care process, to discuss the role of humanization in health care. To develop this work, we started with the assumption that the humanization since the 50s to the present day is highlighted and that various actors in the health scenario are co - responsible for this practice, largely related to the line of care and necessary the effectiveness of a practice guided by the humane care and quality of care. A literary tour through the decades 50-80 and eighties to the present day with the intention to discern the context in which it entered the topic over the years has been done. The study was characterized by a literature review based on the virtual databases, Virtual Health Library (VHL), Bireme , SciELO , access the electronic databases (Latin American Literature in Science and Health) LILACS, beyond the Federal Constitution of 1988 and Law 8080, during the months of February and March 2014. Information gathered by the survey were analyzed carefully in readings for a clear discussion of humanization. It was found that the lack of interest of managers, lack of qualifications and professional commitment, acceptance and understanding of humanization, the lack of health communication , the high demand in health facilities, poor infrastructure, the use misguided health technologies, the lack of user involvement in decisions about your health, the lack of qualified hearing and lack of coordination between those involved in the process of humanization, directly undertake the implementation and maintenance of the State Policy of Humanization and municipality of Salvador. We conclude that the humanization over the years has changed conceptually, with this change important role in rethinking health practices in order to improve the actions of care and quality of care, combined with a strong tool which is the line of care. It should be noted here that there are literary amount deemed sufficient for the knowledge and practice of humanization.

Keywords: Humanization of assistance. Humanization. Quality of care. Care line

1. INTRODUÇÃO

No contexto atual, com o incremento da globalização enfrentamos um momento de grande avanço na sociedade que conseqüentemente, refletem sobre os serviços de saúde acarretando cobranças de toda ordem. Entre essas cobranças podemos ressaltar a necessidade de melhoria no atendimento à saúde da população.

Os progressos alcançados nas ciências, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos foram modificando a maneira de atuação do médico, como afirma Schramm:

Pois, se por um lado o prestígio das ciências experimentais foi cada vez mais dominando a formação desse profissional, por outro lado, as ciências humanas foram ficando cada vez mais distantes, trazendo conseqüentemente a sua desumanização (SCHRAMM, 2006, p.33).

No Brasil, o setor da saúde passou por várias e notáveis evoluções tecnológicas e científicas. A ciência trouxe consigo a rapidez nas rotinas de trabalho, a economia de tempo, de espaço e muitos outros recursos aplicados em benefício do homem, porém, não conseguiu substituir a pessoa que cuida.

A construção do SUS marcou historicamente o setor da saúde, pois trouxe mudanças muito significativas nesse novo sistema, ao introduzir como um dos princípios doutrinários a universalidade, e romper com o excludente sistema anterior, que dava acesso ao atendimento somente aos contribuintes do sistema previdenciário.

Em 2000, acontece outro avanço para a saúde quando o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que divulga o conceito de humanização para todas as instituições hospitalares por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que visa o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais da Saúde e dos usuários:

A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnicos científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (BRASIL, 2000, p.33).

Em 2003, o Ministério da Saúde, oficialmente, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) e, a partir de então, a humanização passou a ser vista não mais como um programa, mas como política que perpassa as diversas ações e instâncias gestoras do SUS. Conforme documento destinado a gestores e trabalhadores do sistema de Saúde - o Humaniza/SUS. A PNH aborda a humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicada na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e identificação das necessidades sociais de saúde (SCHRAMM, 2006).

Em 2004, foi possível ampliar significativamente seu raio de ação, desenvolvendo um intenso processo de discussões e pactuações no âmbito dos estados, municípios e serviços. Isto acontece através de dispositivos, tais como: grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional.

A PNH se capilarizava, resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do Ministério da Saúde. Essas ações eram acompanhadas da elaboração de conceitos e criação de subsídios práticos que davam suporte às intervenções (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Segundo Hoga (2004), a humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele. O termo “humanização”, nos últimos tempos, vem sendo bastante utilizado no âmbito da saúde em face de uma demanda crescente no contexto brasileiro, em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que padecem e que são reforçados pela mídia e por publicações científicas na área.

Embora já tenha havido significativos avanços na trajetória de implantação do SUS, sabe-se que inúmeros problemas ainda persistem sem solução. Há necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que tenham condições de responder às demandas do novo perfil epidemiológico do país (CHAIMOWICZ, 1997; ANDERSON, 1998).

Portanto, para que na consolidação do SUS aconteça o processo de humanização dos serviços torna-se o desafio mais significativo e importante. Diferentes estudos e pesquisas

têm demonstrado em período recente, graus importantes de insatisfação dos profissionais da saúde e gestores, mas principalmente dos usuários que estão submetidos a condições impessoais de atendimento que não possibilitam nem o reconhecimento de suas verdadeiras necessidades, quanto mais estabelecimento de vínculos solidários (SCHRAMM, 2006).

Em virtude das ações humanizadoras e transformadoras propostas pelo SUS constatam-se a necessidade de estruturação e adequação dos Serviços de Saúde do município de Salvador/BA, assim como mudança na forma do cuidar e paradigma na forma de acolher o paciente e assisti-lo.

Diante dessa crucial situação de atendimento e serviços, observam-se familiares angustiados, sentindo-se impotentes ante a morosidade do atendimento, bem como servidores principalmente da enfermagem exaustos e atarefados, correndo de um lado para outro, tentando amenizar a dor e o sofrimento da melhor forma possível.

De acordo com esse cenário busca-se neste trabalho, desenvolver um estudo para saber como o atendimento humanizado interfere na qualidade da assistência a saúde e no processo de cuidar dos usuários, familiares e profissionais de saúde do Município de Salvador/BA.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

➤ Estudar como o atendimento humanizado interfere na qualidade da assistência à saúde e no processo do cuidar realizados pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde do Município de Salvador/BA.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Identificar elementos à qualificação e motivação dos profissionais dos serviços de saúde de Salvador, no que diz respeito à atenção humanizada e a criação de um vínculo assistencial entre profissionais, pacientes, família e comunidade;

➤ Fornecer informações sobre qualidade na prestação da assistência, utilizando como parâmetros os princípios do SUS, levando em consideração a classificação de risco e o que preconiza a Política Nacional de Humanização;

➤ Indicar a importância do fluxo de acesso dos usuários do SUS aos serviços de referência e contra referência na perspectiva das Linhas do Cuidado, respeitando os princípios da hierarquização e regionalização;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. HUMANIZAÇÃO

O conceito de humanização das práticas e da atenção à saúde está na pauta de discussões mundo afora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (GOULART; CHIARI, 2010).

De acordo com Arruda (2003), o ato de cuidar é um processo que compreende uma série de conceitos, práticas e visões de mundo em que estão envolvidas as atitudes, o modo de como olhar e tratar alguém, a disposição pessoal para interagir com o outro, o respeito para com ele.

Simões *et al.* (2007), diz que a humanização é muito mais que qualidade de atendimento, é um processo de transformação que está sempre exigindo qualidade e melhor comportamento dos profissionais. Falar em humanização da assistência em saúde é tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos usuários responsabilidade de todos envolvidos na equipe de trabalho.

Pode-se dizer que humanização é o conjunto de condições que visa o bem estar de qualquer pessoa que necessite de cuidados, que a fala seja valorizada ou que seja destinada uma palavra para aliviar seu sofrimento. Sendo uma expressão de difícil definição, por ser subjetiva, complexa, cuja dimensão não se mensura, quando usada no contexto da saúde. São muito mais que qualidade clínica e profissional, exige qualidade de comportamento e atitudes, respeito, responsabilidades, ética e compromisso com o outro, o qual se entrega aos cuidados esperando ser assistido em sua plenitude e condição humana. O paciente espera ser acolhido com respeito, em *tons gentis*, ser ouvido além de sua fala e observado atentamente, na sua essência.

A humanização busca resgatar o ser humano na sua essência, naquilo que lhe é próprio, cuja intenção é humanizar o cuidado, com formas efetivas para a sua prática em saúde e cujo entendimento crítico permita compreender a temática, levando em conta todas as técnicas, práticas, métodos, mecanismos, instrumentos e o envolvimento profissional com atitude humanizada.

A humanização do atendimento pressupõe encontro e compartilhamento de saberes e experiências vividas, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas. Portanto, a necessidade de uma relação humanizada entre profissionais da saúde x pacientes, família e comunidade, interferindo positivamente na qualidade da assistência e no processo da linha de cuidado, entendendo-se que quanto mais tecnologias utilizadas no setor de saúde e quanto mais máquinas se interpõem entre os atores, maior deve ser a humanização da assistência.

Quando se fala em humanização pensa-se na descentralização do atendimento e na necessidade de resgatar um atendimento mais humano que seja capaz de focar a dignidade das pessoas em situações de necessidade de cuidados ou atenção, de ser assistido com carinho e afeto. Portanto, é necessário refletir sobre a humanização que vem sendo precariamente exercida nos serviços de saúde do Município de Salvador/BA, com insuficiente avanço tecnológico e científico, fragmentação da atenção, predominando a falta de entendimento sobre humanização, a falta de capacitação, o desinteresse dos profissionais em se qualificar, pouco investimento em tecnologias de informação, além de estruturas físicas incompatíveis do ponto de vista arquitetônico com a Política Nacional de Humanização e a falta de interesse dos gestores ou até mesmo de entendimento sobre a implementação e implantação dessa Política.

Segundo o Ministério da Saúde, a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004).

“Humanizar é atender ao paciente com o respeito devido a qualquer ser humano e/ou qualquer cidadão. A educação, o respeito ao próximo são preceitos da humanização” (BRASIL, 2004).

O atendimento humanizado é aquele que visa, acima de tudo, o bem estar do ser humano e o paciente espera receber o melhor tratamento do ponto de vista técnico, além de desejar que alguém o acolha, o afague, o entenda.

O atendimento prestado nos serviços de saúde é cada vez mais fragmentado não por culpa da tecnologia, mas também de quem a usa e pela assistência em troca da produção. Contudo, não basta o conhecimento tecnológico, a relação do homem com a sua doença é muito mais que o estado de doença, perpassa por relações interpessoais e sociais.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (2004), “o desafio está justamente na união equilibrada entre uma atitude humanizada e socialmente responsável com atualização do conhecimento e da capacidade de contínuo avanço tecnológico e científico”.

Ainda segundo a Carta dos direitos dos usuários:

O paciente tem direito a um atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, a um local digno e adequado para seu atendimento, ainda, ser identificado pelo nome e sobrenome e não por um número, pois é único. Tem direito de receber medicamentos essenciais para garantia de sua qualidade de vida, além de tudo receber informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, receber explicações claras sobre qualquer tipo de exame que vai fazer. Cumprindo-se seus direitos o paciente deverá zelar pela própria saúde... e participar do seu tratamento, promovendo assim uma saúde melhor para todos (BRASIL, 2006),

É notório que os termos humanização e humanização em saúde já são conhecidos pelos usuários dos serviços de saúde, embora haja resistência por parte de muitos profissionais da saúde em aceitá-los e aplicá-los, tendo como justificativa que o atendimento à saúde é feito de uma forma ou de outra durante a assistência e que a humanização é inerente à prática de quem cuida de seres humanos.

Porém, pesquisas de satisfação e insatisfação aplicadas a usuários dos serviços de saúde em todo o país apontam para insatisfação da população quanto ao acolhimento, atendimento e assistência prestada principalmente nos serviços públicos. Além disso, a mídia televisiva e escrita vem veiculando constantemente reportagens sobre o “estado da saúde” mostrando um triste cenário da assistência à saúde nas organizações públicas em todo o Brasil, com poucas reservas.

DESLANDES (2004), em seu estudo analisa a proposta do Ministério da Saúde sobre humanização na assistência à saúde e explica que o termo humanização, como tem sido empregado, necessitam de uma definição clarificada, além de denotar um vasto conjunto de iniciativas tais quais: a assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico; o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente; e o valor do profissional da saúde. E cujas ideias centrais são as de 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.

AYRES (2004), ao comentar o estudo de Deslandes lembra que tanto a autora como o Ministério da Saúde, destaca a dimensão da linguagem e da ação comunicativa ao abordá-lo. Ele entende que existe um denominador comum entre as causas identificadas pela autora para a falta da humanização esperada na assistência à saúde no Brasil qual seja a invisibilidade do outro e a necessidade de interagir efetivamente. Ayres crê na possibilidade de reorganização das práticas de saúde orientada por valores éticos, tais qual a emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, à singularidade e interdependência. Também versa sobre a importância da utilização da tecnologia leve no conjunto de conhecimentos, aperfeiçoar e valorizar a tecnologia dura e criar condições de otimizar o exercício da sabedoria prática nos espaços de assistência, entende-se aqui habilidade para agir de maneira acertada durante o atendimento ao paciente. Relacionado à comunicação e interação, lembra-se da importância de um espaço para elaborar e compartilhar saberes e experiências.

Segundo MINAYO (2004), ao analisar o texto de Deslandes recorda a história das correntes filosóficas humanistas e explica que o humanismo laico e o cristão possuem três fundamentos que merecem ser considerados nas discussões sobre humanização em saúde, que são: a centralidade do sujeito em intersubjetividade, onde o profissional de saúde deve reconhecer a humanidade do outro, como ser capaz de pensar, agir, interagir, ter lógica, manifestar-se e expressar intencionalidade; O ser humano compoendo seus atos, onde o processo de humanização transcende sua implantação racionalizada cujos mecanismos devem envolver os sujeitos e suas verdades em ação; e o modelo de formação médica, ainda tecnicista e instrumental, através da valorização do positivismo e das teorias mecanicistas que tratam o paciente de forma fragmentada, além entender equivocadamente que a liberdade e a autodeterminação do paciente são de sua propriedade.

Para a questão da violência na assistência à saúde colocada timidamente por Deslandes, a autora defende ser possível a humanização através do atendimento de qualidade concomitante ao avanço tecnológico em virtude de bom relacionamento. Com relação à comunicação, chama atenção para o fato 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 bom, pois engana, oculta, velam e destroem (CAMPOS, 2004).

Para Martins (2001), a humanização em saúde é um processo amplo, demorado e complexo ao levar em consideração as resistências, já que envolvem mudanças de comportamentos onde os padrões já conhecidos são percebidos como mais seguros. Assim, cada profissional, equipe ou organização passa por processo singular de humanizar, pois se não for singular não será de humanização.

Diante das considerações acima, pode-se afirmar que humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome ou estar sempre sorrindo, mas entender que o paciente sente medo, angústia e incerteza. É oferecer apoio e atenção constantemente. O atendimento humanizado é também entendido como fraterno, é procurar entender que aperfeiçoar os conhecimentos continuamente é saber se valorizar, nos vários aspectos da amplitude humana, entendendo que a humanização do atendimento, deve estimar o respeito afetivo ao outro, prestigiando o bom relacionamento entre os vários atores que fazem parte do processo de cuidar. Além disso, o profissional humanizado é aquele que valoriza aspectos do paciente, tais como: emoções, crenças e valores, numa visão holística do cuidar.

Aqui se abre o texto para narrar um fato ocorrido entre um paciente e uma colega enquanto realizava um atendimento na sala de classificação de risco de uma unidade de pronto atendimento em Salvador/BA. “O paciente informou-lhe que estava com Diabetes, pois sua urina estava doce, que ele havia experimentado”. No mesmo instante, a enfermeira realizou uma avaliação glicêmica, cuja leitura fora 495 mdl. Imediatamente o paciente foi encaminhado para avaliação médica de urgência e assistido, sendo realizado cuidado integral pela enfermeira e equipe, até sua alta com encaminhamento para a unidade de atenção básica mais próxima de sua residência.

Esse é um exemplo “de escuta qualificada, onde o paciente foi coadjuvante de sua assistência, contribuindo para a efetividade do cuidar”.

Outro exemplo bastante significativo, citado em conversas com colegas foi uma paciente que diariamente retornava a unidade básica de saúde para aferir sua pressão que sempre estava elevada e resistente a uma lista de medicamentos. Resolveu-se acompanhar de perto a paciente para entender o que estava acontecendo, pois a mesma mesmo medicada a pressão arterial dela se mantinha elevada e assintomática. Após semanas de investigação, descobriu-se que a paciente morava sozinha e não sabia ler e por isso tomava as medicações em horários desajustados, a mesma não entendia a prescrição. Logo em seguida foram ajustados os horários da prescrição médica, indicando seu uso relacionando a figuras que representavam o dia, à noite, o café da manhã e o almoço, a pressão dessa paciente passou a obter a normalidade depois de uma semana.

Entende-se que a assistência à saúde deve ultrapassar as fronteiras da abordagem científica, ela deve ser fundamentalmente humanista e o profissional de saúde deve deixar de considerar apenas a doença, passando a cuidar do ser humano que está sofrendo com sua saúde abalada, mexida e ferida. Levando em consideração, que além da dimensão física, o paciente deve ser atendido também em seu componente social, psíquico e emocional.

Vale ressaltar ainda, alguns fatores importantes para a humanização do atendimento nos serviços de saúde e que podem ser considerados conceitos relevantes para a articulação da qualidade do cuidado e do atendimento humanizado da assistência a pacientes usuários dos serviços de saúde em Salvador/BA, quais sejam o interesse e a competência na profissão, o diálogo e a escuta qualificada entre os atores que fazem parte da assistência, incluindo família e comunidade, a facilidade do atendimento através de orientações e encaminhamentos necessários relacionados ao cuidado integral, inteligência emocional, evitando aborrecimentos e constrangimentos e respeito a si mesmo e o paciente.

3.2. A HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO

Desde o final da década de 50, a humanização tem sido colocada como temática e notadamente abordada no contexto da saúde, a década de 80, o tema tem um olhar voltado principalmente para as relações interpessoais estabelecidas com o doente. Tem-se como exemplo o médico da família. Além disso, há nessas décadas uma dicotomia entre humanização e tecnologia, ao idealizar a humanização como um meio de resgatar a caridade, colocando como intencionalidade o "interesse humano" pelo próximo e repudiando a tecnologia, indicando-a como uma barreira para a humanização.

Alguns textos das décadas de 60 e 70 citam a estrutura física das instituições de saúde e fazem considerações sobre mobiliário, equipamentos e "A arquitetura, o acabamento, as dimensões das unidades de serviço, das unidades de enfermagem, posição e tamanho dos quartos, a localização, o tamanho e acabamento das salas de estar são alguns itens importantes no que diz respeito à parte física, muito influentes no preparo num ambiente hospitalar humano, intervindo na humanização, ao considerar que esse é um fator significativo no processo de humanização e que interfere diretamente no conforto e no bem-estar do paciente, aqui traduzidos como "ação humanizante", devendo está articulada à dimensão política, administrativa e subjetiva que fazem parte da humanização. Já no início da década de 80, os textos evidenciam a idealização do paciente como ser frágil e dependente" (CASATE; CORRÊA, 2003).

Salienta-se que até a década de 80, o modelo assistencial no Brasil era hospitalocêntrico, aquele focado em ações, individuais, curativas, especializadas e não universal. Esse modelo começa a se fragmentar nessa década, a partir do movimento da Reforma Sanitária, que vem idealizar um projeto, onde a saúde passa a ser definida como direito de todo e qualquer cidadão, garantido pelo Estado e colocando como princípios equidade do atendimento, integralidade da atenção e participação social do usuário.

A partir desse contexto, os textos deixam de focar a humanização numa perspectiva de caridade e passam a idealizar a humanização para a valorização da saúde como direito do cidadão. E os profissionais deixam de serem seres dotados de compaixão e espírito de caridade e passam a atores co-participativos nas ações de saúde.

Na década de 90 até os dias atuais, inicia-se a valorização do paciente nos serviços de saúde como sujeito de direitos capazes de exercer sua autonomia, o que demonstra uma lógica de humanização que difere da lógica da caridade, entendendo-a como oportunidade de participação do usuário em seu cuidado, no sentido de implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade.

Em 2000, o Ministério da Saúde sensibilizado pelo número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares e de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

Ainda em 2000, em um avanço para a saúde, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), onde divulgava o conceito de humanização para todas as instituições hospitalares por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que visava o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais e usuários. Tendo como simples objetivo humanizar a assistência prestada aos pacientes atendidos em hospitais públicos (MARQUES; SOUZA, 2010).

O PNHAH foi formulado com base em diagnóstico, realizado à época pelo Ministério da Saúde, que constatou a insatisfação dos usuários em relação à qualidade do atendimento que recebiam, principalmente no tocante a aspectos do relacionamento com os profissionais de saúde. Constituiu-se como programa ministerial bastante singular, se comparado a outros do setor, pois buscou promover uma nova cultura de atendimento à saúde (DELANDES, 2004).

Em coerência com a natureza do tema da humanização – fenômeno transversal, subjetivo e de caráter processual - o programa propôs um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do país, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições. Estabeleceu como metas fundamentais aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, entre os próprios profissionais em sua diversidade de funções - aí incluídas as

funções de gestão e entre os hospitais e a comunidade - representada pelos Conselhos de Saúde (BALLONE, 2014).

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH), a proposição de uma “política” ao invés de “programa” marcou o caráter transversal da humanização e promoveu sua inserção nas diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH traduz a humanização como modo de operação dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de atenção à saúde, favorecendo trocas solidárias entre os componentes dessa rede - usuários, trabalhadores e gestores, enfatizando a indissociabilidade entre assistência e gestão humanizada. (BRASIL, 2003).

Assim, o SUS mostra uma nova proposta de atendimento e um novo modo de pensar saúde, colocando como prioridade para a atenção a integralidade, a universalidade, a gratuidade e a equidade do atendimento nos serviços de saúde (LEI 8080/09), o que fez surgir novas alternativas de atendimento, como o Programa de saúde da família com atendimento através de equipes multidisciplinares levando em conta a participação da sociedade através dos conselhos locais e das comunidades. (BRASIL, 2001).

O ano de 2003, foi considerado o marco na história da humanização, é lançado a **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/Humaniza/SUS)**, durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN, em 2003. A Política Nacional de Humanização (PNH), ou Humaniza/SUS, passa a abranger a saúde como um todo.

Em 2004, foi possível ampliar significativamente seu raio de ação, desenvolvendo um intenso processo de discussões e pactuações no âmbito dos estados, municípios e serviços. Isto acontece através de dispositivos, tais como: grupos de trabalho de humanização, oficinas e atividades de apoio institucional (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O Ministério da Saúde e outras esferas do governo 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), que estabelece critérios para certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. No artigo XV está estabelecido que um dos

dezessete critérios para ser reconhecido como hospital de ensino é aderir à Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Atualmente as organizações públicas e privadas têm operacionalizado as orientações do Ministério da Saúde 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 e buscam parcerias junto a outras entidades (principalmente não governamentais) ou pessoas para implementação das ações, projetos e programas. Porém, a despeito das elogiosas iniciativas institucionais em relação à humanização do atendimento em saúde, as maiores esperanças e expectativas não estão na intervenção do governo, mas, sobretudo, nas escolas de formação dos profissionais da saúde. (MELLO, 2008).

Sabe-se que a integralidade da atenção e a humanização propõem ações conjuntas para que a qualidade do cuidado se dê de forma horizontalizada, isso posto não somente após os princípios de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), mas como um entendimento no atual contexto e como princípio básico da educação. Este humanismo é imprescindível e deve ser adequado em qualquer das atuais circunstâncias do exercício profissional.

Nesse contexto, há necessidade de incluir o significado de atendimento humanizado sob a ótica do acompanhante, que é possível de ser alcançada por meio de pequenas ações: olhar atento, escuta qualificada, ambiente adequado, material e equipamentos de boa qualidade, já que tanto o acompanhante quanto o paciente, entendem que esses recursos são fatores condicionantes para a humanização. Ainda, conceituando serviço humanizado, como aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a seu serviço e oferecendo-lhe um atendimento com qualidade, há de se considerar as especificidades do ambiente e dos serviços de saúde interferindo diretamente na atuação dos profissionais, que em sua maioria assume atitude impessoal com dificuldade em atuar com humanização. Adicionado a isso, cita-se, demanda excedente de atendimento, deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo; a fragmentação do cuidado; a falta de filosofias de trabalho e de ensino voltada para a humanização de maneira efetiva.

Atualmente, com a mudança no cenário epidemiológico e com o crescimento das violências, os serviços de saúde principalmente os de emergência estão superlotados, com a demanda crescendo cada vez mais. "Corredores cheios de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas". Nesse ambiente, encontram-se, também, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste. (VERSIANI, 2012).

Essa realidade, tão comum nos serviços de saúde parece ter virado uma rotina cruel para aqueles que a vivem diariamente, pacientes, familiares e profissionais. É um condicionante da falta de humanização nos serviços de saúde, além de parecer ser um contínuo descaso com as políticas de saúde, principalmente no tocante a Política Nacional de Humanização, onde o Governo Federal se esforça no sentido de apoiar os Estados e Municípios na implementação e implantação da política.

No entanto fatores como descaso, a falta de compromisso e entendimento pelos gestores, acarretam a banalização nas ações e serviços, onde não há cobranças por parte do governo federal, não há avaliação sistemática e padronizada das políticas e dos serviços.

Mesmo com o avanço nas políticas de saúde dos últimos anos e não esquecendo os esforços que os técnicos do Ministério da Saúde vêm emanando para manter atualizadas essas políticas e apoiar estados e municípios na implementação e implantação das mesmas, ainda, há muito que se avançar para atingir a efetividade no cuidar com qualidade, na humanização das ações e dos serviços de saúde e conscientização de gestores e profissionais da saúde da verdadeira humanização da assistência que deve estar voltada tanto para o usuário dos serviços de saúde, quanto para a equipe de saúde e a comunidade a qual ela deverá acolher, principalmente ao modificar o conceito de usuário do serviço de saúde da lógica de caridade para aquele responsável pela construção e consolidação da cidadania. Esse é o verdadeiro desafio.

Especificamente em unidades de saúde de Salvador/BA, são flagrados comportamentos que infantilizam o paciente, inabilidade para se dirigir ao paciente, menosprezo, tratamentos grosseiros, falta de gentileza, frieza ao tratar, atitudes de superioridade diante do paciente, necessidade de demonstrar poder, falta de escuta qualificada, falta de um aperto de mão ou um abraço, enfim, o profissional trancado em seu

próprio conhecimento acarretando principalmente dificuldade no estabelecimento de vínculo e da boa prática e assistência em saúde, tanto com o paciente como com a instituição de saúde.

Levando em consideração que os profissionais diariamente estão sujeitos a mecanização dos processos de trabalho, os quais balizam as mudanças e transformação para que se tornem atores críticos e sensíveis, as instituições têm um papel fundamental no processo de humanização da assistência. O gestor deve está qualificado para entender e proporcionar condições para que o ambiente seja um facilitador do acolhimento humanizado, agindo como incentivador das ações e atitudes voltadas à humanização e a qualidade do cuidar. Há necessidade de investimento no trabalhador, qualificando-o e incentivando-o a prestar assistência humana, dando-lhe inclusive a oportunidade de participar de decisões relacionadas a outros fatores condicionantes para a humanização, como investimentos para a melhoria das condições de trabalho.

Porém, deve-se considerar que sem uma política efetiva no sentido de nortear as ações e serviços, a humanização corre o risco de tornar-se restrita à vontade e ao esforço individual do profissional, sem direcionamento com relação aos princípios norteadores. Essa problemática torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a dimensão subjetiva que está sempre presente na atitude do trabalhador como elemento fundamental na relação com os usuários.

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, compreende-se que tal relação não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saberes, poderes e experiências vividas. Ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias, envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho, levando-se em conta ainda, predomínio de estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocratizadas (BRASIL, 2008).

3.3. CLASSIFICAÇÃO E ACOLHIMENTO

Para classificar o risco a saúde é preciso humanizar a assistência, pois, uma ação necessariamente estará vinculada a outra. Os inúmeros aspectos tais como: humanitários, estruturais, tecnológicos e científicos devem ser norteadores de uma filosofia organizacional, baseado em princípios, expostos de maneira clara e factíveis de serem concretizados na prática.

Segundo CASATE e CORRÊA, 2005, “o serviço de saúde humanizado é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita o indivíduo humano, colocando-se a serviço deste, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Isso serve para as urgências e emergências, por seu caráter (pronto-socorro), e por ter uma dinâmica na sua rotina acelerada de atendimento, propiciam um ambiente de tensão e estresse (MIRSHAWKA, 1994).

Todos que vivem diariamente essa realidade (pacientes, acompanhantes e equipe de saúde), estão envolvidos pela ansiedade e angústia da vida e da morte. Atrelado a isso, o ambiente das emergências leva seus profissionais a uma postura impessoal de defesa, agindo muitas vezes com frieza diante das diversas situações que lhes são impostas, o que dificulta uma atuação humanizada.

Em Salvador/BA, por falta de uma política eficaz de prevenção e proteção à saúde, os serviços de emergência são cada vez mais procurados, acarretando-lhes precariedade na assistência, com excessos de pacientes em corredores, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e propícios a infecções como citado anteriormente.

Nesse cenário, estão presentes os familiares, que na maioria das vezes não obtém informações quanto aos procedimentos realizados, diagnóstico e situação geral do paciente, além de estarem submetido ao risco de adoecer.

Em face destas circunstâncias, se torna urgente a discussão da temática, acolhimento humanizado no sentido de elaborar propostas voltadas para a consolidação de uma prática

integral à saúde com humanização, principalmente nas urgências e emergências deste Município, de acordo com o proposto pelo Humaniza/SUS.

Acolher significa assistir, hospedar, receber, acomodar, admitir, sendo um instrumento que deve ser utilizado para amparar o paciente, recebendo-o no serviço com a garantia do acesso ao passo em que é classificado o risco a sua saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos que procuram os serviços de saúde com humanidade e qualidade, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com humanização, resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. É também um modo de atender o paciente na sua integralidade (BRASIL, 2004).

As unidades de saúde de Salvador/BA, ainda sofrem com o atendimento desqualificado e sedimentado, sem olhar ou sentimento humanitário, feito pelo profissional do registro e da classificação, da observação, da internação, ou seja, equipe multiprofissional, que trata os pacientes com desafeto, os quais utilizam linguagem tecnicista com o intuito de intimidar para não haver questionamentos.

O acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos. (ABBÊS, 2006).

Entende-se por acolhimento em saúde um processo que se inicia no momento da procura do serviço, o qual está associado ao sistema de redes e fluxos, abrangendo uma ampla estratégia que acarrete a vinculação do usuário ao sistema de saúde onde o atendimento humanizado esteja embutido ao processo de acolher, humanizar, classificar, cuidar, envolvendo o profissional de saúde, o usuário do serviço, o gestor e a comunidade

para a construção de ações coletivas que levem a mudanças efetivas nas práticas dos serviços.

Ao acolher com humanização, o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, produzindo assim um encaminhamento humanizado, responsável e resolutivo à demanda não resolvida. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde, passa a ser uma ação humanizada e se multiplica em inúmeras outras ações.

Segundo BRASIL (2004), para atuar com “acolhimento” é necessário, não só, uma estrutura física adequada, como recursos humanos preparados e, disponibilidade de equipamentos para execução do procedimento, vislumbrando a ordem e orientação da assistência.

O Acolhimento é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS. (BRASIL, 2004).

Os objetivos da classificação de risco estão voltados sistematicamente à humanização do cuidado e todo o processo de cuidar, havendo a necessidade de avaliar o paciente logo na chegada, reduzir o tempo de atendimento médico e de enfermagem, com encaminhamento para a área de atendimento inicial, para que o paciente possa se visto precocemente e de acordo com a sua gravidade. E, para o alcance dos objetivos, é fundamental refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe; compreender os princípios e diretrizes do SUS; as diretrizes e os dispositivos ofertados pela PNH; apreender o conceito de acolhimento nas dimensões relacional, técnica, clínica e de cidadania; promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco; elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde; envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas e facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde utilizando o processo de humanização. (BRASIL, 2004).

A escuta qualificada com a correta tomada de decisão, de acordo com os protocolos médicos e de enfermagem da unidade de urgência e emergência associadas à capacidade técnica, sensibilidade, compromisso, responsabilidade, julgamento crítico humanizado e experiência da equipe, deve definir o atendimento (BRASIL, 2004)

O processo de classificação de risco é entendido como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes, que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza/SUS), Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O Humaniza/SUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. “Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva” (BRASIL, 2004).

A qualidade dos serviços públicos de saúde depende da incorporação de atitude ética de respeito às necessidades dos usuários e dos profissionais. Fatores básicos como a infraestrutura hospitalar, as tecnologias e a capacitação técnica científica são fundamentais para a geração de bons resultados, mas seu impacto depende fortemente da presença ou ausência de relações humanizadas entre os profissionais e os usuários da saúde, e entre os próprios profissionais, o que é possibilitado quando a gestão das instituições de saúde incorpora os princípios da humanização do trabalho e do atendimento hospitalar. (BRASIL, 2002).

3.4. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO ESTADO DA BAHIA

Na Bahia, o Humaniza/SUS vem trabalhando estratégias para a consolidação do SUS que garanta ao cidadão acesso de qualidade, integral e humanizada, às ações e serviços de saúde, através do desenvolvimento de uma rede articulada, contando com a participação de profissionais, gestores, usuário e comunidade, além dos serviços da saúde, promovendo ações que despertem a autonomia e protagonismo dos sujeitos, através da criação de espaços de reflexão sobre o tema, no intuito de ampliar saberes e aprimorar práticas.

O Estado inseriu a Política Estadual de Humanização na agenda estratégica de saúde de 2008, na linha de ação da Gestão de Trabalho e Educação Permanente em Saúde, tendo como principais metas o fortalecimento das ações de humanização desenvolvidas nas unidades de saúde e a capilarização da Política no interior do Estado. Para isso, foi nomeado um Comitê Estadual de Humanização cujo objetivo era o de propor diretrizes e estratégias de implementação da Política Humaniza/SUS no Estado Bahia.

Além disso, foi implantado e implementado o Programa Permanecer/SUS: uma estratégia que visa à implantação da diretriz de acolhimento em unidades de urgência e emergência da capital. Esta proposta visa à integração ensino-serviço, envolvendo estudantes dos cursos de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Medicina de Instituições de ensino como a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e Universidade Católica do Salvador (UCSal).

Atualmente o programa conta com 82 estudantes distribuídos em 06 unidades de urgência/emergência e 01 na maternidade. O intuito é que se incorpore ao Programa estágio obrigatório nas instituições de ensino, como os desafios de integração da proposta de implementação da Política de Humanização; reforçar o princípio da Cogestão; fomentar a autonomia dos coletivos e protagonismo dos sujeitos; e construir a “Memória Humaniza/SUS/Bahia”.

Nesse contexto, passou-se a estimular à formação de Grupos de Trabalhos de Humanização, nas unidades de saúde, bem como curso de formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização para apoiar os processos educativos que seriam desenvolvidos nas 28 microrregiões de saúde do Estado.

Atualmente, os trabalhos têm centrado esforços no desenvolvimento de ações articuladas com as diversas áreas do cuidado, no fomento e fortalecimento de experiências de humanização desenvolvidas pelo SUS na Bahia e na aproximação com redes solidárias de cuidado, articulando o conhecimento técnico-profissional com os saberes e práticas populares. O intuito é provocar transformações nos modos de atenção e de gestão no SUS-Bahia, apostando na autonomia e protagonismo de trabalhadores, usuários e gestores, na co-responsabilidade dos sujeitos no processo de produção de saúde, no estabelecimento de vínculos solidários e na participação coletiva na gestão. Visando a consolidação de um sistema estadual de saúde resolutivo, que garanta à população acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e serviços de à saúde.

Só a Cidade de Salvador congrega 18,7% da população do estado; e 80,9% da Região Metropolitana. Segundo dados do PNAD-2002, a parcela significativa da população ocupada na Região Metropolitana, situa-se nas faixas de renda de até cinco salários mínimos e necessita do SUS para proteção e prevenção de sua saúde contra as doenças, para minimizar as conseqüências de morbidade, eventuais acidentes e assistir efetivamente ao seu agravo.

Considerando que a Bahia possui uma extensa área geográfica com grandes vazios assistenciais e que, na Capital concentra-se uma grande parcela da população Baiana, pode-se dizer que é um desafio à disseminação de uma Política que tem em seu bojo o diferencial de ter sido formulada a base de um diagnóstico baseado na qualidade do atendimento e na promoção de uma nova cultura de atendimento à Saúde.

As ações voltadas a essa Política na Bahia, ainda são modestas quando comparado com outras capitais do País, a exemplo de São Paulo, que lançou em 2012 a sua Política Estadual de Humanização e vem ampliando as ações voltadas à humanização nos serviços de saúde e na assistência propriamente dita, com implantação do cuidado assistido e qualidade da assistência.

Poucos são os investimentos voltados à temática. Além do mais, as ações são desarticuladas, promovidas separadamente pelos setores, são pouco abrangentes, não há um acompanhamento sistemático dos processos de produção de saúde e os apoiadores para as microrregiões não conseguem promover uma atuação positiva junto aos gestores com relação aos princípios da política, quais seja a autonomia e protagonismo dos profissionais, usuários e gestores diretos dos serviços, na co-responsabilidade dos sujeitos quanto à

assistência integral à saúde e a qualidade no cuidado, no estabelecimento de vínculos solidários e na participação coletiva na gestão.

Em Salvador/BA, a PNH ainda engatinha, mesmo porque a gestão atual não entende as políticas ministeriais de saúde como prioritárias. Aliás, todas as ações desenvolvidas com relação ao Humaniza/SUS e avanços conseguidos entre 2009 e 2012 ficaram estagnados e pouco compreendido pelo gestor da saúde. As unidades voltaram a trabalhar em caixinhas, o atendimento ao invés de ser voltado para ações de prevenção e promoção da saúde, volta a ações de cunho curativo considerando a doença e não o doente na sua integralidade.

Enfim, a PNH na Bahia ainda não cresceu como deveria e especificamente em Salvador, vem ocorrendo um retrocesso principalmente devido à maneira de pensar dos gestores, cuja visão hospitalocêntrica, não é capaz de entender o SUS em sua plenitude e a humanização da saúde como uma forma de construção de uma rede de serviços humanizada, capaz de dar resolutividade as necessidades de saúde da população num enfrentamento conjunto entre gestores, profissionais, usuários, família e comunidade.

3.5. HUMANIZAÇÃO E LINHAS DO CUIDADO

Entende-se a lógica da humanização interligada à Linha do Cuidado Integral, uma vez que, assim como a primeira, a Linha do Cuidado incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até as ações da alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde

Portanto, acolhimento, vínculo e responsabilização são diretrizes da Linha do Cuidado e da própria Política de Humanização. Para que a Linha do Cuidado cuide de fato do usuário, os serviços de saúde devem se instituir de forma que seus processos de trabalho estejam qualificados e organizados desde o Acolhimento na porta de entrada das unidades

sendo realizados por profissional qualificado, significando atender bem, com escuta qualificada, dar resolutividade ao problema de saúde, se necessário, fazer um encaminhamento seguro. Isso tudo só é possível se a rede estiver operando baseado na Linha do Cuidado.

É necessário que os profissionais estabeleçam vínculo com os usuários, visando acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para o atendimento às suas necessidades com base na humanização do cuidado.

Na lógica da humanização, a assistência integral à saúde é um grande desafio, porque é necessário interligar todas as dimensões da vida para a prevenção de agravos e recuperação da saúde. Portanto, a atenção básica e os diversos níveis de especialidades como apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade deve integrar a rede de atenção para dar respostas às necessidades do paciente para as práticas integralistas da assistência.

Os gestores do Sistema Único de Saúde têm por obrigação atender às demandas assistenciais da população, quando não consegue atender a essas necessidades, o usuário padece, às vezes, em longas filas de espera. Considerando essa situação, a integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob a ótica não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas principalmente do fluxo do usuário para o acesso a esses recursos. Garantindo a integralidade e a humanização das ações, é necessário realizar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar, todas necessariamente dispostas em fluxos assistenciais nas linhas do cuidado. (FRANCO; FRANCO, 2012)

É imperativo falar da importância da organização dos processos de trabalho, o qual surge como principal ponto a ser enfrentado para a mudança na produção de saúde, cujo objetivo é o seu funcionamento centrado no usuário e suas necessidades. Para isso também se faz necessário uma inversão do uso das tecnologias de cuidado, ou seja, o trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. (MERHY, 1997)

Considerando o subfinanciamento da saúde, é fundamental se construir uma rede assistencial, considerando as linhas do cuidado, de acordo com os problemas prioritários da

população por esse motivo, urge a necessidade de se fortalecer a atenção básica principalmente as equipes de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, criando estratégias de integração das Unidades através de sistemas informatizados, organizando o fluxo dos usuários às redes de saúde e garantindo o seu acesso, de forma ordenada e equânime, com uma visão geral da capacidade instalada e da funcionalidade real das unidades.

Dessa forma e respeitando os princípios do SUS, devem-se buscar adequar as redes de saúde do Município de Salvador/BA, ampliando o acesso do usuário, ordenando a demanda por classificação do risco, prestando assistência humanizada e desafogando as grandes emergências, utilizando a linha do cuidado para organizar o fluxo do atendimento, que muitas vezes está fora do perfil das urgências.

A qualificação dos profissionais das unidades de saúde da rede municipal de Salvador/BA sob a ótica de modelo de atenção à saúde na lógica de redes local, regionais e linhas do cuidado, é de fundamental importância para que a assistência prestada ao paciente aconteça de maneira humanizada. O envolvimento das lideranças comunitárias é indispensável, é através destas lideranças que a população fica informada quanto ao uso dos serviços e os resultados das mudanças possam vir a ocorrer na rede de assistência.

As unidades de saúde básicas e especializadas fazem parte da rede de assistência e são prioritárias à população, como ordenadora e coordenadora do cuidado, necessitam de um olhar moderno e ousado para realização de mudanças assistenciais e operacionais, principalmente na busca do aprimoramento do sistema, através de ações voltadas a humanização e a qualidade do cuidado. Os investimentos na estrutura física, nos processos de qualificação de recursos humanos, nas estratégias de regulação e avaliação através de indicadores de qualidade, deverão estar alinhados com a proposta constante do Plano Municipal de Saúde e a responsabilização destas operações deve ser compartilhada entre a administração e os representantes de usuários no Conselho Municipal de Saúde.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo baseado no método exploratório e descritivo, estudo cuja natureza foi uma ampla revisão de literatura, tendo como local de busca os bancos de dados virtuais, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Bireme, Scielo, pelo acesso as bases eletrônicas de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências e Saúde), este trabalho foi realizado durante os meses de fevereiro e março de 2014.

Os descritores utilizados foram humanização, humanização da saúde, acolhimento e linha do cuidado.

Os artigos foram selecionados, lidos e dispostos de acordo com a temática. A partir deste material selecionado foi feito uma contextualização para a construção do trabalho, agrupando informações, confrontando os achados, fundamentando a discussão e comentários referentes ao tema e ao objetivo proposto com o intuito de concluir esse estudo.

As buscas foram focadas em temas como a humanização na saúde e o cuidado humanizado, baseado em obras científicas que facilitaram o entendimento do estudo proposto e cujo objetivo foi demonstrar como o processo de humanização interfere na qualidade do cuidado, com vistas em artigos científicos, periódicos nacionais, teses, dissertações publicados eletronicamente, além de informações em sites oficiais do governo do Estado da Bahia, do Estado de São Paulo e do Estado do Rio Grande do Sul, que abordam o tema.

5. RESULTADOS E ANÁLISES

O atendimento humanizado em Unidades de Saúde envolve valores, crenças e ideologias que são fundamentados na vivência do cotidiano e nos aspectos históricos e ideológicos da experiência de um grupo social, cujas contribuições são essenciais à construção e consolidação de atitudes compartilhadas entre os sujeitos envolvidos.

A noção de competência humana é fundamental na área da saúde, uma vez que a nova visão da qualidade em saúde considera não somente os aspectos técnico-instrumentais, envolvidos na prática profissional, mas também a humanização do cuidado na perspectiva do paciente.

Segundo Casate e Corrêa (2005), a temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação do trabalhador e do usuário.

É oportuno mencionar as considerações e questionamentos feitos por Rizzotto (2002) sobre o processo de humanização na saúde, ao enfatizar que:

Não dá para caracterizar de outra forma, senão como absolutamente desumano as filas enormes, inúmeras, persistentes e cotidianas na porta dos serviços de saúde. Ou de nos perguntarmos que humanidade existe na interminável espera por um leito hospitalar ou por um procedimento de média e alta complexidade? É possível identificar algum processo humanizador no tratamento sobre macas e em cadeiras de rodas, nos corredores dos prontos socorros dos hospitais públicos, sucateados no que se refere a materiais e equipamentos, e carentes de profissionais em quantidade e qualidade?

Ao analisar as interfaces da desumanização, percebe-se que esta se faz fortemente no momento em que o paciente é despersonalizado, sendo identificado como um número, uma doença ou um procedimento, sem a escuta e sem atentar aos seus sentimentos e suas expectativas.

Humanizar é instituir no relacionamento profissional/paciente/usuário, o objeto da humanização: o diálogo. Isso é observado quando o usuário leigo, conceitua o bom

profissional, só pelo fato de suas necessidades serem ouvidas, seus medos e dores valorizado, pelo toque afetivo e um cumprimento no final de uma consulta médica.

Alguns textos mostram a importância da humanização, confrontando-a com o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual, alegando que ele distancia e modifica a relação profissional/paciente. Há que se considerar, que a falta de recursos tecnológicos, quando estes são necessários também pode representar fator de estresse e de conflito entre profissionais e usuários o que desumanizando o cuidado.

Ao fazer a análise dos textos, confrontando-os com a realidade vivida diariamente, pode-se dizer que a humanização se faz a partir do próprio indivíduo, da cultura e valores, sendo diferente de pessoa para pessoa. Porém pode ser demonstrada por meio da linguagem verbal e não verbal extremamente observada pelo paciente. Contudo, basta observar como os pacientes fixam o olhar no profissional durante um procedimento, percebendo então, que eles não observam a técnica que está sendo executada, mas a postura do profissional durante o procedimento.

Foi possível notar nesse estudo que a maioria dos profissionais da saúde se distancia do atendimento humanizado por não se sentirem verdadeiramente comprometidos com o paciente em decorrência da doença.

Para humanizar o cuidado é necessário qualificação, porém, é preciso formar personalidades que valorizem a ética humanitária. Assim a humanização só será entendida em sua essência quando os profissionais entenderem o valor do seu papel no contexto do cuidar, qual seja, ajudar o paciente e família a vivenciar o processo de doença e recuperação ou morte.

Ainda analisando os textos e fazendo uma avaliação reflexiva quanto à temática estudada, emergiram alguns itens como: falta de comunicação; cuidado mais humanizado; tempo de espera versus melhora do atendimento; alta demanda comprometendo o atendimento; mal trato por parte dos profissionais; falta de sensibilidade dos profissionais.

O ambiente dentro de uma unidade de urgência e emergência, por exemplo, é difícil e doloroso, é o local onde se observa momentos distintos, com situações opostas de saúde e doença vivenciadas paralelamente a sentimentos e emoções também distintos.

Nesse cenário estressante e conflituoso, tanto o paciente quanto a família necessita de apoio e solidariedade da equipe multiprofissional para encontrar força para enfrentar um momento tão delicado, como mostram as citações no texto.

O estudo demonstra que nas unidades de saúde acontecem vários problemas que dificultam a qualidade do atendimento, do cuidar e conseqüentemente o processo de humanização da assistência. Implicando na necessidade de superação da relevância dada à competência técnico-científica; superação dos padrões rotineiros de atuação profissional e de gestão; superação dos corporativismos das diferentes categoriais profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado (ANDRADE, et al., 2009).

Ficou claro que a doença gera ambiente de mal-estar, que a recepção dos profissionais de saúde é essencial para propiciar o mínimo de bem-estar ao paciente, tendo em vista vivenciarem diferentes formas de enfrentamento, onde alguns encararam o novo, outros sentem medo causado distanciamento do profissional, tem também outros que embora não se sintam confortáveis, decidem enfrentar a situação.

5.1. PROPOSTA DE MUDANÇA

A utilização da Comunicação é primordial para cuidado humanizado, a dimensão interacional traduzida na forma de atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação efetiva, é determinante da satisfação e da qualidade do atendimento.

O bom atendimento, apesar de subjetivo, multifatorial e pessoal, na maioria das vezes, não se refere aos procedimentos, às tecnologias e aos medicamentos adotados para a sua recuperação, mas aos aspectos interacionais e humanos do cuidado.

Portanto, a comunicação entre profissional e paciente é extremamente necessária para o atendimento de qualidade. O incremento científico e tecnológico na saúde trouxe muito benefícios, porém, trouxe também a exacerbação da desumanização, já que o profissional

restringe seu diálogo com o paciente à questão da história clínica, enquanto a condição humana fica à mercê da condição biológica. (ANDRADE, et al, 2009).

A manifestação da necessidade de proximidade entre as pessoas no contexto da humanização requer uma postura de valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural e/ou técnico-científico, para que de fato se constitua em uma ação efetiva de humanização.

Propõe-se aqui, o que vem se tornando uma exigência no cenário mundial, que sejam estreitados os laços de comunicação entre o cliente/paciente/usuário e o profissional de saúde favorecendo a compreensão da realidade.

Nesse contexto, é preciso levar em consideração a condição dos pacientes à espera do atendimento de emergência, somado a ansiedade, o estresse, agravo, ambiente desconhecido e temido, o que requer mais atenção quanto aos aspectos relacionados à interação e à comunicação no ambiente de emergência. (ANDRADE et al., 2009)

Propõe-se, a necessidade de expandir o olhar ao cuidar e a atenção ao paciente, ao invés de reforçar prática mecanizada das decisões unilaterais tomadas pela conduta impessoal do profissional, sem levar em conta a opinião do paciente.

Outro ponto de mudança é com relação à infraestrutura fator importante ao cuidado humanizado. Segundo o Ministério da Saúde, o espaço físico deve fazer parte do acolhimento hospitalar, onde a essência deve ser o conforto dos sujeitos envolvidos. (BRASIL, 2005). Ainda em relação à infraestrutura, há a necessidade de investimentos materiais para minimizar o sofrimento de quem se encontra hospitalizado. A falta de materiais compromete a assistência e o cuidado adequado, a imprevisibilidade de recursos e equipamentos dificulta o planejamento das ações de assistência, gerando insatisfação ao paciente e a equipe de saúde.

Nesse sentido, a proposta é sensibilizar os gestores quanto à necessidade de recursos materiais em quantidade ideal e em qualidade e sensibilizar os profissionais quanto à necessidade de cuidar bem desses materiais.

Quanto à demanda, pode-se dizer que é o fator que também ocasiona estresse, levando a comprometer o processo de acolhimento humanizado, acarretando a demora no

atendimento. A existência de um número insuficiente de profissionais que atenda as especialidades. A problemática relacionada ao número de profissionais constitui-se na alta demanda, sendo um sério obstáculo para realização de uma assistência humanizada.

Deve ser levado em consideração, que o atendimento nos serviços de atenção básica que ocorre na perspectiva da prevenção e promoção da saúde permita diminuir os atendimentos na emergência.

Outro fator importante é a personalização do atendimento que só pode ser feito através de atendimento individualizado. E o profissional deve estar sensível ao sofrimento humano, acolhendo o paciente não só em relação à doença, mas em todo o contexto social do qual está inserido.

O profissional de saúde pode colaborar com o cliente/paciente para o enfrentamento da nova condição, muitas vezes, totalmente desconhecida e adversa traduzindo em medo do desconhecido quando a sua saúde está ameaçada. Nessa perspectiva, fica evidente a necessidade do cuidar de forma integral.

A humanização do atendimento associada à visão integral do cuidar perpassa a interdisciplinaridade, e nesta, o trabalho ser multiprofissional para atender o paciente integralmente, através de discussões conjuntas objetivando o atendimento personalizado. Nesse sentido, a proposta é repensar o processo de formação profissional, através da articulação de conteúdos entre ciências humanas e conteúdos clínicos, assim como a relação entre a teoria e a prática, que favoreça transformações compartilhadas pautadas na construção de uma formação humana e ética no cuidado em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram que a temática humanização do atendimento em saúde é relevante no contexto atual, envolve a constituição de um atendimento embasado em princípios como integralidade da assistência, equidade, participação social do usuário, a assistência direcionada ao cuidado do paciente como um todo e requer a revisão das práticas cotidianas em saúde.

Compreender a situação de saúde do cliente/paciente como algo que se estende aos aspectos físico, psicológico e social, fornece a equipe recursos capaz de se integrar em prol de um atendimento humanizado, permitindo ao paciente se sentir acolhido em momento de total fragilidade.

É indiscutível a importância que o profissional de saúde necessita empenhar-se em “transcender” a doença e buscar por trás das suas manifestações, atender o indivíduo holisticamente, tratando-o pelo o nome, acolhendo-o durante seu sofrimento, confortando-o com maior ou igual empenho dedicado ao combate da doença.

Ficou evidente que a falta de interesse dos gestores, a falta de qualificação e compromisso profissional, a pouca aceitação e o entendimento da política de humanização, a falta de comunicação em saúde, o aumento da demanda nas unidades de saúde, infraestrutura deficitária, a utilização equivocadas das tecnologias da saúde, a falta de envolvimento dos usuários nas decisões sobre sua saúde, a falta da escuta qualificada e a falta de articulação entre os sujeitos envolvidos no processo do cuidar, acarretam ambiente desfavorável a atuação profissional e ao desenvolvimento de uma assistência humanizada.

Porém, mesmo com o ambiente desfavorável, o atendimento humanizado deve ser iniciado no momento da admissão do paciente, onde há a existência da preocupação com o tempo de espera. Há necessidade de melhorar o ambiente para que clientes/pacientes e acompanhantes possam aguardar com mais conforto.

A humanização é eficiente quando o paciente é bem acolhido, sentindo-se único e importante diante de cada profissional que o atender, sendo-lhe fornecidas informações sobre normas e rotinas do serviço de saúde e sobre a realização de procedimentos. Há

humanização quando o paciente/cliente/usuários se depara com a boa aparência do profissional de saúde que está atendendo, transmitindo confiança e bem estar ao paciente.

Nesse contexto acrescenta-se a mudança de uma cultura como algo bastante complexo principalmente, no que se referem à humanização do atendimento nos serviços de saúde, pois envolvem fatores subjetivos, como sensibilidade e doação, levando consideração questões no âmbito psicológico, diferenças entre as várias categorias profissionais envolvidas, aceitação, pensamentos e idéias contraditórias, questões ambientais, entre outros.

Portanto, fica claro com o estudo que é necessário iniciar a discussão dessa temática durante a formação do profissional de saúde, cujo objetivo é prepará-lo para o desempenho de suas atividades pautadas em valores que evidenciem os aspectos essenciais ao ser humano, revelados por meio de atitudes próprias, ao tratar o próximo com igualdade e como seres humanos que possuem direitos, tem medos e expectativas, ou seja, prepará-lo para saber atender e cuidar com humanização.

A humanização diz respeito a questões amplas que envolvem valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela reavaliação das práticas de gestão tradicionais até os ambientes de atuação profissional, nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se faz presentes. Sendo então a humanização uma prática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos e implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço, ou seja, o paciente passa de objeto passivo ao sujeito e o atendimento passa do geral para o personalizado.

Enfim, acolher com humanização, cuidar com a mesma humanização é uma transformação baseado em um posicionamento político, querer individual, que coloca a saúde em uma dimensão ampliada e focada às condições de vida e do contexto sociopolítico e econômico da população usuária do SUS.

O processo de humanização do atendimento em saúde, não está relacionado à assistência caritativa, ao contrário, aponta o profissional como possuidor de conhecimentos e técnicas previamente definidas, com fundamental participação como sujeitos ativos, capazes de atitudes humanas e "desumanas" nas relações com o outro no seu ambiente de trabalho.

Porém, não podem perder de vista a reflexão e o senso crítico que auxiliam o questionamento das ações cotidianas, no desenvolvimento da solidariedade e do compromisso.

O presente estudo revelou entre outros aspectos, que a falta de comunicação, entendida como fator de cuidado humanizado; a carência de infraestrutura e a alta demanda; o compromisso profissional sendo fundamental; e a personalização do atendimento pode comprometer o processo de humanização da assistência ao paciente.

Ainda durante a análise de alguns textos, a humanização é conceituada na visão dos acompanhantes e pacientes, como possível de ser alcançada por meio de ações que se devem integrar através do olhar acolhedor, da boa vontade dos profissionais, do aumento do número de profissionais, do ambiente limpo e higienizado, material suficiente e equipamentos adequados e com manutenção adequada, da cordialidade nas relações, no conforto para pacientes, acompanhantes e equipe e de profissionais capacitados. Sendo a aplicação correta de recursos é fator condicionante para a humanização.

Portanto, acerca do tema, estudos desta natureza devem ser desenvolvidos para que possa ajudar na implementação ou adequação do atendimento humanizado através do acolhimento com classificação de risco subsidiando a Política de Humanização, objetivando gerar resultados positivos junto aos pacientes, acompanhantes e comunidade e funcionários. Fazem-se necessário que sejam elaboradas estratégias voltadas à humanização, passíveis de serem aplicadas na dinâmica diária dos serviços de saúde com o intuito de amenizar fatores que possam interferir na qualidade do atendimento.

A humanização feita através da classificação de risco, no atendimento das unidades de saúde, precisa ser trabalhada e voltada a intervenções de acordo com as políticas de humanização que visam o bem-estar do paciente e família, a qualificação dos profissionais e o envolvimento da comunidade e da instituição.

Finalmente, pode-se dizer que a dimensão interacional traduzida na forma de atenção ou aspectos interacionais e humanos do cuidado como cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação mais efetiva, são determinantes da satisfação e da qualidade do atendimento; o atendimento humanizado está diretamente proporcional à infraestrutura, sendo um ponto importante para a prestação do cuidado humanizado; as grandes demandas

de atendimento ocasionam estresse e fragmentação do processo de humanização; a interação entre profissional e paciente é proporcional à qualidade da assistência; e o atendimento individualizado fortalece a relação entre os sujeitos bem como favorece a humanização.

Embora os avanços científicos permitam melhoria da assistência de média e alta complexidade no que diz respeito ao uso de equipamentos, desenvolvimento de tecnologias e administrações criativas, não é o suficiente para a gestão de um serviço de saúde se a mesma não estiver voltada ao bem estar dos usuários e funcionários.

Neste sentido, a instituição através dos os gestores dos vários níveis, funcionários e comunidade integrada ao serviço de saúde devem buscar respaldo em práticas coletivas de humanização para melhorar os serviços no cotidiano.

Sendo a humanização um processo demorado e amplo, os profissionais da saúde, do porteiro ao médico, devem estar envolvidos nesse processo e voltados à consolidação de um sistema de saúde pautados nos preceitos da equidade e da integralidade da atenção.

Em relação ao cuidado há necessidade que o profissional da saúde reavalie o cuidar, o assistir, tal como deve perceber que os princípios bioéticos devem permear a prática diária da assistência, de forma a auxiliar no respeito ao paciente e no cuidado humanizado.

Portanto, a temática da humanização da saúde é importante no sentido da integralidade da assistência, equidade e participação social do usuário, já que a valorização da dignidade de todos é imprescindível neste processo.

De acordo com a Política Humaniza/SUS, o SUS deve ser contagiado por uma atitude humanizadora, articulando-se através deste eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana em qualquer prática de saúde. Porém, há muito a se fazer, principalmente em relação aos profissionais, ou seja, é necessário cuidar de toda equipe primeiro para poder humanizar a assistência ao paciente, sendo fundamental intervir na formação dos profissionais primeiro e permanentemente.

Há de se levar em conta então a interação dos sujeitos além das intervenções técnicas, devendo estar entrelaçados à prática comunicativa pela busca do reconhecimento e o entendimento mútuo para o alcance da humanização e da qualidade do cuidado, em

conformidade com a necessidade dos pacientes e com a realização pessoal e profissional dos que a fazem.

A humanização deve ser vivenciada e corresponsabilizada no contexto dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade da assistência e da qualidade do cuidado, intuindo a temática como algo factível e possível de ser trabalhada no dia a dia da instituição.

Porém, corresponsabilizar o gestor significa responsabilizá-lo por possibilitar condições favoráveis à implantação e implementação da Política, este gestor deve ser um bom entendedor das diretrizes da humanização para que possa compartilhar com as equipes de saúde angústias e êxitos no caminho de mudança cultural e conceitual do modelo de atenção.

A humanização, tendo o acolhimento e a escuta qualificada - o “ouvir com profundidade”, como pressuposto para a qualidade do cuidado, direciona os sujeitos principalmente a serem sensíveis ao fato, numa perspectiva de realidade, seja ela favorável ou não, tanto ao paciente quanto ao profissional.

Observa-se então a importância da humanização não somente no âmbito assistencial, mas como retomada do respeito à dignidade humana, considerando todos os aspectos que envolvem o processo de saúde e doença. Cita-se como exemplo, o ambiente de trabalho, o qual deve favorecer o equilíbrio físico e emocional dos usuários, bem como representar um espaço propício a uma assistência de qualidade oferecida pelos profissionais.

No campo das relações humanas a eficiência científica agregada à eficiência técnica, deve embasar o atendimento a saúde levando em consideração o respeito às necessidades tanto do profissional quanto do cliente/paciente.

Notadamente o tema humanização vem sendo discutido amplamente na sociedade e nos serviços de saúde, como uma forma de contestar o modelo hegemônico de assistência à saúde. Atualmente, com a nova visão o governo federal tem priorizado o atendimento humanizado e vem incentivando as instituições a seguirem modelos padronizados como o Programa Nacional de Humanização (PNH).

A humanização do atendimento pressupõe encontro entre sujeitos que compartilham saberes, poderes e experiências vividas, implicando em transformações políticas,

administrativas e subjetivas. Além disso, a conscientização da equipe multiprofissional sobre a importância de valorizar a figura humana do paciente colabora para que sua ansiedade seja diminuída.

Conclui-se com este estudo que o atendimento humanizado, é um modelo a ser seguido, porém requer certo tempo de adaptação, além de capacitação na perspectiva da educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde, atribuindo principalmente atenção aqueles que possuem muitos anos de serviço e está acostumado com a mesma rotina diária, fria, centrada apenas no cuidar deixando de lado o assistir integralmente, tanto do doente quanto familiares e comunidade.

Deve-se levar em consideração a rotina de “stress” no dia a dia da unidade de saúde, onde lidar com a dor e a morte é uma constante, o que certamente facilita a distância do profissional de saúde com a realidade emotiva vivenciada pelos familiares neste momento. Por outro lado, a convivência com o sofrimento alheio, pode propiciar a experiência de viver numa diversidade de situações as quais, mesmo diante de tensões e riscos, é possível trilharem novos caminhos que demonstrem solidariedade, compromisso, responsabilidade e amor ao próximo principalmente no modo de cuidar humanizado.

É importante considerar que mudar uma cultura é algo bastante complexo, principalmente no que refere à humanização, envolvendo fatores subjetivos como sensibilidade e doação.

Para implementação do atendimento humanizado é necessário à discussão dessa temática tenha início na graduação do profissional de saúde, de forma a prepará-lo para um desempenho pautado em valores que zelem pelos aspectos essenciais ao ser humano, demonstrado através das atitudes que é tratar o próximo com igualdade, como ser humano que possui direitos, história e expectativas, é realmente humanizar.

Portanto, a humanização vem se constituído ao longo dos anos, a partir de uma perspectiva caritativa até a preocupação atual com a valorização da saúde como direito do cidadão, inseridas em projetos políticos, a exemplo do “Humaniza/SUS” o “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco”.

Finalmente e de acordo com este trabalho ficou evidente a necessidade urgente da implantação e/ou implementação de um processo assistencial humanizado nas unidades de

saúde do Município de Salvador/BA, que esteja de acordo com os princípios preconizado pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Humanização, levando em conta a Política Nacional de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, mesmo que em longo prazo, para que a abordagem em humanização seja feita na prática e não somente na literatura. Para realizar esta tarefa propõe-se:

- Qualificar e motivar os profissionais das unidades de saúde, utilizando como meio o próprio serviço e os próprios sujeitos envolvidos no processo de humanização, com ênfase na criação de vínculo assistencial entre profissionais, clientes/pacientes, família e comunidade;
- Prestar assistência com qualidade utilizando os princípios do SUS e os princípios que norteia a Política Nacional de Humanização, garantindo o atendimento aos usuários no serviço de saúde onde possam ser acolhidos com respeito, compromisso e gentileza, a qualquer momento que necessite e de acordo com a classificação de risco;
- Adequar à estrutura física das unidades de saúde do Município de Salvador/BA para propiciar o atendimento humanizado, utilizando a abordagem do acolhimento com classificação de risco como meio de garantir o acesso ao serviço de saúde;
- Ordenar o acesso dos usuários do SUS que necessitam de atendimento emergencial, através de fluxos de referência e contra referência;
- Garantir o acesso aos serviços de referência de alta e média complexidade, facilitando o atendimento do cliente/paciente nas unidades mais próximas à sua residência, respeitando os princípios da hierarquização e regionalização;
- Construir, implantar e implementar as Linhas do Cuidado, colocando a atenção básica como real ordenadora e coordenadora do cuidado. Além de garantir o acesso do usuário na atenção primária de qualidade, oportunizando ações de promoção e prevenção e proporcionando a vinculação do cliente/paciente a unidade mais próxima de sua residência, facilitando assim a integralidade da assistência.

7. REFERÊNCIAS

- ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Textos de envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-43, nov. 1998.
- ARRUDA, M. *Humanizar o Infra-humano - A Formação do Ser Humano Integral: Homo evolutivo, práxis e economia solidária*. Petrópolis, ed. Vozes; 2003.
- AYRES, J. R. V. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria construtiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.
- ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com Classificação de Risco. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d.abr./jun. 2006.
- ANDRADE, L. M. de et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(1):151-7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Terminologia básica em saúde. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.
- _____. *Constituição Federal*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. DOU, 20/09/1990. Brasília - DF. Ano CXXVIII. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- _____. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área da saúde. Brasília: OPAS; 1999. Mimeografado.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/Ministério da Saúde n.095/01- Publicada no DOU de 29/01/2001. Norma Operacional da Assistência a Saúde 01/2001 folha 1-47.
- _____. Pesquisa de satisfação do usuário e dos profissionais de saúde: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Portaria Interministerial Nº 1000, de 15 de abril de 2004. Brasília, Diário Oficial da União, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2ª Ed. Brasília: Ilustrada / Ministério da Saúde, 2006. 8p.
- _____. Ministério da Saúde. Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. São Paulo: MS, 2005. 2v.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. _ Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 40p, il.color. _ (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde, Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p.561-571, jul/set. 2005.

BALLONE. G. J. Humanização do Atendimento em Saúde, In: PsiquWeb, Internet. Disponível em: < www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>. 2014.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n.2, p. 184-200, abr. 1997.

CAMPOS, R. O. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. V.9, n.1, 2004.

CARTILHA da PNH. Gestão e Formação no Processo de Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K.; Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, Feb. 2005.

CASATE J. C.; CORRÊA A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2006; 40(3): 321-28. Artigo recebido em 05.10.07. Aprovado para publicação em 31.03.09.

DESLANDES, S. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

_____. S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n.1, 2004.

Enferm. USP. 2006;40(3):321-28. Artigo recebido em 05.10.07. Aprovado para publicação em 31.03.09. Artigo de opinião na Folha de São Paulo desta quinta-feira! 10 anos de atendimento humanizado na saúde. *Revista F@pciência*, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.5, n. 1, p. 1 – 11, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das Práticas do Profissional de Saúde – Contribuições Para Reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1):255-268, 2010.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev. esc. enferm. USP*. 2004;38(2):13-20. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA À SAÚDE: uma reflexão. *Rev. esc. enferm. USP*. 2004; 38(2): 13-20. Artigo de opinião na Folha de São Paulo.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-Am Enf.* 2005; 13(1): 105-11.

HUMANIZAÇÃO: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 60, n. 6, p.721-723, dez., 2007.

MIRSHAWKA V. Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books; 1994.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização das Relações Assistenciais: a formação do profissional de saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo; 2001.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 141-4. PortalHumanizaPsychiatry On-line Brazil (7) Abril 2002: Saúde Mental do Profissional de Saúde Ballone GJ - *Humanização do Atendimento em Saúde* - in. *PsiquWeb*, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, 2005.

MINAYO, M. C. S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. *Revista Ciência da Saúde. QualiSUS - Política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. São Paulo: MS, 2005. 2 v.

MELLO, I. M. Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais, 2008.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio, IBGE, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública: Boletim de Saúde, vol. 18 nº 2/2004; de jul/dez, Humanização. Paulo Antônio Barros Oliveira (Edit) 136 pg.

SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M, PALÁCIOS, M. Bioética: Riscos e Proteção. Organizadores. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz; 2005. 256 pp. ISBN: 85-7108-293-6

SIMÕES A. L. A. *et al.* Humanização na saúde enfoque na atenção primária. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul-set, 2007.

VERSIANI, C. C.; SILVA, K. M.; BRETÃS, T. C. S.; MARQUES, F.; SOUTO, S. G. T.; MAGALHÃES, D. O. L.; RIOS, R. R.; ROCHA, D. S.; TEIXEIRA, L. S.; BATISTA, L. B.; BARBOSA, L. A. B.; Humanização da assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência hospitalar: um desafio. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires - Año 17 - Nº 170 - Julio de 2012. <http://www.efdeportes.com/>