

Complexidades na implementação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde

Complexities on national humanization policy's implementation according with the health professional's perspective

Complejidades en la implementación de la política nacional de humanización bajo la óptica de profesionales de salud

Gisele Massante Peixoto Tracera¹, Aluisio Gomes da Silva Jr², Lúcia Cardoso Mourão³

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar as facilidades e dificuldades de implementação da Política Nacional de Humanização sob a ótica dos profissionais de saúde. Caracteriza-se como um estudo qualitativo que utiliza a teoria da política pública e foi realizado na região Sudeste do Brasil, envolvendo quatro participantes-chave

responsáveis pela implementação dessa política e pela assistência ao usuário. A coleta dos dados deu-se através de entrevistas semi-estruturadas e adequou-se às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde por meio do parecer CAAE: 02470212.2.0000.5243, sendo respeitadas as questões referentes aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Utilizou-se como método a Análise Institucional, preconizada por René Lourau e George Lapassade. Como resultado verificou-se que foi implementada a estrutura prevista em lei, apesar de o conhecimento sobre a PNH ter sido conceituado com dificuldade e incerteza. Algumas questões, como a produtividade em números, foram citadas como situações que dificultam a implementação da política na unidade. Desse modo, concluiu-se que predomina uma gestão centralizada e com pouca participação social, e por esse motivo tornam-se imprescindíveis reuniões periódicas entre os

¹Enfermeira na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Policlínica Piquet Carneiro) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (HESFA). Mestre em Saúde Coletiva ISC/UFF (2014). Email: mtracera@hotmail.com.

²Professor Associado IV do quadro permanente do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF, Líder do Grupo de Estudos de Gestão e Ensino em Saúde- GEGES - ISC-PROPPi-UFF(GP CNPq) e Pesquisador associado do Laboratório de Pesquisas Sobre Práticas de Integralidade em Saúde-LAPPIS-IMS-UERJ (GP CNPq). Email: agsilva@gmail.com.

³Pós-doutorada na Université de Cergy-Pontoise, França, doutorada em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2006), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1993), Especialista em Educação em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (1991) e Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básica de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ (1997); graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense (1985). Email: luciamourao@hotmail.com.

profissionais e gestores para ofertar a identificação de fragilidades, garantir uma gestão transversal, além de buscar atitudes transformadoras.

Descritores: humanização da assistência; gestão em saúde; políticas públicas.

Abstract

The purpose of this study was to identify the complexities of National Humanization Policy (NHP) implementation through the health professional's knowledge about it. It's a study of qualitative approach, which uses the theory of public policy and was executed in the southeast region of Brazil using four key-participants, responsible for the implementation of this policy and for its user. The data collection was proceeded through a half structured assistency, accorded with the requirements of the 466/12 Resolution of National Health's Council by the CPEC assessment 02470212.2.000.5243 and respected the ethical aspects of research with human beings. For the analysis of the data was used the Institutional Analysis, recommended by René Lourau and George Lapassade. As a result, it was found that the structure provided by the law was implemented, despite the fact that knowledge about

Complexidades na implementação da política...

NHP were acquired with adversity and uncertainty. A couple of questions, such as productivity numbers, were mentioned as situations that difficult the policy's implementation in the unit. Thereby, it was concluded that periodical reunions between the unit's professionals and managers are essential, in order to provide the identification of fragilities, ensure a transversal management and search for innovative attitudes.

Descriptors: assistance of humanization; health management; public policies

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar las complejidades de la implementación de la Política Nacional de Humanización bajo la óptica de profesionales de salud. Se caracteriza como un estudio cualitativo que utiliza la teoría de la política pública y fue realizado en la región Sureste de Brasil, involucrando cuatro participantes claves responsables por la implementación de esa política y por la asistencia al usuario. La recolección de los datos se dio a través de entrevistas semi-estructuradas y se adecuó a las normas de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud / CAAE:

02470212.2.0000.5243, respetándose a los aspectos éticos de investigación involucrando seres humanos. Se utilizó como método el Análisis Institucional, preconizada por René Lourau e George Lapassade. Como resultado se verificó que fue implementada la estructura prevista en la ley, aunque era conocido que la conceptualización del PHN se hizo con dificultad e incertidumbre. Algunas cuestiones, como la productividad en números, fueron citadas como situaciones que dificultan la implementación. De esa manera, se concluyó que predomina una gestión centralizada y con poca participación social, y por ese motivo se vuelven imprescindibles reuniones periódicas entre profesionales y gestores para identificar fragilidades, garantizar una gestión transversal, además de buscar actitudes transformadoras.

Descriptor: humanización de la atención; gestión en salud; políticas públicas.

Introdução

O SUS e a política nacional de humanização

Complexidades na implementação da política...

O SUS (Sistema Único de Saúde) criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080 de 1990, foi construído ao longo da história, principalmente para mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população⁽¹⁾. O SUS tornou obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças em dinheiro sob qualquer pretexto. O seu financiamento é feito com recursos arrecadados principalmente através de impostos e contribuições sociais pagos pela população, e organizado e gerido pelas três esferas do poder público.

O processo de descentralização da gestão do sistema de saúde em curso no Brasil coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades

específicas da população, presente em cada localidade brasileira⁽²⁾.

No entanto, a trajetória do SUS nem sempre nos mostra o seu fortalecimento. Quando olhamos para o dia a dia dos serviços de saúde podemos facilmente identificar deficiências desse sistema. As desigualdades no acesso e utilização dos serviços, o atendimento precário, as filas de espera, a superlotação de todas as emergências do país, a falta de recursos e de leitos nas unidades hospitalares, e a demora em conseguir marcar e realizar exames são algumas das evidências da discordância entre o proposto pela estrutura jurídica do SUS e a realidade dos serviços prestados.

Ainda assim, evidenciamos um caráter contraditório, ao analisarmos a realidade do SUS, quando nos deparamos com a possibilidade de cirurgias de alta complexidade (transplantes ósseos, cardíacos, entre outros), acesso a hemodiálise, dispensação de medicamentos para controle de doenças crônicas, entre outros procedimentos oferecidos de forma gratuita, que fazem do SUS um sistema que tem seu valor e precisa ser visto com mais cautela em suas reformulações, pois traz em sua essência o princípio da integralidade da atenção. Em contrapartida, precisando

Complexidades na implementação da política...

formular políticas de humanização que possibilitem a extinção do tratamento fragmentado e centrado em procedimentos biomédicos, que não vislumbram a promoção da saúde.

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Para superar os desafios enfrentados pelo sistema público de saúde brasileiro, faz-se necessária uma nova estrutura de assistência e uma revisão profunda das relações entre os serviços públicos. Desse modo, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político.

A PNH emerge como uma proposta para novos modos de fazer, como um cuidar de si e do outro que prescinde da tutela e do moralismo, que problematiza os imperativos e questiona o lugar de detentor do saber a que os profissionais de saúde tão facilmente se ocupam. Também se propõe uma aposta na criação de sujeitos, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum⁽³⁾.

A finalidade preventiva desta política visa à minimização ou impedimento de ocorrência de problemas sociais graves, e para isso, todos contribuem para seu

financiamento indireto por meio do sistema tributário. Sua finalidade compensatória ou ativa compreende os programas sociais que visam a solucionar problemas gerados pela ineficiência dos sistemas políticos em assegurar a coesão e o equilíbrio social, ou seja, remedia problemas gerados em larga escala por ineficiência de políticas preventivas anteriores, tendo impacto reduzido no contexto porque o fator originário do problema não é alterado. O alcance de suas ações é universalista porque se destina a todos indistintamente e ao mesmo tempo, focalizada, pois os destinatários são definidos pelo nível de necessidades, pobreza ou risco.

Falar de saúde pública ou de saúde coletiva sempre vai envolver personagens que durante anos permaneceram como “receptores” das práticas de saúde, ou seja, os usuários dos serviços de saúde. As políticas públicas se constroem de fato, no plano coletivo onde se garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado.

Com o conceito de saúde coletiva, é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos.

Complexidades na implementação da política...

Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população⁽⁴⁾.

A política de formação da PNH, afinada com seus princípios, enseja a inseparabilidade entre os modos de formar, gerir e cuidar, no mesmo instante em que afirma a força das experiências concretas para a desestabilização de concepções consolidadas que separam as noções de sujeito e objeto, clínica e política, individual e coletivo⁽⁵⁾.

O processo de implementação da política nacional de humanização aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Por isso, ela considera como uma engrenagem de mudanças a comunicação entre esses três atores do SUS, provocando movimentos perturbadores e inquietantes e que podem ser incluídos como a busca de recursos para a produção de saúde.

Toda essa inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, traduz-se em humanizar, onde tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo, mas de forma coletiva e compartilhada, organizando assim, novos modos de cuidar e novas formas de trabalho.

As ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH são as rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos, geradas pela inclusão das diferenças. Para que os processos de trabalho possam ser reinventados, é necessário incluir os trabalhadores na gestão, para que sejam agentes ativos das mudanças nos serviços de saúde, e os usuários com suas redes sócio familiares, representam um grande recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

Ante essa realidade, foi traçado como objetivo analisar as facilidades e dificuldades de implementação da Política Nacional de Humanização em um Hospital de caráter cirúrgico especializado da rede SUS, sob a ótica dos profissionais de saúde do setor de internação, porta de entrada da unidade.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, com utilização de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade da rede SUS, localizada na região Sudeste do Brasil.

Os sujeitos de pesquisa foram profissionais de saúde, de diferentes categorias, que compõem a equipe multiprofissional assistencial do setor

Complexidades na implementação da política...

de internação e que aceitaram participar do estudo. Foram escolhidos os profissionais, tendo em vista serem os responsáveis pela execução dos processos de admissão do paciente, desse modo, destacando-se como principais atores na implementação da PNH.

Os critérios de seleção basearam-se em profissionais atuantes há mais de um ano na unidade.

Todos foram convidados a participar do estudo e foram selecionados e separados por categorias os que aceitaram contribuir com a pesquisa. Após a seleção, foi realizado um sorteio aleatório, a fim de equilibrar o número de profissionais, evitando que categorias que possuíssem um número muito elevado de participantes na pesquisa, pudessem interferir na análise dos dados. Totalizando ao final, apenas quatro profissionais.

A pesquisa foi realizada na UAMPO^{4*}, escolhida por ser uma unidade que participou da implantação da PNH desde o seu projeto-piloto, como colaboradora, além de ser um hospital-escola, desse modo, podendo

4 Este é um nome fictício (Unidade de Assistência Multiprofissional ao Paciente Ortopédico), escolhido com o propósito de preservar a imagem da Organização de saúde participante, localizada na região Sudeste do Brasil.

ser considerada uma instituição que aprimora cada vez mais seus investimentos técnico-científicos, o que garante o seu perfil de hospital humanizado. Levou-se em conta também o fato de ser uma unidade especializada, nesse caso em ortopedia, e de referência nacional pelo Ministério da Saúde, tendo como característica marcante, segundo observação, a compartimentalização do sujeito em especialidades menores (especialistas em quadril, coluna, joelho, entre outros), para que o atendimento seja mais direcionado caso a caso.

Para facilitar o entendimento sobre o contexto de realização da pesquisa, dividimos a metodologia em três tópicos, sendo o primeiro acerca da forma de seleção dos participantes e o perfil dos mesmos, o segundo sobre os instrumentos utilizados para a coleta dos dados e o terceiro sobre a forma de organização e análise do material coletado.

1- Critérios de Elegibilidade dos Atores Sociais

Na definição dessa abordagem, cogitou-se entrevistar os atores sociais responsáveis pela execução dos processos multiprofissionais, que atuam em contato com o paciente já na porta de entrada da UAMPO, o setor de

Complexidades na implementação da política...

internação. A proposta foi analisar em seus discursos as contradições dialéticas da Unidade de Referência estudada e a Política Nacional de Humanização implantada há mais de dez anos.

Na seleção dos atores sociais levou-se em conta o fato de que todos os pacientes que chegam para ser internado passam por uma consulta prévia com um enfermeiro, um ortopedista, um clínico, um farmacêutico, um nutricionista e um técnico em enfermagem responsável pela pré-consulta e direcionamento dos usuários para cada profissional na admissão, garantindo que o paciente passe por todas as etapas necessárias à confirmação de sua higidez para a realização da cirurgia.

Visou-se a heterogeneidade profissional, com o intuito de alcançar uma abordagem ampla das singularidades institucionais.

Com o intuito de não identificar o profissional, a fim de resguardar a imagem dos mesmos, os quatro profissionais receberam os seguintes nomes fictícios^{5**}: Febo, Vulcano, Minerva e Esculápio.

5 Foram utilizados codinomes de Deuses(as) Romanos(as) com o objetivo de garantir a preservação da imagem dos participantes.

Variaram entre homens e mulheres, cada um com formação diferente, ou seja, ninguém pertence à mesma categoria. Quanto à experiência profissional, todos já estavam formados há mais de cinco anos, sendo que dois deles já atuavam na Instituição há 7 anos e dois, há 30 anos.

O estudo adequou-se às Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde por meio do parecer CAAE: 02470212.2.0000.5243, sendo respeitadas as questões referentes aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

2- Instrumentos de Operacionalização

A escolha metodológica precisa articular os pressupostos epistêmicos ao desenho de operacionalização, incluindo nesse contínuo a criatividade reflexiva do investigador. Desse modo, entre julho e novembro de 2013, foram feitas as entrevistas e construído durante todo o período da pesquisa um diário de pesquisa para nos dar subsídio na construção da dissertação⁽⁶⁾.

As entrevistas foram semiestruturadas, individuais e audiogravadas. Sendo semiestruturada, sua condução deu-se por meio de perguntas relacionadas às atividades dos participantes juntamente com a “escuta

Complexidades na implementação da política...

clínica” da pesquisadora. Ressalta-se que a realização das entrevistas acontecia durante a jornada de trabalho do profissional no hospital da pesquisa em questão, durante a pausa em suas atividades, em local propício, isolado de ruídos e que favorecessem a privacidade.

O diário de pesquisa, espécie de caderno de anotações dos fatos ocorridos para notificar dados observados pela pesquisadora, foi um instrumento utilizado no período em que a pesquisadora ainda pertencia à Instituição onde foi realizado o estudo. Nesse material, são escritas todas as informações que não fazem parte da entrevista, sendo caracterizado pelo principal instrumento da técnica da observação⁽⁶⁾.

3- Organização e Análise dos Dados

Os conteúdos das entrevistas foram analisados como situacionais, delimitados pela relação de pesquisa entre a pesquisadora e os protagonistas, inscrito no cenário do setor de internação da UAMPO. Procurou-se deixar os participantes o mais à vontade possível no curso da coleta, respeitando a disponibilidade de dia e horário de cada um.

Para o tratamento qualitativo das informações, baseou-se nos conceitos de instituição, instituinte, instituído e na análise da implicação, concebidos pela Análise Institucional Francesa, de cunho sócio analítico, preconizada por René Lourau e Georges Lapassade. Para esses autores a análise do cotidiano da implantação das políticas sociais, no espaço micropolítico, têm o poder de emancipação dos sujeitos no cotidiano de suas práticas.

Nesse contexto, realizou-se uma leitura aprofundada das narrativas contidas na transcrição das entrevistas dos profissionais, seguida da identificação do conhecimento e das vivências singulares. Posteriormente, elaborou-se uma síntese interpretativa, ancorada no confronto dos pontos de vista e das expressões dos autores sobre aquelas produzidas pelos profissionais com vistas a proporcionar maior visibilidade aos aspectos da PNH.

Ressalta-se que compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções, de modo que a estrutura geral dessa forma de abordagem atinge sua concreção na compreensão histórica, na medida em que se tornam operantes as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu

Complexidades na implementação da política...

futuro. Todavia, compreender significa também sempre estar exposto a erros e a antecipações de juízos⁽⁷⁾.

Resultados e discussão

A Análise Institucional (AI) possibilita desenvolver análises em diversas realidades organizacionais, o que justifica a opção teórico-metodológica desta pesquisa que analisa a interatividade na UAMPO. A nossa intenção aqui é considerar a relação entre os sujeitos e a instituição.

A AI é responsável por evidenciar a instituição como uma entidade discursiva e ideológica, diferenciando-a da materialidade organizacional. Instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história ou tempo. Elas estão sempre em movimento, mesmo que não tenhamos essa impressão⁽⁸⁾.

Por esse motivo, esse caminho proposto pela análise institucional nos permite aprofundar a relação que os homens mantêm com as instituições.

O grande momento inicial do processo constante de produção, de criação de instituições, tem um produto, geram um resultado, e este é o instituído. O instituído é o efeito da atividade instituinte. O instituinte

aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado⁽⁹⁾.

Para apresentar os resultados, dividimos os dados desta análise em quatro partes que evidenciaram as dificuldades de implementação da PNH na UAMPO. Essas partes versaram sobre o conhecimento, a visão, as dificuldades e os mecanismos sugeridos pelos profissionais para a prática da humanização.

O conhecimento dos profissionais sobre a PNH

Os autores das narrativas apresentaram diferentes concepções sobre a PNH. De um modo geral, houve dificuldade de conceituação, mediante definições vagas, desconexas e associadas ao senso comum, assim como tiveram profissionais que enaltecem as melhorias vinculadas ao surgimento da política. Os sentidos atribuídos à humanização são verificados por meio da utilização da polissemia do termo presente nas diferentes interpretações apresentadas pelos trabalhadores no campo da produção de saúde⁽¹⁰⁾.

O conceito conferido pelos entrevistados, para a PNH apresentou-se não satisfatório, pois todos referiram não saber sobre a política. Essa informação ratifica o estudo de Garcia

Complexidades na implementação da política...

et al⁽¹¹⁾, o qual obteve como implicação grande desconhecimento sobre a PNH e que os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) não estavam sendo ativos no processo de humanização da assistência.

Há dificuldade em expressar o conhecimento sobre a PNH, assumindo em todos os casos, a falta de informação suficiente para apreender alguns questionamentos sobre o significado de humanização, obtendo como respostas novos questionamentos:

“O que você chama de humanização?” (informação verbal)⁶¹

“Humanização de uma forma geral? Seria atender ou, pelo menos, tentar atender às necessidades... Respeito.” (informação verbal)⁷²

“Eu acho boa, porque ela traça aquelas diretrizes de acesso universal à todos, direitos sociais, então isso vem ao encontro da disciplina pro sistema.” (informação verbal)⁸³

6 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com o profissional Vulcano.

7 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com a profissional Minerva.

8 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com a profissional Febo.

“Ah, Política de Humanização é o bem estar do paciente.” (informação verbal)⁹⁴

A visão dos profissionais de saúde que atuam na implementação da PNH

Falar sobre humanização com profissionais de saúde, é como “tocar numa ferida aberta” que não existe tratamento. Em alguns momentos eles reagem de forma irônica, em outros com a fala triste.

A principal meta da humanização hospitalar é a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, uma vez que a pessoa humana deve ser apreciada em primeiro lugar, pois a dignidade da pessoa, a liberdade e bem-estar são fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional da saúde⁽¹²⁾.

Quando perguntados sobre o que é humanização, no ponto de vista de cada um deles, a resposta é unânime: ‘Humanização é tratar bem o outro’. Mas será que a proposta da PNH seria só essa?

Não conseguimos fazer com que eles falassem sobre a Política, mas quando perguntados de uma forma geral

Complexidades na implementação da política...

sobre humanização, eles falavam sobre suas facilidades e dificuldades na relação com o outro (profissional, gestor ou usuário) sempre com uma angústia por não conseguirem fazer com que as coisas fossem diferentes. Alguns, com certo tom de desprezo.

Reforça-se a tese da comunicação entre profissionais e pacientes ou familiares, tendo em vista o valor desse fator na relação entre eles. Escutar com atenção ao outro e respeitar o próximo significa reverenciar o ser humano, de forma que a autêntica escuta exige calma, atenção e interesse. O profissional de saúde que quiser criar com o paciente uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige empatia⁽¹³⁾.

[...] Se você tem um hospital com um volume grande (de atendimento), acabou a humanização, ponto. Se você me pergunta se aqui dentro é humanizado em termos de um bom relacionamento, de uma aceitação dos pacientes, de uma compreensão... Não, não é! Quando existe o volume, a relação médico-paciente cai. Quando existe a concentração da especialização num hospital só, a relação médico-paciente cai. Então, se você coloca um hospital (...) com a incumbência de produzir mil cirurgias, você podia ter dez hospitais produzindo cem. Então você vai ter muito mais qualidade de atendimento com dez produzindo cem do que com um produzindo mil. O gasto distribuído é o mesmo. Você não vai policiar mil pessoas e você vai gerenciar isso melhor. Mas a coisa atualmente é assim... A qualidade

9 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com a profissional Esculápio.

está zerando [...]. (informação verbal)¹⁰¹

A consolidação do cuidado humanizado só é praticável quando se deixa de realizar procedimentos centrados no usuário, passando a desenvolvê-los para e com o usuário, visualizando-o como sujeito ímpar na promoção da saúde⁽¹⁴⁾.

De fato, a prática de humanização no local é possível, mesmo que o fator das condições físicas da unidade e recursos seja desfavorável⁽¹⁵⁾. Durante a pesquisa, alguns profissionais afirmaram que todas as dificuldades enfrentadas por eles não impediram que eles constituíssem formas alternativas para amenizar o sofrimento dos pacientes, de forma que essa questão é facilitada quando os familiares são envolvidos no processo.

[...] Eu acho que o princípio da transdisciplinaridade, é um princípio bom que tende à humanização. Tendo vários profissionais unidos pra um mesmo fim, isso é bom. Pra esse ambiente de tratar com calor humano as pessoas, receber bem as pessoas, isso é simples [...]. (informação verbal)¹¹¹

10 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com a profissional Vulcano.

11 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com o profissional Febo.

Situações que dificultam a prática da humanização

Algumas situações foram relatadas pelos profissionais por apresentarem dificuldades em aplicar ações voltadas à humanização, como a demora no processo de internação e o excesso de burocracia. Os fatores estressantes, como estruturas que dificultam o atendimento, o acolhimento, o vínculo que deve se desenvolver entre o profissional de saúde e o paciente – além da sobrecarga, proporciona ao profissional o sentimento de culpa por não atender as necessidades do paciente⁽¹⁶⁾. Ilustrando esse achado, destaca-se o depoimento que segue:

[...] O hospital nem sempre consegue que os pacientes que estão de alta saiam, deixem a unidade hospitalar dentro de um horário adequado e aí prende o leito. Aí a gente às vezes até tem as consultas dos profissionais agilizada mas esbarrando sempre nessa limitação de leitos, e aí o paciente acaba esperando mais tempo, né? Às vezes até existe um empenho da equipe em estar liberando esse paciente pra ser internado, vamos dizer assim, mas esbarra nesse entrave burocrático, sei lá, do paciente não ter um leito disponível [...]. (informação verbal)¹²²

Deparamo-nos com o desinteresse e o desmerecimento

12 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com a profissional Minerva.

profissional quanto aos aspectos de equipe multiprofissional e qualidade no atendimento ao usuário. Aspectos que se traduziram também no propósito de promover um cuidado centrado na doença e não no sujeito, desrespeitando o princípio de que o usuário dos serviços de saúde deve ser visto como um todo.

Mecanismos sugeridos para a prática da humanização

A gestão transversalizada requer a disponibilidade de espaço para a discussão e apresentação de conjecturas por todos os atores envolvidos nas ações, podendo incluir os usuários dos serviços de saúde, que efetivamente se considere para a tomada de decisão, gestão e implementação de ações nos serviços de saúde as demandas, anseios e percepções de todos os envolvidos nas rotinas destes⁽¹³⁾.

A interação entre as várias disciplinas ou setores heterogêneos conduziu a um enriquecimento mútuo e a uma convergência de esforços na abordagem de problemas dos setores da saúde⁽¹⁷⁾.

Enfatiza-se que para humanizar o serviço, devem-se desenvolver estratégias periodicamente voltadas à humanização para os profissionais com foco neles mesmos, nos usuários e/ou

Complexidades na implementação da política...

familiares, mediante palestras e encontros grupais no sentido de estar buscando resgatar os princípios da humanização, assim como sensibilizá-los.

“Uma reunião entre os profissionais seria legal. Pelo menos um de cada categoria, um médico, um psicólogo, um fisioterapeuta, [...] todos nessa reunião.” (informação verbal)¹³¹

As equipes de saúde exploram pouco os espaços relacionais com os usuários como espaço terapêutico e pouco conhecem sobre outras tecnologias que ofereçam apoio psicológico, vivências alternativas e ações que desloquem o eixo terapêutico da correção de “disfuncionalidades” biomecânicas para o fortalecimento da autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia e da vida saudável⁽¹⁸⁾.

No campo social, a relação entre os sujeitos não se mostra com o estabelecimento de vínculo, ora entre profissionais, ora com os usuários, ainda que haja uma forma de afeto que se manifesta no desejo de continuidade e manutenção do laço.

13 Entrevista realizada na UAMPO em 2013, com o profissional Esculápio.

Conclusão

A proposta de realizar a análise da implementação da PNH sob a ótica dos profissionais veio por um desejo de investigar a relação entre os sujeitos que interagem, ou não, no ambiente de trabalho, tendo como ponto de apoio a implementação de uma política pública que traz em sua essência a coletividade na assistência, ou seja, a troca de experiências, profissionais-usuários-gestores. Resultado de um afetamento que se traduziu por um sentimento de inquietude ao observar que o serviço de internação, porta de entrada da unidade de saúde, estava sendo utilizado como mais um instrumento de produzir consultas em quantidade, para o cumprimento de metas.

Levando em consideração o citado anteriormente, o estudo revelou que há situações que dificultam a implementação da humanização na unidade, como problemas relacionados a ambiência, tempo de espera e espaço físico, assim como àqueles relacionados ao trabalhador, como quantidade excessiva de atribuições, cansaço e mecanização do trabalho. Tais questões são inquietações que confirmam o que a PNH busca resolver, mediante estruturas criadas nas próprias instituições. Assim, para que o profissional possa cumprir com suas

Complexidades na implementação da política...

obrigações de atender os pacientes de forma humanizada, deverão ter sido ofertadas condições de trabalho satisfatórias.

Ressalta-se que reuniões recorrentes entre os profissionais que trabalham na unidade e gestores oportuniza aos mesmos identificar as fragilidades que implicam o início de um processo de mudança, visto que a ciência de situações incompatíveis com a promoção da saúde, promove a contemplação e busca de melhorias e, por consequência, atitudes transformadoras.

Nesse território então, a Política Nacional de Humanização continuará tentando se firmar, em busca da atenção, seja especializada ou não, centrada no usuário e apoiada em profissionais e gestores comprometidos com o serviço público, visando a integração e a qualidade plena. O aumento de lentes de observação desses espaços coletivos foi o objetivo desse artigo, visando a colaboração muito mais ligada a um dever do que a um permanecer, muito mais proposta a estimular do que a pontuar, envolvendo assim os diferentes atores que fazem parte da equipe que trabalha na unidade a ser um componente necessário ao alcance do objetivo.

Referências bibliográficas

1. Portal da saúde [internet]. Brasil; 2008 – [citado em 2013 fev 25]. Disponível em http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/sus/sus_oquee.htm
2. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa e cogestão. Brasília (Distrito Federal): O Ministério; 2009.
3. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Atenção hospitalar. Brasília (Distrito Federal): O Ministério; 2011.
4. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface [internet]. 2005 [citado em 2012 fev 2]; 9(17). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>
5. Mello VC de, Bottega CG. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu) [Internet] 2009 [citado 2012 ago 18]; 13 (Suppl 1): 739-745. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500025
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2010.
7. Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
8. Lourau R. A análise institucional, Petrópolis: Vozes; 1975.
9. Barembliitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – Teoria e Prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari; 2002.
10. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2010 Mar [citado 2012 ago 29]; 15(2): 471-480. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200024.
11. Garcia AV, Argenta CE, Sanchez KR, São Thiago ML de. et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis [Internet]. 2010 [citado 2012 ago 18]; 20(3): 811-834. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300007.
12. Mota RA, Martins CGM, Veras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Maringá: Psicologia Infantil; 2006.
13. Goulart BNG de, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2010 Jan [citado 2012 jul 13]; 15 (1): 255-268. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031.
14. Barros SDOL, Queiroz JC, Melo RM. Cuidando e Humanizando: entraves que dificultam essa prática. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2010 out/dez [citado 2012 fev 02]; 18 (4): 598-603.

Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>.

15. Duarte MLC, Noro, A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2010 Dez [citado 2012 jul 29]; 31 (4): 685-692. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400011.
16. Gomes ILV, Câmara NAC, Lélis GMD, Grangeiro GFC, Jorge MSB. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. Trab. Educ. Saúde [Internet]. 2011 Jun [Citado 2012 jul 14]; 9 (1): 125-135. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100009.
17. Mourão LC, Martins R de C, Vieira CM, Rossin E, L'abbate S. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. Educ. Soc. [Internet]. 2007 Abr [Citado 2013 mai 12]; 28 (98): 181-210. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/873/87313707010.pdf>
18. Silva Jr AG da, Merhy EE, Carvalho LCde. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003. 89-112.

Recebido: 27.05.2016

Revisado: 25.07.2016

Aprovado: 24.10.2016