

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**O TRABALHO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
INTERAÇÃO QUE FAVORECE O CUIDADO CULTURAL**

**Luis Paulo Squinelato Soares
Sueli Donizete Dal Poz**

ASSIS/2009

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**O TRABALHO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
INTERAÇÃO QUE FAVORECE O CUIDADO CULTURAL**

**Luis Paulo Squinelato Soares
Sueli Donizete Dal Poz**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Municipal de
Ensino Superior de Assis para
obtenção do título de bacharel em
ENFERMAGEM sob a orientação da
Prof. Dra. Elizete Mello da Silva.**

**ASSIS
novembro/2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

SOARES, Luis Paulo Squinelato; DAL POZ, Sueli Donizete

O Trabalho Humanizado na Assistência de Enfermagem:
Interação que Favorece o Cuidado Cultural / Luis Paulo Squinelato
Soares, Sueli Donizete Dal Poz. Fundação Educacional do Município de
Assis – FEMA : Assis, 2009
85p.

Orientadora: Profa. Dra. Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto
Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Humanização. 2. Assistência de Enfermagem. 3. Paciente.

CDD: 610
Biblioteca da FEMA

BANCA EXAMINADORA

APROVADA EM: 28/11/2009

Profa. Dra. Annecy Tojeiro Giordani

1ª Examinadora

Profa. Rita de Cássia Cassiano Lopes

2ª Examinadora

Profa. Dra. Elizete Mello da Silva

Orientadora

DEDICATÓRIA

A Deus, nosso bom e melhor amigo, por ser a razão de nossa existência e por nos ter dado a vida e o dom de cuidar de pessoas.

Meus pais Maria Helena e Nivaldo exemplos de vida e sabedoria que sempre me apoiaram e me ensinaram o caminho da verdade, da justiça e do amor.

Aos meus avós a quem devo chamar de companheiros e incentivadores AMO VOCÊS.

Luis Paulo Squinelato Soares

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus ser único, verdadeiro e onipotente e por me dar à vida e a força de galgar aos meus sonhos e torná-los em realidade peço que me abençoe sempre para continuar a esta jornada que é a Enfermagem, essência de cuidado do ser humano que a qual faço parte.

Ao meu esposo PAULO, meus dois filhos PAULO LUIS e LUIS PAULO DAL POZ, e minha nora JULIANA e aos meus primeiros netos ARTUR, MARIA FERNANDA e aos outros que virão. Porque muitas das vezes sentiram minha ausência.

Sueli Donizete Dal Poz

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus Professores que com tanto carinho devo tratá-los como Mestres por se empenharem em construir uma enfermagem embasada em princípios científicos, em especial devo agradecer à Profa. Dra. Annecy e Profa. Dra. Elizete que sempre tiveram presentes em toda minha caminhada durante a graduação, e ao Prof. de estágio Salviano que com seu jeito simples de ensinar nos mostrou o verdadeiro sentido de cuidar em Enfermagem.

Aos meus colegas de sala, aquelas pessoas guerreiras com quem sempre aprendemos cada vez mais, a vocês desejo toda a sorte do mundo, e tenho a certeza que nos encontraremos por aí, quem sabe por algum corredor de hospital trabalhando como Enfermeiros.

A todos vocês o meu muito obrigado e que Deus esteja sempre nos nossos corações e deixo vocês com uma frase de Mário Quintana “*Se me esqueceres, só uma coisa, esquece-me bem devagarinho*”.

Luiz Paulo Squinelato Soares

AGRADECIMENTOS

Aos alunos da 1ª turma de Enfermagem/FEMA, meus amigos de trabalho do Hospital Regional de Assis, meus irmãos Roseli e Manuel Eduardo e minha sogra e familiares.

E em especial minha mãe e protetora Isabel de Oliveira.

Agradeço aos meus mestres: Vinicius, Luciano Gatti, Luciana, Lucinéia, Joseli, Tereza Cristina, João Neto, Vanessa, Renata, Rita, Isabel, Paula, Mariana, Claudia, Salviano, Claudinei, Rosangela, Fernanda, Fernando Brito, Daniella Soares e em especial as Profa Dra. Annecy Tojeiro Giordani, Elizete Mello da Silva e Ivana Semeghini que sempre tiveram atenção especial por mim e acreditaram que eu, seria capaz de vencer e representá-las em qualquer lugar em que eu esteja dentro desta profissão enquanto enfermeira. Amigas para Sempre, Deus a Abençoe.

Sueli Donizete Dal Poz

“Há os que se queixam do vento. Os que esperam que ele mude. E os que procuram ajustar as velas.”

William G. Ward

RESUMO

Esta pesquisa abordou a importância do trabalho humanizado prestado pela equipe de enfermagem através da assistência aos pacientes em unidades de saúde.

Em seguida, analisamos a humanização da Assistência Hospitalar, pois humanizar em saúde é resgatar a importância dos aspectos emocionais, de respeito ao próximo, do acolhimento e dos reconhecimentos dos limites do próximo.

Assim, destacamos a importância de um trabalho humanizado na assistência hospitalar buscando sempre uma melhor qualidade de serviço onde temos a Sistematização da Assistência de Enfermagem, pois ele é um método em que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos científicos e humanos na assistência ao paciente.

Palavras Chaves: Assistência de Enfermagem, Humanização, Paciente e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This research focuses on the importance of humanizing work provided by the nursing staff by providing assistance to patients in health units.

Next, we analyze the humanization of Hospital Care, for humanizing health is to recover the importance of the emotional aspects of respect for others, care and recognition of the limits of others.

Thus, we emphasized the importance of humane work in hospital care always looking for a better quality of service where we have the Systematization of Nursing Care as it is a method in which the nurse has to apply its scientific expertise and human resources in patient care .

Keywords: Nursing Care, Humanization, and Patient Care System Nursing.

RESUMEN

Esta investigación se centra en la importancia de la humanización del trabajo realizado por el personal de enfermería, prestando asistencia a los pacientes en las unidades de salud.

A continuación, analizamos la humanización de la atención hospitalaria, para humanizar la salud es recuperar la importancia de los aspectos emocionales de respeto por los demás, la atención y el reconocimiento de los límites de los demás.

Así, destacó la importancia del trabajo humano en el hospital de siempre en busca de una mejor calidad de servicio donde tenemos la Sistematización de los cuidados de enfermería ya que es un método en el que la enfermera tiene que aplicar sus conocimientos científicos y recursos humanos en la atención al paciente .

Palabras clave: Cuidados de Enfermería, de humanización y de Atención al Paciente del Sistema de Enfermería.

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
RESUMEN	12
 INTRODUÇÃO	 15
 CAPÍTULO 1	 18
1. Reconstituição Histórica das Práticas de Enfermagem	19
1.1. Desenvolvimento das Práticas de Saúde Durante os Períodos Históricos	21
1.2. O Processo Histórico das Práticas do Cuidar	24
1.3. O Profissional da Saúde é o Lugar do Cuidar	25
1.4. Os Significados do Cuidar	27
1.5. Florence Nightingale	30
1.6. A Enfermagem como Profissão	33
 CAPÍTULO 2	 35
2. Humanização	36
2.1. Importância da Humanização das Entidades de Saúde	37
2.2. Assistência Humanizada	38
2.3. Humanização e Ética	40
2.4. Humanização como Política Pública para a Atenção e Gestão no SUS	41
2.5. Humanização e Gestão Participativa	43
 CAPÍTULO 3.....	 44
3. Assistência de Enfermagem.....	45
3.1. Histórico e Exame Físico.....	46
3.1.1. – Histórico.....	46
3.1.2. - Exame Físico.....	48
3.2. Diagnóstico de Enfermagem.....	50
3.2.1. Componentes Estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem.....	51
3.2.1.1. Título.....	51

	14
3.2.1.2. Definição	52
3.2.1.3. Fatores de Relacionados	53
3.2.1.4. Características Definidoras	53
3.2.1.5. Fatores de Risco	53
3.2.2. Tipos de Diagnósticos de Enfermagem	54
3.2.2.1. Diagnóstico de enfermagem real	54
3.2.2.2. Diagnóstico de enfermagem de promoção de saúde	54
3.2.2.3. Diagnóstico de enfermagem de risco	54
3.2.2.4. Diagnóstico de enfermagem de bem-estar	55
3.3. Planejamento	55
3.4. Implementação	57
3.5. Avaliação	59
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXO	64
Manual do Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar	

Introdução

A constituição de um atendimento tem como base princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário dentre outros. Na possibilidade de resgate do humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir à intenção e a relevância de humanizar o fazer em saúde.

Buscar formas efetivas para humanizar essa prática, permite compreender à temática além dos seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo as dimensões políticas filosóficas e sociais que lhe imprimem um sentido.

Esta pesquisa apontou a importância do trabalho humanizado prestado pela equipe de Enfermagem através da assistência aos pacientes em unidades de saúde.

A assistência de Enfermagem tem seu início com Florence Nightingale. Responsável pela profissionalização de enfermeiros, ela buscou a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica.

Neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

Com os avanços científicos, tecnológicos e a modernização de procedimentos, vinculados à necessidade de se estabelecer controle, a equipe de enfermagem direcionou-se cada vez mais aos encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso à necessidade de resgatar os valores humanísticos da Assistência de Enfermagem.

Desde então diversos conceitos e teorias estão sendo desenvolvidos com a finalidade de prestar a assistência a partir do planejamento de ações, determinação e gerenciamento do cuidado. A partir de então se tem o registro de tudo o que foi planejado e executado, realizando-se assim o processo de enfermagem para conhecimento a partir da prática.

Na década de 70, Wanda de Aguiar Horta passou a visar em seus estudos, o bem estar do paciente e o ciclo para sua recuperação, desenvolvendo diversas análises das formas de cuidados no tratamento de pessoas adoentadas. Para a pesquisadora, o Processo de Enfermagem caracterizava-se pela dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência do ser humano. É

nesse momento, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas torna-se o foco da assistência ao ser humano, tornando-o sujeito dessa assistência pelo ensino do autocuidado, manutenção e promovendo de sua saúde a intervenção da equipe de saúde.

Sobre a Enfermagem, HORTA (1979, p. 270) considera:

uma ciência aplicada, saindo hoje da fase empírica para científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente. Em trinta anos de vida profissional temos acumulado observações, aprendido, estudado, refletido, enfim, temos vivido a enfermagem, isto nos levou a procurar desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico, sua metodologia científica.

A respeito do Processo de Enfermagem “é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe de Enfermagem, já que técnicos e auxiliares desempenham suas funções a partir das prescrições do enfermeiro”. (MURTA, 2008, p. 275)

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional. Trata-se de um método de trabalho capaz de proporcionar assistência individualizada e de qualidade ao paciente com embasamento científico, e através do planejamento individualizado das ações de Enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro de modo a permite a continuidade e a integralidade do cuidado humanizado.

Em relação ao conceito de Humanização OLIVEIRA (2006, p.104), considera que essa:

caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Humanizar é saber respeitar e reconhecer os limites e fraquezas dos pacientes, já que a enfermagem é quem atua diretamente e indiretamente na

prestação de cuidados ao ser humano além de resgatar a importância dos aspectos emocionais, de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites, assim, humanizar em saúde é resgatar o respeito a vida humana, levando em conta as diferenças de cada um.

O cuidado humano não é a rejeição aos aspectos técnicos ou tão pouco aos científicos, o que se pretende ao mostrar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compões o lado artístico além do aspecto moral. (WALDOW 2006, p.62)

Também é de parecer de WALDOW (2006, p. 113), considera que cuidar é:

O processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo entre cuidadora e ser cuidado em que a primeira tem um papel ativo, pois desenvolve ações acompanhadas de comportamento de cuidar. Já o segundo, ser cuidado tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode tornar-se dependente, temporariamente, mudando para um papel menos passivo, e contribuir no cuidado, e ser responsável pelo próprio cuidado.

Saber cuidar do próximo e de si mesmo é um ato humano e nesse sentido a SAE vem para ocasionar uma melhoria no atendimento dos pacientes e satisfação para a equipe de Enfermagem.

O objetivo deste trabalho foi justamente demonstrar que a assistência de enfermagem pode consistir em uma prática de cuidados humanizados na saúde. Neste percurso de pesquisa analisamos uma série de fontes que foram desde bibliografias especializadas e artigos publicados em revistas acadêmicas na área da saúde e especialmente os textos permitam discutir o papel do cuidado humanizado na Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Assim, a pesquisa de referência e o debate bibliográfico deram sustentação ao trabalho científico proposto de modo que após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploratória do material encontrado, o que possibilitou uma visão global do material, considerando o de interesse ou não à pesquisa. Durante o processo de análise e de síntese integrativa do material selecionado, foi fundamental estabelecer uma relação de entendimento aberto com o texto, permitindo com isso o diálogo pesquisador-texto-contexto.

Capítulo 1

*Poucos terão a grandeza de moldar a própria história,
mas cada um de nós pode lutar para mudar uma parcela dos eventos.
São os inumeráveis atos de coragem que dão forma à história humana.*
Autor desconhecido

1. Reconstituição Histórica das Práticas de Enfermagem

A Enfermagem por ser uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção das enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

A história da enfermagem deve despertar no enfermeiro melhor conhecimento sobre a origem de sua profissão e sobre a trajetória que ela percorreu para chegar até o estágio em que se encontra maior compreensão dos deveres que se lhe impõe e mais entusiasmo pelo seu ideal.

A respeito sobre a história da enfermagem, MURTA (2008, p. 325) considera que:

Enquanto profissionais que acreditam no propósito de sua missão, ao estudar História somos norteados pelo verdadeiro ideal da profissão. Desenvolvida através dos séculos, a enfermagem confunde-se com a evolução da própria civilização, o que enriquece ainda mais os fatos. Conhecer a história da Enfermagem como parte da formação do enfermeiro fortalece nosso próprio espírito profissional. Ter ciência x saber construído pelos nossos antecessores, e saber os desafios enfrentados durante o processo de evolução da nossa profissão, nos faz respeitar o passado, confiar no presente e desafiar o futuro.

Conhecer sobre a própria história da profissão que escolhemos é estudar e saber respeitar os nossos antepassados que lutaram para tornar nossa profissão o que é hoje. E reconhecer que estamos aqui por um propósito, onde somos norteados pelo verdadeiro ideal da profissão, pois nos deve despertar um melhor conhecimento sobre a origem de nossa profissão, que mesmo passando por muitas dificuldades, somos capazes de lutar por nossas próprias conquistas, “estudando grandes nomes, vemos que somente com a valorização do estudo, da pesquisa e do exercício ético da enfermagem é possível fazer nossa própria história.” (MURTA, 2008, p. 326)

Nas civilizações antigas, as práticas médicas incluíam muitas atividades que hoje são realizadas pela enfermagem. Grande parte delas era desempenhada pelo próprio médico ou pela pessoa que ocupava tal função. Em outras civilizações, como

na China e a na Grécia, essas atribuições eram dadas aos homens que não permitiam o acesso das mulheres a determinadas atribuições.

Em várias civilizações, as mulheres eram responsáveis pelos partos, assemelhando-se as parteiras, como no Egito, Babilônia, Palestina, Índia, Grécia, Roma.

Além das atividades de conforto, de limpeza de feridas e de administração de porções, as pessoas que tinham a função de cuidar tinham que demonstrar humildade, paciência, docilidade e obediência.

As diaconisas, as viúvas, e as virgens ficaram conhecidas pelas atividades cristãs no fornecimento de alimento, abrigo, dinheiro, vestuário, bem como na prestação de cuidados aos doentes. Quando estas não eram religiosas, deveriam fazer votos de castidade, dedicando-se assim plenamente as obras beneficentes de cuidado ao corpo e ao espírito dos necessitados. Algumas delas, de origem nobre utilizaram seus próprios castelos ou fundaram instituições para abrigar necessitados e doentes. Nessa época, o objetivo maior era fornecer abrigo e conforto, não havendo uma preocupação com a cura de enfermidades.

Durante o período das Cruzadas, foram criadas varias ordens, além de religiosas eram ordens militares e de enfermagem. Também foram criados vários hospitais, para prestar cuidados aos guerreiros, viajantes e doentes. Algumas destas ordens continuaram de forma diferente originando mais tarde a Cruz Vermelha e a Cruz de Malta.

Durante a Idade Média as mulheres continuaram com a responsabilidade de ajudar no trabalho de parto. No século XVI, uma escola para parteiras foi aberta em Paris.

O período compreendido entre 1550 e 1850, conhecido na enfermagem, como período negro, os monges e religiosas católicas foram expulsos dos hospitais.

No século XIX, na Alemanha, inicia-se o primeiro movimento para recuperar a enfermagem. No Instituto de Kaiserswerth, sob a liderança do pastor Fliedner e de sua esposa, as diaconisas recebiam treinamento sobre atividades de enfermagem e prestavam serviços sem pagamento já que trabalhavam para cristãos. O programa de estudo tinha a duração de três anos e incluía a prática de enfermagem.

1.1.Desenvolvimento das Praticas de Saúde Durante os Períodos Históricos

Segundo a literatura podemos considerar algumas subdivisões dos períodos relacionados com a mudança das práticas de saúde como sendo:

Práticas de saúde instintivas: que se caracterizam pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos. Neste período as práticas de saúde, propriamente ditas, num primeiro estágio da civilização, consistiam em ações que garantiam ao homem a manutenção de sua sobrevivência, estando na sua origem, associada ao trabalho feminino. Com o evoluir dos tempos, o homem começou a obter conhecimento dos meios de cura e aliou-os ao misticismo. Observa-se neste período que a Enfermagem está em sua natureza intimamente relacionada ao cuidar das sociedades primitivas. (GEOVANINI et al, 2005, p.7)

Práticas de saúde mágico sacerdotais: período corresponde à fase de empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Essa prática permanece por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a principio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Mais tarde, desenvolveriam escolas específicas para o ensino da arte de curar no Sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa. Nessas escolas pré hipocráticas, eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas que, por muito tempo, marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde.

O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam estreitas relações com seus mestres, formando as famílias que serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas. Quanto à Enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes. (GEOVANINI et al, 2005, p. 7-10)

Práticas de saúde no alvorecer da Ciência: estão relacionadas a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência, até

então os conhecimentos baseavam-se nas relações de causa e efeito. Inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã.

Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis. Este período é considerado pela medicina como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates.

Hipócrates propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. (GEOVANINI et al, 2005, p. 10 - 12)

Práticas de saúde monástico medievais: ocorridas numa época corresponde ao aparecimento da Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como característica inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão a Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio. (GEOVANINI et al, 2005, p. 12 - 15)

Práticas de saúde pós-monásticas: cuja época evidencia a evolução das práticas de saúde e em especial, da prática de enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, os progressos sociais e intelectuais da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem.

Limitada aos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo a desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição. O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos. Sob a exploração deliberada, o serviço doméstico, sofre uma queda nos padrões morais que o sustentava, tornando-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permanece por muito tempo e apenas no limiar da Revolução Capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais. (GEOVANINI et al, 2005, p. 15 - 20)

Práticas de saúde no mundo moderno: neste período as práticas de saúde e, em especial, a de Enfermagem, sob a ótica do sistema político econômico da sociedade capitalista. Ressalta o surgimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da Enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX. (GEOVANINI et al, 2005, p. 20 - 22)

A Reorganização Hospitalar e o surgimento da Enfermagem Moderna: correspondem à reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico, como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submerso, até então.

A disciplinarização hospitalar é garantida nesta fase pelo controle sobre o desenvolvimento das ações, pela distribuição espacial dos indivíduos no interior do hospital e pela vigilância perpétua e constante destes. E para assegurar o exercício do poder institucional, será utilizado um esquema administrativo composto por um conjunto de técnicas, pelas quais o sistema de poder irá alcançar seus objetivos.

É assim que a teoria clássica administrativa vem ajustar-se ao processo de reorganização do novo hospital, normatizando-o segundo os princípios da unidade de controle, da divisão e da especialização do trabalho, princípios estes totalmente centrados na analogia do homem aos fatores mecânicos de produção.

Logo que ocorre a institucionalização da Enfermagem, as ações burocráticas que favorecem este estado de coisas farão parte da prática administrativa do enfermeiro, e este se verá envolvido com um incalculável número de instrumentos normativos e regimentais que o afastarão progressivamente da assistência direta do doente.

A evolução crescente dos hospitais não melhorou, entretanto, suas condições de salubridade, esta foi uma época em que esteve sob as piores condições, devida principalmente a predominância de doenças infecta contagiosas e à falta de pessoas despreparadas para cuidar dos doentes.

É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale (1820 – 1910) é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra, para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (1854 – 1856) e que, por falta de cuidados, morriam em grande número nos hospitais militares.

Fazendo parte da elite econômica e social e amparada pelo poder político, Florence foi à percussora desta nova Enfermagem que, como a medicina, se encontrava vinculada à política e a ideologia da sociedade capitalista.

O padrão moral e intelectual das mulheres que partiram com Florence para este tipo de atividade era submetido a exame criterioso. Elas deveriam ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina. (GEOVANINI et al, 2005, p. 23 -28)

1.2. O Processo Histórico das Práticas do Cuidar

Durante a sua trajetória, a enfermagem tem sido associada ao termo cuidado e, no Brasil, ao termo assistir.

O assistir parece ter se originado das traduções dos livros textos importados da América do Norte. O termo *to assist* passou a ser traduzido e introduzido na enfermagem brasileira sob a conotação de assistir. Em inglês o termo significa ajudar. Em português, assistir também inclui ajudar, porém o termo adotou significado mais forte de estar presente, socorrer, ou seja, estar por perto de alguém que necessite ajuda.

Inicialmente, após Cristo, o cuidado caracterizou-se por seu sentido religioso de prestar ajuda, caridade e de oferecer apoio espiritual. Mesmo na antiguidade o cuidar estava ligado ao misticismo, em função das diversas crenças relacionadas à natureza.

Nos séculos XII e XIII, ressurgiu o interesse material, e o cuidado foi então prestado para alívio de sofrimento.

Com o advento do capitalismo, o corpo passou a ser fonte de lucro, tanto por parte de quem cuidava como por parte de quem era cuidado, passando a ser considerado como força de trabalho.

A enfermagem no Brasil, bem como em outros países, passou a ser desvalorizada, atendendo a uma ideologia da cura. Um aspecto diferencial da enfermagem no Brasil diz respeito ao afastamento gradativo das enfermeiras em relação ao paciente, pois são solicitadas, devido à formação universitária e ao reduzido número, a liderarem a equipe de enfermagem, organizando e planejando as tarefas, controlando a equipe e os gastos de forma a tornar o serviço eficiente prático e econômico. O cuidado direto passou a ser desempenhada pelas demais

categorias da enfermagem. A década de 50 trouxe modificações no cenário da enfermagem nos Estados Unidos, de onde a enfermagem brasileira tem-se inspirado.

A introdução da alta tecnologia tem um forte impacto no mundo hospitalar. A eficiência em administrar tratamentos sofisticados e novos medicamentos torna as ações de enfermagem mais complexas, fazendo com que as práticas de enfermagem ganhassem um certo prestígio, porém bastante dependentes das prescrições e ordens médicas.

No Brasil o sistema previdenciário, a infiltração de organizações estrangeiras, a introdução de tecnologia e o crescimento da indústria farmacêutica forçaram o consumo dessas últimas no âmbito hospitalar, direcionando assim os agentes de saúde para a produção de tecnologias para o manuseio e consumo destes materiais que criam também novas necessidades.

No Brasil, as teorias começaram a se tornar fonte de interesse por volta de 1970. Algumas buscam apoio em outras áreas de conhecimento e seu enfoque predominante é o aspecto psicológico ou social.

A metodologia do Processo de Enfermagem, introduzida no Brasil em meados de 1970, sofisticou-se e, apesar de algumas resistências iniciais quanto a sua efetivação, tem sido implantada em instituições hospitalares.

Atualmente existe questionamento do aspecto predominantemente médico e as características prescritivas de forma mecanizada, fragmentada e impessoal. Assim considerando a impossibilidade de ser efetuado o cuidado direto da enfermeira, as ações do Processo de Enfermagem são planejadas através de informações de demais categorias, ou de um breve e superficial contato com o paciente.

1.3. O Profissional da Saúde é o Lugar do Cuidar

O papel social do profissional da saúde é definido pelo modo como se organiza a sociedade. Esse papel comporta o cumprimento de funções que respondem as demandas dirigidas de uma área técnica específica e as demandas que se dirigem ao universo representacional da área da Saúde na nossa sociedade: lugar de promoção da Saúde, de amortecimento de conflitos sociais, de medicalização, ou de referencia mento do mal estar social e psíquico vivenciados

como doença do corpo, produção de riqueza através da venda de serviços, equipamentos, insumos, drogas, enfim, está no papel social ser agente de várias ações de um conjunto maior sob regência da sociedade como um todo. (RIOS 2009, p. 48).

Seguindo uma outra linha temos o imaginário cultural que define o cuidador como um conjunto de representações forjadas historicamente que compõem a identidade do cuidador para o paciente e para o próprio profissional dentro de uma mesma época e lugar (RIOS, Izabel Cristina, p. 49). Ou seja, da imagem do sacerdote curador e seus rituais, passando pelo médico hipocrático que conduz a restauração do equilíbrio do homem com a natureza, até chegar ao médico moderno e os milagres tecnológicos que “vencem a morte”, é sobre o profissional da Saúde que recai a responsabilidade de saber tudo que o paciente não sabe de si mesmo. O paciente espera que o seu cuidador seja solidário, que viva uma vida dedicada a cuidar do próximo, que tenha condições e possibilidades de descobrir a origem e os fins dos males, que seja um conhecedor do corpo humano e das técnicas e tecnologias capazes de manter seu perfeito funcionamento beleza e vitalidade.

Até o século XIX, o ato de cuidar limitava-se apenas ao tratar a doença dentro do pouco recurso proporcionado pela época e, esperar que Deus providenciasse a cura. Em decorrência de recursos escassos, aos médicos cabia fazer os prognósticos e diagnósticos. Cabia a Deus o ato de decisivo da doença, da cura e da vida do enfermo. Somente com a descoberta dos antibióticos e da penicilina na década de 50, o tratamento obteve uma nova concepção. Por outro lado, aos pouco foram concedidos ao médico o papel de curar bem como da terapêutica medicamentosa na sociedade contemporânea.

Conscientemente ao adoecer uma pessoa busca no cuidador a resposta para os acontecimentos ocultos que levaram ou acompanham o adoecer. O lado que se apresenta como base na relação entre o profissional da Saúde e o paciente são as questões existenciais e histórico pessoais que podem ou não estar incidindo sobre o corpo e o modo de entender e reagir ao adoecimento.

Um aspecto importante que contribui para a constituição das atitudes e identidade profissional é a formação acadêmica. Os métodos de ensino, a cultura institucional da escola e a observação dos professores, imprimem marcas, induz modelos e carrega valores morais. É certamente na Medicina e na Enfermagem que o profissional da Saúde vai se deparar constantemente com questões relacionadas à

vida, sofrimento, a morte e a dor, muitas vezes os sentimentos de onipotência se reverterão em impotência e culpa. Se desde a formação não se aborda de forma humanística os conflitos tanto dos profissionais de Saúde como dos pacientes, o resultado será aquele conhecido e vivido por todos nós na prática: cada vez mais aumentará a distancia entre paciente e o profissional e conseqüentemente o aumento das defesas contra o sentir e até mesmo com o não saber lidar com emoções próprias e dos pacientes.

RIOS (2009, p.50), define que:

O profissional de Saúde nunca estará imune às determinações do papel social, do lugar imaginário, das demandas conscientes e inconscientes dos pacientes, da formação acadêmica e, como não poderia deixar de ser, principalmente da sua personalidade. Tanto que a pessoa do profissional é decisiva para o resultado do cuidado do paciente. Sua visão de mundo, valores, desejos, história, relação com a profissão, convicções religiosas, políticas e científicas, enfim todo o seu ser subjetivo influi sobre o modo como se dá sua prática diária, e as transferências psíquicas do profissional e do paciente.

Para se defender das sensações de ansiedade, culpa, dúvida e incerteza, os profissionais desenvolvem recursos que muitas vezes se voltam contra a sua própria saúde, tornando as pessoas que trabalham na Saúde particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento devido ao trabalho.

O envolvimento do profissional com seu ofício pode chegar a limites imprecisos entre dedicação e esvaziamento da vida pessoal, ou seja, reduzindo ou até mesmo deixando de tornar possível outras realizações no âmbito pessoal, restringindo-se à busca da satisfação no ambiente de trabalho, o que torna por muitas vezes o profissional em um ser solitário.

1.4. Os Significados do Cuidar

Entre tantos significados encontrados para dar sentido ao ato de cuidar, podemos citar: aceitar, assistir os outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer para/com, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento, segurança, valorizar o outro, ser responsável, usar silêncio, relacionar-se espiritualmente, ouvir. Muitos

desses significados englobam muitos outros como, por exemplo, o respeito: respeitar os outros, respeitar estilo de vida, respeitar desejos, respeitar religião, respeitar a privacidade, respeitar as diferenças sexuais, etc. As pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar, e a forma como os expressam está ligada a padrões culturais.

Para a enfermagem, o conhecimento dos rituais de cuidado é de extrema importância, conhecer os hábitos, padrões e comportamentos do cuidar auxiliam na forma de como se desenvolverá o processo de cuidar.

Para BOFF, (2007 p. 91), cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, é estar diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e encontra-se no outro com desvelo e solicitude. A atitude de cuidar pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. “O cuidar sempre acompanha o ser humano porque este nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém, nem deixará de se preocupar e de se inquietar pela pessoa amada.”

Assim, cuidar implica um processo cuja meta maior não é a cura, mas uma ação que extrapole procedimentos técnicos e conhecimentos, englobando atitudes e comportamentos que busquem o alívio do sofrimento, a manutenção da dignidade e a facilidade de meios para manejar situações de crise e experiências ligadas à vida e à morte.

A Assistência de Enfermagem é uma prática que vem crescendo bastante nos últimos tempos. Sobre o avanço da Assistência, HORTA afirmou que:

A Enfermagem é uma profissão secular. Ao longo de sua história, passou por diversas fases, contudo, aqueles que exerciam a profissão estavam sempre buscando melhores condições de trabalho, bem como a melhoria da qualidade da assistência. Já se registraram grandes avanços nesse sentido e um deles foi proposto por Wanda de Aguiar horta, o processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência do ser humano (HORTA apud MURTA, 2008, p.275).

O processo de enfermagem é uma prática que fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem. Sobre Processo de Enfermagem, TANNURE e GONÇALVES (2008, p. 17) consideram que:

Processo de Enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, tornar-se necessária à utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam aplicados e implantados na prática.

A ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem – ou seja, é o método de solução dos problemas do cliente.

O profissional enfermeiro é um ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem, pois este compromisso o levou a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, onde lhe deram o direito de cuidar de gente e de outros seres humanos. “O Ser – Enfermeiro é gente que cuida de gente”. (HORTA, 1979)

Saber cuidar do próximo é um ato ou compromisso fundamental para a equipe de enfermagem, onde mesmo com os problemas enfrentados nas unidades de saúde, busca cuidar do paciente de forma humanizada. “É importante lembrar que o respeito à vida humana tem tudo a ver com o valor embutido numa conceituação sobre Humanização da Assistência em Saúde”. (GIORDANI, 2008, p. 76).

A assistência em saúde ao paciente é um instrumento profissional da equipe de enfermagem fornecendo autonomia profissional e concretizando a proposta de promover, manter ou restaurar o padrão de vida do paciente visando à qualidade da assistência prestada.

Assim como MURTA (2008, p. 282) as intervenções prestadas durante a assistência da equipe de enfermagem devem assegurar que sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a patologia do paciente. “Intervenção é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do Diagnóstico de Enfermagem (DE) estabelecido, pois com reflexões semelhantes TANNURE e GONÇALVES (2008, p.41) relatam que para realizar diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deverá ter a capacidade de análise, de julgamento, de síntese e de percepção, ao interpretar dados clínicos.

Para a equipe de enfermagem realizar seu trabalho pensando na parte humanística da situação eles busca saídas para chegar ao atendimento digno e ético que cada paciente mereça.

1.5 Florence Nightngale

Ela nasceu em Florença a 12 de maio de 1820, filha de pais ingleses, ricos e sua cultura estava acima do comum entre as moças do seu tempo. Conhecia grego e latim, falava diversas línguas e estudou Matemática. Isso lhe foi de grande utilidade na imensa reforma que devia realizar em seu próprio país e se estenderia rapidamente a outras nações. (MURTA 2008, p. 336)

Por volta do século XIX, à assistência prestada a enfermos era escassa, onde a insalubridade aumentava ainda mais o número de mortos, sobre Florence Nightngale, MURTA (2008, p. 336), consideram que:

Com seu trabalho, Florence Nightngale lançou as bases dos modernos serviços de Enfermagem. Compreendeu qual poderia ser o objetivo da sua vida. Ela acompanhava a mãe nas visitas aos aldeões doentes que serviam nas grandes propriedades da família. Impressionavam-na a penúria falta de remédios, a escassez de recursos para tratamento, à impossibilidade de se construir mais hospitais e a falta generalizada de assistência aos pobres. Pensou que poderia se consagrar inteiramente à missão de formar enfermeiras competentes que assistissem os doentes, não só física, mas também moralmente.

Florence Nightngale é mais lembrada por seu trabalho como enfermeira durante a guerra da Criméia e de suas contribuições para a melhoria das condições sanitárias dos hospitais militares de campo. No entanto, o que é pouco conhecido a respeito desta mulher notável foi sua paixão pela matemática, especialmente estatística, e de como esta paixão desempenhou um papel importante em seu trabalho.

Florence Nightngale fez um breve estágio em Kaiserswerth, onde se inspirou para a reforma dos hospitais da Inglaterra.

Com a persistente idéia de tornar-se uma enfermeira, Florence observou o trabalho das religiosas católicas em Roma e também estudou com as irmãs de caridade na Maison de La Providence, em Paris, após muitos obstáculos e por ocasião da Guerra da Criméia, Florence transformou o meio ambiente do hospital em Scutari. Com a redução da mortalidade de 42% para 2%, em um período de seis meses. (MURTA 2008, p.337)

Em 1860, Florence Nightngale abriu uma escola de enfermagem, uma instituição independente, mantida pela Fundação Nightngale. Sua escola serviu de

modelo para a enfermagem em vários países do mundo, por nortear tanto as práticas de cuidado quanto as atividades específicas de enfermagem e de tratamento e cura da medicina.

Apesar de sua frágil saúde e de educação invejável para a época, Florence era uma mulher de caráter forte, seu espírito inovador e decidido, aliado as suas habilidades de administradora e mais algumas influencias advinda de sua época com as adquiridas através do sistema militar, foram decisivos na forma como conduziu o ensino e a prática de enfermagem.

As concepções teórico filosóficas da Enfermagem desenvolvidas por Florence Nightingale apoiaram-se em observações sistematizadas e registros estáticos, extraídos de sua experiência prática no cuidado aos doentes e destacavam quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e Enfermagem. Estes conceitos, considerados revolucionários para a sua época, foram revistos e ainda hoje muitas dessas influências estão presentes, contribuindo para a formação de um comportamento bastante dualista da enfermagem, tais como: disciplina, autoritarismo, organização, obediência, servilismo e docilidade.(MURTA 2008, p.338)

Florence enfatizou que a arte da Enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da Enfermagem, o triângulo cuidar-educar-pesquisar. Entendeu também, que a cura não resultava da ação médica ou de Enfermagem, mas que esta era um privilégio da natureza; portanto, as ações de Enfermagem deveriam visar a manutenção do doente em condições favoráveis à cura para que a natureza pudesse atuar sobre ele. Considerou que o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano e não na doença e na saúde propriamente dita.

Portanto, tanto Florence quanto Hipócrates, viam como foco central, o doente e não a doença e que as ações de Enfermagem consistiam em ajudar a ação das forças naturais mediante a criação de condições favoráveis ao processo da cura.

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades

morais das candidatas. O curso, com duração de um ano consistia em aulas diárias ministradas pelos médicos.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico era de fato, a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia decidir quais das suas funções poderiam designar para as Enfermeiras.

Os requisitos exigidos para a formação da enfermeira, por sua vez, estavam de acordo com as metas do projeto de profissionalização que a sociedade inglesa tinha interesse em empreender e viriam a encaixar-se perfeitamente na cadeia hierárquica e no espaço disciplinado do novo hospital.

Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mais como uma ocupação assalariada, que vem atender à necessidade de mão de obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

As escolas nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: as *ladies* que procediam da classe social mais elevada e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de Enfermagem; e as *nurses* que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual de Enfermagem.

À medida que a Enfermagem se introduzia no hospital e que o nível de complexidade técnico científica da medicina crescia, requerendo, cada vez mais, capacidades intelectuais de seus executores, estes começaram a passar para a Enfermagem as tarefas manuais de saúde que lhes cabia, ficando com a parte intelectual correspondente ao estabelecimento de hipóteses, diagnósticos, prescrição e tratamento.

Assim, ao executar procedimentos previamente definidos e estabelecidos, a Enfermagem moderna nasce como uma profissão complementar à prática médica, ou seja, um suporte do trabalho médico.

Os avanços das ciências naturais e da tecnologia implicaram na divisão técnica do trabalho em saúde determinando o surgimento de várias profissões e ocupações neste ramo. Nesta pirâmide, o ápice é ocupado pelo profissional médico, cabendo a este a maior parcela de *status* social por questões políticas ideológicas.

Na pirâmide hierárquica, o enfermeiro, por sua vez, ocupa uma posição mediadora, legitimando a estrutura de poder, através do exercício muitas vezes

acrítico de funções administrativas e controladoras, colocando a força do trabalho do pessoal subalterno a serviço da ideologia predominante no sistema.

1.6. A Enfermagem como Profissão

A *North American Nursing Association* (NANDA) define a Enfermagem como diagnóstico e tratamento de respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde. (NANDA, 2008)

CARPENITO-MOYET (2005, p. 21), ressalta que a enfermagem:

é, primordialmente, a ajuda a indivíduos (doentes ou sadios) nas atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para uma morte pacífica) que eles normalmente realizariam sem ajuda, se possuísem a força, o desejo ou o conhecimento necessários; a enfermagem também ajuda o indivíduo a cumprir a terapia prescrita e a tornar-se independente do auxílio logo que possível.

O Enfermeiro é um profissional da área da saúde de Nível Superior, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde de cada ser humano, onde ele é preparado para atuar em todas nas áreas da saúde, Assistencial, Administrativa e Gerencial.

Além do enfermeiro encontramos os outros profissionais que atuam na área da saúde o Auxiliar de Enfermagem e o Técnico de Enfermagem, ambos profissionais confundidos com enfermeiro, entretanto com funções distintas, mais possuindo qualificações específicas.

Sobre o Conhecimento da Enfermagem, CARPENITO-MOYET (2005, p.35) considera que:

O conhecimento teórico da enfermagem deriva de varias disciplinas, compreendendo a biologia, a medicina, a farmacologia, a nutrição e a fisioterapia. A enfermagem difere das outras disciplinas na extensão do conhecimento. Certamente, o nutricionista é mais especializado no campo da nutrição, e o farmacêutico no campo da farmacologia que, na maioria das situações clínicas, se mostra suficiente na interação do cliente.

Alem de todo conhecimento a enfermagem necessita conhecer sobre as próprias origens e crenças de sua profissão são uns dos primeiros passos para tornar a assistência ao paciente o mais humana possível, o outro passo é saber

respeitar a nós primeiramente, se por na situação do paciente, entender seus problemas, para poder presta uma assistência adequada a cada pessoa.

Numa época em que praticamente todos buscam uma assistência voltada ao paciente, onde poucas entidades de saúde conseguem dar qualidade adequada aos seus pacientes, onde escutamos varias vezes que “o paciente é a razão do hospital”, está finalmente tendo sentido, para as entidades de saúde interessados pela assistência humanizada.

Capítulo 2

*Quem pode entender realmente o amor
até que ele seja visto em ação?*
Joe Hale

2. Humanização

Humanizar é saber resgatar a importância dos aspectos emocionais, de respeito ao próximo, do acolhimento e do reconhecimento dos limites. Humanizar na área da saúde é resgatar o respeito ao próximo, levando em conta as diferenças de cada pessoa.

Segundo o Dicionário Aurélio (1999):

Humanização: É o ato ou efeito de humanizar-se

Humanizar: Tornar humano; dar condição humana; tornar benévolo, afável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; (brs) amansar (animais).

Desumano: Que não é humano, bestial; cruel.

Humanizar pode se caracterizar em colocar a cabeça e o coração no desenvolvimento de sua tarefa, entregando-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e o silêncio.

Em um artigo sobre “A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde”, CECILIO e PUCCINI, relatam que:

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de eleita. Aparece, à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significativos variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora

Humanização é o termo utilizado para descrever a aquisição ou assimilação de características humanas positivas por uma pessoa ou um grupo de pessoas. Tendo uma qualidade boa na humanização prestada ao paciente ele conseqüentemente ocasionara a ele uma melhoria na qualidade de vida do paciente, pois ele é o método usado para medir as condições da vida de um ser humano, envolvendo o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida.

2.1. Humanização nas Entidades de Saúde

A humanização hoje é um tema freqüente nos serviços públicos de Saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde.

Da metade do século XX para cá práticas como: Direitos humanos, Bioética, Proteção Ambiental e Cidadania vêm ganhando espaço no dia a dia das pessoas criando assim um novo conceito e uma outra realidade para os cuidados da saúde. Com isso surgiram novas iniciativas com o nome de humanização.

Com isso, vários hospitais, predominantemente do setor público, começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”. No início essas ações tornavam o ambiente hospitalar mais afável, não abalando ou modificando a organização ou o modo de gestão e nem a vida das pessoas, mas funcionavam como válvulas de escape para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca em pacientes e trabalhadores. Com o passar do tempo essa idéia ganhou consistência, resultando alterações de rotina.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2001 fez um levantamento dos hospitais públicos que desenvolviam ações humanizadoras, e constatou que praticamente todos faziam alguma coisa nesse sentido. O mesmo se verificou em alguns hospitais de referência no país.

A Humanização pode ser compreendida como princípio de conduta de base humanista e ética, movimento contra a violência institucional na área da saúde, política pública para a atenção e gestão no SUS, metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde.

Podemos dizer que, a Humanização se fundamenta no respeito e valorização da vida humana, constituindo um processo que visa à transformação da cultura institucional, por meio da construção de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à Saúde e de gestão de serviços.

Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde resultando em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho.

Entidades de saúde são empresas complexas, abrigando diversos setores, sendo cada um com sua especificação e função, por fim sendo empreendimentos que exigem grandes investimentos na sua construção, compra de equipamentos e contratação de pessoal especializado. Muitas entidades planejam sua administração

uma viabilização econômico-financeira devendo atender aos requisitos de: expansibilidade, flexibilidade, segurança, eficiência e, sobretudo humanização. Observando por esse ponto o conforto ambiental é um forte aliado nos processos de cura dos pacientes.

A humanização nessas entidades tem uma diretriz transversal se constituindo em conjunto de ações sobre diversas praticas e condições na prestação de serviços de saúde, assim como em diferentes níveis do Sistema, formando uma construção coletiva de todos os atores envolvidos.

A respeito de humanização nas entidades de Saúde, PESSINI (2006, p.12), considera que:

A humanização hospitalar pode ser motivada por muitas considerações: terapêuticas, financeiras, religiosas, humanitárias e éticas. Pode se acreditar que a pessoa se recupera melhor de sua enfermidade estando num ambiente agradável, onde se sente valorizado como pessoa.

Para uma pessoa se sentir agradável em um ambiente ou confortável é quando ela se sente em neutralidade em relação a ele. Em grandes instituições de saúde sua estrutura pode servir como um instrumento terapêutico se contribuir para o bem estar físico do paciente com a criação de espaços que alem de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

Para se ter uma boa humanização nos cuidados a saúde, equipes de enfermagem passam por diversos obstáculos, que às vezes prejudicam as mesmas a prestar uma assistência adequada e humanizada sejam elas financeiras, políticas, organizativas ou éticas, sendo esses empecilhos que prejudiquem atem uma melhoria na qualidade da atenção prestada ao paciente, pois uma equipe que presta uma boa assistência não ganha só na qualidade do atendimento, mais adquire um aumento na expectativa de vida, de felicidade e na produção de cuidados.

2.2. Assistência Humanizada

Assistência Humanizada de Enfermagem vai além da competência técnica ou científica. Antes de ser profissional, deve se ter uma atitude individual, pessoal, recheada de valores de solidariedade, compreensão, respeito ao próximo, as

limitações de cada indivíduo, a dor e o sofrimento humano, a perseverança à vida e a morte.

Humanizar na Assistência de Enfermagem exige do profissional de saúde, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na aplicação do foco de suas ações. Humanizar o cuidar é dar qualidade a relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angustias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito.

A Assistência humanizada implica por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história.

A humanização é um atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de cada ser, ou seja, cada pessoa deve ser compreendida e aceita como um ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares. Ultimamente percebemos em muitos lugares um atendimento focado apenas na doença que este indivíduo possui. Isso nos traz a refletir que o paciente não é valorizado como um todo, ou seja, não importa sua etnia, suas crenças, suas necessidades e seus valores. O que importa é apenas a doença que deve ser curada. Mas atualmente, felizmente isso está mudando. A tendência atual é de um atendimento humanizado e com isso, o paciente só tem a ganhar. A enfermagem é a profissão que mais deve estar de olho para um atendimento humanizado! Até mesmo, porque é o profissional que mais está do lado do paciente durante sua enfermidade.

Portanto saber humanizar em enfermagem é saber cuidar de cada indivíduo respeitando suas adversidades. A respeito do aprender a cuidar, FERNANDES e SILVA, (2006, p.7), consideram que:

Aprendendo a cuidar, descobre e respeita a unicidade de cada ser humano que se apresenta precisando de suporte para superar seus limites ou adaptar-se a eles e aprendendo, tornar-se capaz de acalmar, apaziguar, ser continente.

Enfermagem pode ser considerada uma arte do cuidar e também uma ciência na qual sua essência e especificação é o cuidado ao ser humano, podendo ser individual, na família ou em comunidade de modo integral ou em sua totalidade, desenvolvendo em uma forma autônoma ou em equipe as atividades de Promoção, Proteção, Prevenção e Recuperação.

Por se pensa tanto em humanização que muitos hospitais e entidades de saúde procuram humanizar o atendimento por meio da arte. Os setores de saúde buscam implantar projetos ligados a humanização com o objetivo de integrar funcionários e usuários. Visando a melhoria no atendimento, eles começam a valorizar em suas práticas alternativas como a riso terapia, que nos últimos anos vem mostrando sua eficiência.

Riso terapia é, então, uma forma de humanização que muitas entidades de saúde buscam para a melhoria do atendimento de seus pacientes.

Humanizar é saber respeitar e reconhecer os limites e suas fraquezas, de nossos pacientes, já que a enfermagem é quem atua diretamente e indiretamente na prestação de cuidados ao ser humano.

Contudo cuidar é um processo interativo entre cuidador e cuidado, onde o cuidador tem um papel ativo que desenvolve ações acompanhadas de comportamento de cuidar, já o segundo onde o cuidado tem o papel passivo em função sua situação podendo ser tornar dependente, temporariamente, mudando para um papel menos passivo, e contribuir no cuidado e ser responsável pelo seu próprio cuidado.

Saber cuidar do próximo e de si mesmo é um ato humano, nesse sentido a risoterapia vem para reforçar o laço entre profissional da saúde e paciente, ocasionando uma melhoria no atendimento dos pacientes e também na auto-estima do profissional de saúde. Considerada como uma pratica terapêutica a risoterapia esta sendo amplamente divulgada nos últimos anos. Pesquisas e estudos comprovam a sua eficácia, pois a mesma fortalece o relacionamento entre os seres humanos, impulsiona a criatividade, é uma ótima terapia para o estresse, é um excelente exercício para o sistema cardiovascular, estimulando os órgãos internos e o sistema imunológico. (LAMBERT, 2007, p. 18)

Risoterapia é uma forma de humanização que muitas entidades de saúde buscam para a melhoria do atendimento de seus clientes.

2.3. Humanização e Ética

Há algum tempo atrás quando se falava de Humanização em serviços de saúde algumas pessoas, que já trabalhavam com ações humanizadoras, se sentiram reconhecidas enquanto outras reagiram com desdém ou indignação. No entanto,

quando se passou a discutir humanização como processo de construção da ética relacionada com a recuperação dos valores humanísticos ficava clara a importância de trazer tal discussão para o campo da Saúde, onde é imprescindível a educação para a ética nas relações entre as pessoas.

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência.

No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, considerando sua natureza, seus limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o Homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros.

Reconhecer a importância das características humanas é o primeiro passo para a humanização.

O segundo passo é o desenvolvimento de métodos que permitam a inserção de tais aspectos humanos no pensar e no agir sobre os processos saúde-doença-cura e nas relações de trabalho.

No relacionamento do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mais um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Entre profissionais esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade.

A humanização pode evocar valores humanitários como: respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, todos os valores morais de acordo com as transformações da sociedade. A Humanização propõe a construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da Saúde e o exercício da ética como princípio organizador da ação.

A ética assim pensada torna-se um importante instrumento contra a violência e a favor da humanização.

2.4. Humanização como Política Pública para a Atenção e gestão no SUS

A humanização nasceu dentro do SUS, juntamente com seus princípios que são totalmente humanistas: universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Quase vinte anos depois de sua criação, o SUS é ainda hoje, um sistema de saúde público que apresenta as contradições e heterogeneidades que caracterizam a nossa sociedade: serviços modernos, e de ponta tecnológica, ao lado de serviços sucateados nos quais a cronificação do modo obsoleto de operar o serviço público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência estão presentes.

O Ministério da Saúde, em 2000, criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que visava estimular a disseminação das idéias de Humanização, os diagnósticos situacionais e a promoção de ações humanizadoras.

Em 2003, o Ministério da Saúde, revisa o PNHAH e lança a Política Nacional de Humanização (PNH), que defini uma política cujo foco passou a ser, principalmente, os processos de gestão e de trabalho, mudando assim todo o patamar da humanização dos hospitais para toda rede SUS.

Como política a PNH traz consigo um conjunto de diretrizes dentre as quais são a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo compromissos e responsabilidades, o fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade, a utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo e a promoção do cuidado ao cuidador.

Assim, a humanização focaliza sua atenção nos processos de trabalho, gestão e planejamento, interferindo na vida institucional. O resultado esperado é a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e gestão, integração, compromisso e responsabilidade de todos com o bem comum.

Para que a PNH seja implantada, se faz necessário que haja a inserção das diretrizes da humanização nos planos estaduais e municipais do governo nos programas de educação permanente, cursos profissionalizantes, instituições formadoras da área da Saúde, na mídia, nas ações de atenção integral à Saúde, no estímulo à pesquisa, vinculando-os ao repasse de recursos.

No entanto, a humanização só se torna realidade em uma instituição quando seus gestores a tornam um modelo de fazer gestão.

2.5 Humanização e Gestão Participativa

Com a PNH, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de Saúde, despontando assim a gestão participativa.

Algumas ações que propiciam a gestão participativa incluem a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimento angustia e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde pela própria natureza do seu trabalho, o pensar e decidir coletivamente sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores, em grupos com diversas formações e a criação de equipes transdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva.

A gestão participativa se dá por meio da criação de instâncias de participação nas quais é possível considerar e estabelecer consensos entre desejos e interesses diversos, ou seja, por conselho gestor de saúde, que aglutina gestores, trabalhadores e usuários para decidir os rumos institucionais, pela ouvidoria, que faz a mediação entre usuários e instituição para a solução de problemas particulares, pela equipes de referência, que se compõem de profissionais que juntos acompanham pacientes comuns ao grupo, pelos grupos de trabalho de humanização, que fazem a escuta institucionais e criam dispositivos comunicativos e pelas visitas abertas, que propiciam as parcerias com familiares para o cuidado de seus parentes.

As estratégias, metodologias e ferramentas que se destinam ao desenvolvimento do profissional da área de saúde são muito importantes. Assim, faz-se da gestão participativa o caminho para a humanização.

Capítulo 3

*A morte do homem começa no instante
em que ele desiste de aprender*
Albino Teixeira

3 - Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método em que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional. A SAE proporciona assistência individualizada e de qualidade ao pacientes, com embasamento científico.

A SAE é aplicada na melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao paciente através do planejamento individualizado das ações de enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro permitindo a continuidade e a integralidade do cuidado.

Por ser uma atividade privativa do enfermeiro, que norteia as atividades de toda a equipe de enfermagem, a que técnicos e auxiliares desempenham suas funções a partir das prescrições de enfermagem, através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de assistência de enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

“Assistência de Enfermagem é a aplicação, pelo enfermeiro do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano” (HORTA, 1979, p. 36).

Ela é uma abordagem de resolução de problemas deliberada para atender as necessidades de cuidado e saúde e de enfermagem de uma pessoa, onde ela é uma atividade intelectual, deliberada, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistematizada.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem em sua forma mais conhecida consiste em cinco fases sequenciais e relacionadas entre si sendo elas: Levantamentos de Dados (Histórico de Enfermagem e Exame Físico), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação.

3.1 – Histórico e Exame Físico

Esta fase compreende-se do início da Sistematização de Enfermagem onde iniciamos com o Histórico de Enfermagem que se dá pela coleta sistematizada de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar qualquer problema de saúde real ou potencial.

Após o Histórico de Enfermagem iniciaremos o Exame Físico onde se dá pelo levantamento das condições globais do paciente tanto físico como psicológica, no sentido de buscar informações significativas para a enfermagem que possam subsidiar a assistência a ser prestada ao paciente.

3.1.1. – Histórico

Histórico de Enfermagem foi introduzido na prática por volta de 1965, por Wanda de Aguiar Horta, sendo que nesta época recebeu o nome de anamnese de enfermagem devido à semelhança com a anamnese médica foi adotado o termo de Histórico de Enfermagem. O Histórico de Enfermagem também pode ser denominado por levantamento, avaliação e investigação, constituindo na sua primeira fase o processo de enfermagem, podendo ser descrito como roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando-se possível a identificação de seus problemas.

Ele pode ser considerado como levantamento das condições do paciente através da utilização de um roteiro próprio, devendo atender as especificações de cada paciente, tendo à finalidade de conhecer os hábitos e biopsicosociais visando à adaptação do paciente à unidade e ao tratamento, assim como identificações de problemas. “É o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, significativos para o enfermeiro que tornam possível a identificação de seus problemas”. (HORTA, 1979, p.41)

Segundo CIANCARULLO (2001, p. 131) considera que Histórico de Enfermagem:

É um guia sistematizado para levantamento de dados, com o objetivo de se conhecer os problemas de enfermagem vivenciados pelo paciente, para que a assistência seja direcionada ao atendimento de suas necessidades. Possibilita, ainda, uma interação enfermeira – paciente para que se conheça o paciente sob seus cuidados de forma a atendê-lo em sua globalidade, e

que o atendimento contemple sua individualidade como ser humano com suas crenças e valores específicos.

O Histórico de Enfermagem bem coletado nos possibilita conhecer e identificar problemas passados, reais e futuros a fim de adotar condutas relativas as manifestações de cada paciente, de maneira sistematizada.

De acordo com CIANCIARULLO (2001, p. 137) as finalidades do Histórico de Enfermagem são:

- Identificar problemas, percepções e expectativas que demandem ações de enfermagem;
- Conhecer hábitos individuais que facilitem a sua adaptação à unidade e ao tratamento;
- Estabelecer uma relação individual;
- Tenta abranger a totalidade do paciente nos seus aspectos biopsicossocioespirituais;
- Individualizar a assistência de enfermagem;
- Fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto às condutas de enfermagem;
- Avaliar a evolução das condições do paciente para detectar alterações ou tendências na sua situação saúde-doença;
- Esclarecer as dúvidas ou falhas no entendimento, reforçando as informações já prestadas;
- Reduzir o nível de ansiedade do paciente;
- Aumentar o grau de satisfação profissional da enfermeira por meio desse contato direto.

Para que se tenha uma Coleta de Dados adequada ele deve passar por varias fases:

1. **Identificação:** Tem o objetivo de registrar os dados que identifiquem o paciente;
2. **Informações sobre Doença e Tratamento:** Visa situar o enfermeiro quanto ao quadro patológico atual do paciente, procurando identificar fatores ambientais, sociais, pessoais, comportamentos e hábitos que afetam as condições de saúde ou contribuam para o aparecimento de doenças, sendo, portanto fundamenta praticamente no modelo epidemiológico.

3. **Hábitos:** São os aspectos de vida do paciente em níveis psicológicos e psicossocial onde possa influenciar na sua assistência, necessitando de intervenções específicas do enfermeiro ou mesmo para o ajuste do próprio paciente no período de internação do mesmo.
4. **Exame Físico:** Deve incluir a mensuração dos Sinais Vitais, medidas antropométricas além da coleta de dados por meio da inspeção, palpação, percussão e ausculta a fim de identificar anormalidades nos sistema biológico do paciente.
5. **Aspectos psicossociais:** É o levantamento de dados referentes a interação social, resolução de problemas, apoio espiritual, conhecimento sobre o problema de saúde, auto cuidado e mudanças percebíveis de humor ou sentimento após o conhecimento do problema de saúde.

Os dados coletados referentes ao estado de saúde do paciente são investigados de maneira direto ou indireta onde os indiretos são aqueles coletados diretamente do cliente através da anamnese e do exame físico, e os, indireto são obtidos por meio de fontes como familiares, amigos, prontuários, registro de outros profissionais de uma equipe multidisciplinar e exames laboratoriais.

O enfermeiro devera comprovar os dados coletados estão corretos comparando-os com valores normais e padrão, ou seja, verificar se a informação coletada é atual e completa, no intuito de evitar erros na identificação dos problemas ou deixar de coletar dados importantes.

3.1.2. - Exame Físico

Compreendemos por Exame Físico o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, no sentido de coletar informações que auxilie a enfermagem a subsidiar a assistência prestada a cada paciente. Podendo ser realizado antes, ao decorrer ou depois da historia de saúde dependendo do estado físico ou emocional ou das propriedades imediatas da situação.

O Exame Físico tem o objetivo de identificar problemas de enfermagem onde ele analisa detalhadamente os segmentos corporais, sinais vitais e medidas antropométricas. Para a realização de um bom exame físico de forma de que

nenhum detalhe seja deixado para trás deve se elaborar um roteiro a fim de se facilitar este trabalho.

Ele inclui mensuração de sinais vitais, perímetros, estatura e peso, além de dados coletados por meio de inspeção, palpação, percussão, ausculta, a fim de identificar sinais normais e anormais nos diversos sistemas biológicos de cada paciente.

Sobre o roteiro CIANCIARULLO (2001, p.142), sugere que devemos seguir esta ordem:

- 1) Sinais Vitais
- 2) Peso
- 3) Altura
- 4) Cabeça
 - 4.1) Cabelos e couro cabeludo
 - 4.2) Orelhas e ouvidos
 - 4.3) Olhos e pálpebras
 - 4.3) Nariz
 - 4.4) Boca
- 5) Pescoço e garganta
- 6) Membros superiores e inferiores
 - 6.1) Unhas
 - 6.2) Rede Venosa
- 7) Tórax antero-posterior
 - 7.1) Mamas
 - 7.2) Mamilos
- 8) Abdômen
- 9) Região sacra e glútea
- 10) Genitais e região perineal
- 11) Pele
- 12) Eliminações e secreções
- 13) Malformações
- 14) Traumatismos
- 15) Outras observações

Avaliar detalhadamente cada uma dessas regiões nos permite identificar problemas reais ou futuros, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade a cada paciente.

A realização do exame físico compõe-se de inspeção, palpação, ausculta e percussão. (CIANCIARULLO 2001, p.142-143)

Inspeção: é o processo de observação detalhada, sem auxílio de algum instrumento, da superfície externa do corpo tais como aspecto, cor, forma, tamanho e movimento, bem como das cavidades que são acessíveis por sua comunicação com o exterior (boca, narinas e conduto auditivo).

Palpação: é a utilização dos sentidos do tato das mãos, com o objetivo de determinar as características como temperatura, tamanho, consistência, forma, textura, fluido e crepitação da região examinada.

Ausculta: procedimento pelo qual se detectam os sons produzidos dentro do organismo, com ou sem auxílio de instrumentos específicos, como estetoscópio.

Percussão: consiste em golpear a superfície explorada do corpo, para produzir sons que permitam avaliar as estruturas pelo tipo de som produzido.

O exame físico ele deve prever uma análise minuciosa dos segmentos corporais, sendo de que nenhum segmento corporal deixe de ser avaliado, servindo de suporte para o diagnóstico de enfermagem

3.2 – Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem constitui na segunda etapa da SAE. Durante esta etapa, os dados coletados na investigação são analisados criteriosamente.

NANDA é um manual padronizado de diagnósticos de enfermagem, da *North American Nursing Diagnosis Association*, no qual os diagnósticos reais e de risco são listados com suas características definidoras e seus fatores relacionados.

Sobre Diagnóstico de Enfermagem NANDA (2008, p.377), o define como:

o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos qual o enfermeiro é responsável.

Diagnósticos de enfermagem são análises feitos a partir do estado de saúde do indivíduo, família e comunidade sendo o enfermeiro que cria sua opinião e assim

contribui para evolução do mesmo. É desvinculado do diagnóstico médico, todavia este pode auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem, ou não ter correlação.

Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se tanto nos problemas reais (voltados para o presente) quando nos problemas potenciais (voltados para o futuro), que podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais (CARPENITO-MOYET, 2005)

Por ser a segunda fase da SAE, onde analisando os colhidos durante o histórico, são identificados os problemas de enfermagem, sendo os mesmos em uma nova análise, levam a identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação a enfermagem para o seu atendimento. (HORTA 1979)

Durante esta etapa os dados coletados durante a investigação são analisados e interpretados criteriosamente onde que para realizar os diagnósticos o enfermeiro devera ter capacidade de análise, julgamento, de síntese e percepção ao interpretar os dados clínicos.

Devemos ressaltar que os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, com bases no grau de ameaças ao nível de bem – estar do paciente, proporcionando, assim, um foco central para as etapas subseqüentes. (TANNURE e GONÇALVES, 2008)

3.2.1. Componentes Estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem

Diagnostico de Enfermagem são compostos por Título, Fatores Relacionados, Características Definidoras, Fatores de Riscos e Definição.

3.2.1.1. Título

Ele estabelece um nome para o diagnóstico. É um termo, nome ou frase coerente que representa um padrão de sugestões.

Os títulos diagnósticos são descritos através de uma seleção de agrupamentos de sinais e sintomas dos pacientes, onde o titulo inclui a reação da pessoa avaliada durante a primeira etapa da SAE onde determina os resultados

esperados quanto à prevenção, minimização ou alívio do problema de saúde do paciente.

*Exemplos (os títulos diagnósticos estão em **negrito**).*

- Ø **Integridade da pele prejudicada** relacionado à circulação prejudicada, caracterizado por destruição de camadas da pele.
- Ø **Mobilidade física prejudicada** relacionado à prejuízos musculoesqueléticos, caracterizados por movimentos lentos e capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas.

3.2.1.2. Definição

Estabelece descrição clara e precisa; delinea seu significado e ajuda a diferenciá-lo de diagnósticos similares.

Definições da NANDA (2008)

Título diagnóstico: isolamento social.

Conceito: solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

Título diagnóstico: risco de lesão.

Conceito: risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.

3.2.1.3 Fatores Relacionados

Fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou comunidade a um evento insalubre.

São os fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, podendo ser descritos como “relacionados a”, ou “associados a”.

*Exemplos (os fatores relacionados estão em **negrito**).*

- Ø Integridade da pele prejudicada **relacionado à circulação prejudicada**, caracterizado por destruição de camadas da pele.
- Ø Mobilidade física prejudicada **relacionada a prejuízos musculoesqueléticos**, caracterizados por movimentos lentos e capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas.

3.2.1.4. Características Definidoras

Pistas / inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar.

São sinais e sintomas ou ainda melhores manifestações clinicam, onde as evidências que levam o profissional Enfermeiro a concluir que o problema existe, eles podem ser descritos como “evidenciados por” ou “caracterizados por”.

*Exemplos (as características definidoras estão em **negrito**).*

- Ø Integridade da pele prejudicada relacionado à circulação prejudicada, **caracterizado por destruição de camadas da pele.**
- Ø Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos musculoesqueléticos, **caracterizados por movimentos lentos e capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas.**

3.2.1.5. Fatores de Risco

Fatores de risco podem ocorrer através dos fatores ambientais tais como elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou de uma comunidade a um evento insalubre.

*Exemplos (os fatores de risco estão em **negrito**).*

- Ø Risco de Infecção relacionada a **procedimentos invasivos e defesa primaria inadequada.**

- Ø Risco de integridade da pele prejudicada **relacionado a extremos de idades e imobilização física.**

3.2.2. Tipos de Diagnósticos de Enfermagem

3.2.2.1. Diagnóstico de enfermagem real: Descreve as respostas humanas às condições de saúde que existem de fato em um indivíduo, família ou comunidade no momento presente. Ele tem sua sustentação através das características definidoras onde se agrupam em padrões de sugestões.

Exemplo

- Ø Deglutição prejudicada relacionado a distúrbios respiratórios caracterizado por refluxo nasal.

3.2.2.2. Diagnóstico de enfermagem de promoção de saúde: ele é um julgamento clínico da motivação e do desejo de uma indivíduo, família ou comunidade de aumentar o seu bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição para melhorar comportamentos específicos de saúde, como exercício e alimentação, eles podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, não necessitando de níveis atuais de bem estar, onde são apoiados pelas características definidoras.

Exemplo

- Ø Disposição para aumento do autocuidado caracterizado por espreço desejo de aumentar a responsabilidade pelo autocuidado.

3.2.2.3. Diagnóstico de enfermagem de risco: ele descreve as respostas humanas às condições de saúde que podem desenvolver-se em um indivíduo, uma família ou comunidade vulneráveis, onde são sustentáveis através dos fatores de risco que auxiliam para uma vulnerabilidade aumentada, eles não contem características definidoras, pois, se essas características existissem, seriam problemas reais, e não apenas o risco de eles aparecerem

Exemplo

- Ø Risco de Infecção relacionada a procedimentos invasivos e defesa primaria inadequada.

3.2.2.4. Diagnóstico de enfermagem de bem-estar: ele descreve as respostas humanas no nível de bem estar em um individuo, família ou comunidade onde tem um potencial de aumento para um estado mais alto, pois para que se determine um diagnostico de bem-estar, torna se necessário que se identifique os problemas de saúde a partir das características definidoras que o subsidiem, e relacione o diagnóstico aos fatores relacionados.

Exemplo

- Ø Comportamento de busca de saúde, relacionado a auto-estima elevada caracterizado por desejo expresso de buscar um nível mais elevado de bem-estar.

Assim, os diagnósticos da NANDA são bastante úteis para a realização das atividades praticas e clinicas dos enfermeiros e contribuem para a implantação da segunda etapa da SAE, uma vez que possibilita a identificação dos problemas do paciente com vistas do restabelecimento e à promoção da saúde.

Cabe ressaltar que esta etapa representa um desafio ao enfermeiro, pois requer que este profissional tenha conhecimento técnico-científico atualizados, bem como o pensamento critico ao interpretar os dados coletados durante o histórico e no exame físico para que possa assumir a responsabilidade pelo cuidado que está propondo através da prescrição de enfermagem.

3.3. Planejamento

Trata-se do desenvolvimento de metas e resultados, bem como o plano de cuidados destinado a assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados, e atingir as metas identificadas e os resultados esperados.

Tratando deste tema, HORTA (apud MURTA 2008, p.282) consideram que:

É a determinação global da assistência de Enfermagem que o ser humano deve receber diante do Diagnóstico de Enfermagem estabelecido. É o resultado da análise do Diagnóstico de Enfermagem, examinando as alterações, necessidades afetadas e o grau de dependência: **FAOSE**.

F - FAZER

A - AJUDAR

O - ORIENTAR

S - SUPERVISIONAR

E - ENCAMINHAR

O Planejamento de enfermagem se dá pela prescrição realizada pelo enfermeiro em um impresso próprio. A sequência dos itens prescritos não é rígida, pois, o fator de maior importância é a abordagem global dos problemas identificados.

Ela deve ser realizada diariamente para todos os pacientes da unidade de saúde devendo ser retomada sempre que houver intercorrências devendo assim ser realizada e refeita caso o paciente necessite de uma nova conduta.

Deve-se deixar em cada item, o grau de dependência de cuidado do paciente: Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar.

O planejamento do cuidado de enfermagem refere-se a um plano de ação designado a ajudar você a prestar um cuidado de qualidade ao paciente. Para proporcionar um cuidado de qualidade para cada paciente você deve dirigir e planejar este cuidado, pois devemos dar direcionamento, continuidade do cuidado, comunicação entre os membros da equipe e a designação do cuidado do paciente.

Dentre as prescrições de enfermagem incluem-se cuidados com a higiene, promoção de conforto físico e psicológico, sustentação das funções respiratórias e de eliminações, facilitação da ingestão de alimentos líquido e nutrientes, controle do ambiente imediato do paciente, implementação da educação em saúde, promoção de um relacionamento terapêutico e realização de diversas atividades de enfermagem terapêuticas.

A prescrição de enfermagem deverá ser cumprida pelas diferentes categorias funcionais (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem), e os cuidados prestados deverão ser checados e rubricados por quem realiza, servindo de base para a auditoria de prontuários que tem por objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada.

O planejamento da assistência consiste nos seguintes passos: o estabelecimento de prioridades para os problemas e diagnósticos; a fixação de

resultados com o cliente, se possível, a fim de corrigir, minimizar ou evitar problemas; o registro escrito de diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem de modo organizado. (TANNURE e GONÇALVES, 2008)

A elaboração de um plano de cuidados por escrito é importante para promover a comunicação entre os cuidadores, direcionar o cuidado e a documentação, criar um registro que possa ser usados mais tarde em avaliações e pesquisas e em situações legais.

Desse modo, o planejamento faz parte dos conhecidos planos de cuidados, hoje definido com SAE, onde possibilita que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir dos estabelecimento dos resultados esperados para cada necessidade levantada durante o histórico e exame físico dos pacientes.

3.4. Implementação

Esta fase envolve a execução do plano de cuidados proposto, onde o enfermeiro responsável assume a responsabilidade pela implementação onde ele deve ter julgamento, raciocínio clínico e habilidade na tomada de decisão onde são essenciais na seleção de prescrição de enfermagem com bases científica e éticas adequadas.

Durante esta fase colocaremos o plano de cuidados em ação, ela compreende todas as prescrições de enfermagem direcionada para a solução dos problemas de enfermagem do paciente e para o atendimento das necessidades de cuidados de saúde.

Tratando deste tema, HORTA (apud MURTA 2008, p.282) considera que:

É a concretização do plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro apazado que coordena a ação da equipe de Enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

O planejamento, a organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, entre outras, são atividades privativas o enfermeiro, de acordo com a lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional. Esta lei garante ao enfermeiro o direito de executar a

prescrição de enfermagem, estabelecendo a conduta pertinente aos problemas identificados, caracterizando suas intervenções.

As prescrições de enfermagem são ações realizadas nesta etapa da SAE e documentadas pelo enfermeiro, visando monitorar o estado de saúde, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema (diagnóstico de enfermagem), auxiliar nas atividades da vida diária e promover a saúde. Elas se baseiam no fator relacionado e nas características definidoras identificadas no diagnóstico de enfermagem, onde as atividades de enfermagem definirão os cuidados necessários para que se possam eliminar os fatores que possam contribuir para o aparecimento da reação humana.

Exemplo

Diagnóstico de enfermagem: Risco de Infecção relacionada a procedimentos invasivos.

Resultado esperado: Reduzir a entrada de Organismos no Indivíduo

Prescrição de enfermagem:

- Ø Monitora a Temperatura a cada 4 horas, notificar se ela ultrapassar a 38,5°C;
- Ø Investigar outros ferimentos e sistemas, estimando o risco aumentado do cliente para o desenvolvimento de infecções em outros locais;
- Ø Usar a técnica asséptica durante a troca de curativos;
- Ø Usar precauções universais em relação a todos os fluidos corporais orgânicos do cliente;
- Ø Avaliar o estado nutricional para proporcionar a ingestão adequada de proteínas e calorias para a cura.

Sendo assim a enfermagem geralmente pode vir a realizar as atividades para o paciente quando este demonstra déficit total em realizados, auxiliado quando têm dificuldade de cumpri-las sozinhos, ensina-los e aconselha-los, ajudando a obter novos conhecimentos.

É importante ressaltar que para cada diagnóstico de enfermagem deve haver um resultado esperado e para alcançar cada resultado o enfermeiro deverá prescrever cuidados de enfermagem, pois da mesma forma que os diagnósticos de enfermagem devem ser priorizados, o enfermeiro deve priorizar a ordem e execução das prescrições de enfermagem.

3.5. Avaliação

Ela é a etapa final da Sistematização da Assistência de Enfermagem onde permite que o enfermeiro determine as respostas do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os objetivos foram alcançados. O planejamento dos cuidados é à base da evolução. O diagnóstico de enfermagem, os problemas interdependentes, as prioridades, as prescrições de enfermagem e os resultados esperados propiciam as orientações específicas que orientam o foco da evolução. Cabe ressaltar que mesmo a avaliação ser considerada a última etapa da SAE, ela não conclui, pois deve levar à reavaliação, que resulta em reiniciar o processo.

Nesta fase avaliaremos a eficácia do plano de cuidados, tais como o paciente progrediu em termos dos resultados projetados pelos planos, se ele possui novas necessidades, e se o plano de cuidados precisa ser revisto. Ela também auxilia você a determinar se o paciente recebeu o cuidado de alta de qualidade a partir da equipe de enfermagem.

Segundo HORTA a avaliação de enfermagem “é o relato aprazado das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto está sob assistência profissional. É a avaliação global do processo de enfermagem.” (apud MURTA 2008, p.283).

A avaliação ou evolução de enfermagem é o registro diário que o enfermeiro deve realizar após uma avaliação do estado geral de cada paciente a fim de buscar mudanças sucessivas que ocorrem enquanto estiver sob os cuidados prescritos pela enfermeira da unidade.

Na perspectiva de OLIVEIRA “a evolução da enfermagem representa o relato das alterações apresentadas pelo paciente como resultado do planejamento da assistência de enfermagem prescrita.” (apud TAMARA 2001, p.170)

Para se ter uma evolução de enfermagem de qualidade ele deve seguir algumas normas, devendo ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro, ter seu impresso próprio e sempre precedida de data e horário e assim finalizada com assinatura e COREN do enfermeiro. Ela deve ser realizada diariamente para todos os pacientes internados ou em observação, ser refeita em parte ou totalmente em razão de mudança no estado de saúde do paciente ou em condutas da enfermagem, sendo que para o enfermeiro elaborar a evolução de enfermagem, ele deve realizar a entrevista, exame físico, consultar evolução e prescrição médica e de enfermagem

anteriores, anotações de enfermagem, listagem de problemas, pedidos e resultados de exames complementares.

Conclusão

A pesquisa abordou o processo de enfermagem como um método de trabalho que orienta o cuidado individualizado ao paciente aonde conduz a uma pratica de enfermagem conservatória. O objetivo deste trabalho foi focalizado na humanização dos cuidados de enfermagem ao cliente hospitalizado.

Concluí-se, então, que humanizar a assistência de enfermagem não é apenas chamar o paciente pelo nome, ou ter um sorriso nos lábios constantemente, além disso, compreender seus medos angustia e incertezas, dando-o devido apoio, atenção e prestando uma assistência de qualidade. Humanizar vai muito além do fraterno e humano, pois isso já deve ser próprio de cada enfermeiro onde é necessário que haja uma valorização no sentido emocional, envolvendo pacientes e profissionais de saúde para que o contato direto com seres humanos coloque o profissional enfermeiro diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e esperanças.

A humanização hospitalar é possível basta apenas acreditar e que cada profissional dê um pouco mais de atenção aos pacientes. Para que uma instituição de saúde possa oferecer um atendimento humanizado aos pacientes é necessário que a equipe de enfermagem, sejam capazes de promover humanização, estando em um ambiente que exige espaços para suas inseguranças, necessidades e com recursos adequados e disponíveis as exigências de seu trabalho, só assim estarão aptos a atender com eficiência e qualidade.

Para os profissionais da saúde, a humanização resgata o verdadeiro sentido de sua profissão. Porém, não a humanização sem cuidar da realização profissional que a exerce.

Não basta apenas ter programas de humanização, é necessário que não fique só no papel ou em palavras, mas que sejam transformados em atitudes.

Referências

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**, 13ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

CARPENITO – MOYET, Lynda Juall. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; PUCCINI, Paulo de Tarso. **A Humanização dos Serviços e o direito à saúde**. Disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102311x2004000500029&lng=en&nrm=iso – Acesso em 19/08/2009 as 20h42.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 4ª ed, São Paulo: Ícone, 2001.

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2007-2008 / North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artemed, 2008.

FERNANDES, Michelle; SILVA, Maria Julia Paes da; **Cuidar em Enfermagem é assim**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: O Dicionário da Língua Portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GEOVANINI, Telma. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**, Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GIORDANI, Annecy Tojeiro. **Humanização da Saúde e do Cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

HORTA, Vanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LAMBERT, Eduardo. **A Terapia do Riso: A Cura pela Alegria.** São Paulo: Pensamento, 2007.

MURTA, Genilda Ferreira (org.). **Saberes e Práticas: Guia para aprendizado de Enfermagem / Volume 3.** 4 ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

MURTA, Genilda Ferreira (org.). **Saberes e Práticas: Guia para aprendizado de Enfermagem / Volume 4.** 4 ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

OLIVEIRA, Andressa Aparecida de. **Humanização na Saúde: Hospital Regional de Assis.** Assis, Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, 2006.

RIOS, Isabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: pratica e reflexão.** São Paulo: Áurea Editora, 2009.

STEFANELLI, Maguida Costa, CARVALHO, Emilia Campos de (orgs.), **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri: Manole, 2005.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** 3ª ed, Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2006.

Anexo

Manual PNHAH

Barjas Negri,
Ministro da Saúde

*A eficácia do Sistema de Saúde está fortemente ligada à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar. Por isso mesmo, a implantação do **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar** vem obtendo uma repercussão tão extraordinária, agregando esforços de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por todo o País.*

*A publicação deste manual é mais uma iniciativa do **Ministério da Saúde** no sentido de contribuir para a humanização da assistência hospitalar, oferecendo orientações básicas e parâmetros adequados aos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS.*

Um programa que ambiciona promover as relações humanas como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde deve empenhar-se em tornar todas as experiências de humanização já existentes acessíveis àqueles que desejem conhecê-las e empregá-las em sua própria realidade. E são tantas e tão singulares essas realidades, que seria enganoso supor uma receita única para todos os hospitais do País.

Este manual deve servir como instrumento de apoio para que cada instituição possa trilhar seu próprio caminho, buscando soluções de humanização adequadas à sua realidade.

Para estimular a incorporação gradual de todos os 6.500 hospitais do SUS ao PNHAH, estão sendo adotadas outras importantes iniciativas de disseminação do programa. Entre elas, vale ressaltar a criação de uma Rede Nacional de Humanização, através da Internet, para capacitação a distância, intercâmbio de idéias e difusão permanente de informações úteis à coletividade. Vale destacar, também, a adoção de uma política especial de incentivos, que inclui a outorga do prêmio "Hospital Humanizado".

Esperamos, confiantes, que a somatória desses esforços possa contribuir para a melhoria dos serviços públicos de saúde, em benefício dos que nele trabalham e dos que dele se utilizam.

O processo de humanização dos serviços de saúde: a experiência do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH

Introdução

Este Manual foi feito para os gestores e todos os profissionais de saúde preocupados com a humanização das relações entre administradores, profissionais e usuários no atendimento hospitalar. Ele alinha os princípios e as diretrizes básicas para um processo de humanização dos serviços de saúde, com base na experiência produzida com a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde: buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

O desenvolvimento das ações do PNHAH tem como princípios fundamentais o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS – o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as instituições hospitalares. Essencial, também, é a integração dos vários programas, já existentes, que têm como foco a humanização.

Esta intercomunicação tem sido de extrema importância não só para multiplicar as ações propostas pelo PNHAH, como para consolidar bases próprias de serviço humanizado em cada um dos hospitais.

O PNHAH oferece uma orientação global para os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar. Sua principal função é estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação entre esses vários setores de atendimento da instituição de saúde. Espaços onde a regra é a livre expressão, a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade .

A constituição de **Grupos de Trabalho de Humanização** nas instituições hospitalares e a formação de uma **Rede Nacional de Humanização** entre as instituições públicas de saúde são exemplos importantes de espaços de comunicação estimulados pelo PNHAH. Ambos representam instrumentos fundamentais para a consolidação do processo de humanização nos hospitais.

Objetivos

Geral

- Possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS.

Específicos

- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS.
- Modernizar as relações de trabalho nos hospitais públicos, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.
- Capacitar os profissionais dos hospitais públicos para o novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento, como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos, experiências e pesquisas em humanização da assistência hospitalar. Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os administradores, os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde.
- Desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e um sistema de incentivo ao serviço de saúde humanizado.

Construção de uma cultura de humanização

O que diferencia o ser humano dos animais irracionais é que seu corpo biológico é envolvido, desde a infância, por uma rede de imagens e palavras, apresentadas primeiro pelos pais, pelos familiares e, em seguida, pela escola, pelo trabalho, enfim, por todas as relações sociais. É esse “banho” de imagem e de linguagem que vai moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em um ser humano, com um estilo de vida singular.

Como somos dotados de linguagem, podemos construir redes de significados, que compartilhamos em maior ou menor medida com nossos semelhantes e que nos dão uma identidade cultural. Dessa forma, somos capazes de transformar imagens em escultura e pintura, sons em música e palavras, palavras em poesia e literatura, ignorância em religião, arte, saber e ciência. Somos capazes de produzir cultura e, a partir dela, intervir e modificar a natureza. Transformar doença em saúde, por exemplo.

Mas a palavra pode fracassar e, quando a palavra fracassa, somos também capazes das maiores arbitrariedades. A destrutividade faz parte do humano e a história testemunha a que ponto somos capazes de chegar. O homem se torna lobo do homem. Passamos a usar tudo que sabemos para aniquilar pessoas que consideramos diferentes de nós e que, por isso, percebemos como uma ameaça a ser eliminada. Essa destrutividade pode se manifestar em muitos níveis e

intensidades, desde um “não olhar no rosto e dar bom dia”, até o ato de violência mais cruel e definitivo.

Então, o que é humanizar? Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes.

O desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida. Mas tem como efeito adverso o incremento à desumanização. O preço que pagamos pela suposta objetividade da ciência é a eliminação da condição humana da palavra, que não pode ser reduzida, no caso do atendimento hospitalar, à mera descrição técnica dos sintomas e da evolução de uma doença, por exemplo. Quando preenchemos uma ficha de histórico clínico, não estamos escutando a palavra do paciente. As informações são indispensáveis, sem dúvida. Mas o lado humano ficou excluído. O ato técnico, por definição, elimina a dignidade ética da palavra, pois esta é necessariamente pessoal, subjetiva e precisa ser reconhecida na palavra do outro.

A ciência e a tecnologia se tornam desumanizantes quando ficamos reduzidos a objetos despersonalizados de nossa própria técnica, de uma investigação fria e objetiva. Um hospital pode ser nota dez do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento. Isso acontece quando ele trata os pacientes como simples objetos de intervenção técnica e considera desnecessário e até mesmo perda de tempo ouvir suas angústias, temores e expectativas. Ou quando os pacientes nem sequer são informados sobre o que está sendo feito com eles.

A dificuldade, muitas vezes, é o excesso de demanda causado por problemas que poderiam ter sido resolvidos em um primeiro atendimento. Outras vezes, é a procura exagerada de ofertas técnicas e tecnológicas, na busca voraz de lucros. Outras, ainda, é a falta de condições técnicas, de capacitação, de materiais, de gerência, de espírito de acolhimento. Os serviços tornam-se desumanizantes pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade. Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas e materiais induz à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal, devido ao cansaço, ao descompromisso, ao acúmulo de irritações e desalentos ou ao terror do crônico fracasso das expectativas, em tudo piorando uma situação já precária. É importante lembrar que, mesmo em momentos e condições difíceis, podemos ser polidos e generosos. A voz cálida, o bom dia, o gesto de acolhimento demonstram nosso esforço em atenuar os problemas. Diante de circunstâncias adversas, sempre podemos nos questionar sobre o que fazer para melhorá-las.

O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo. Cabe a esta rede promover as ações, campanhas,

programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Partindo dessa perspectiva, o PNHAH aponta diferentes parâmetros para a humanização da assistência hospitalar em três grandes áreas:

- Acolhimento e atendimento dos usuários.
- Trabalho dos profissionais.
- Lógicas de gestão e gerência.

Esses parâmetros podem servir para o trabalho de análise, reflexão e elaboração de ações, campanhas, programas e políticas assistenciais que orientem um plano de humanização dentro de cada instituição, cada município, cada estado ou mesmo em todo o País.

A maior expectativa do PNHAH é criar uma nova cultura de humanização, uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. Isso para que o processo de humanização da assistência hospitalar não seja interrompido com as mudanças de direção, chefia ou governo.

Uma cultura de humanização leva tempo para ser construída, envolve a participação de todos os atores do sistema e não é fácil de ser fotografada, medida ou contada. Humanizar é verbo pessoal e intransferível, uma vez que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante. O melhor dos contágios.

Contextualizando o SUS

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao SUS. Mas convém observar que tanto a comunidade como o governo são responsáveis pela coordenação de esforços para estruturar o SUS. A descentralização, através da regionalização e da municipalização da saúde, é a estratégia ideal para que todas as instâncias responsáveis pelo sistema de saúde possam se articular nesse esforço. Não há dúvida de que a municipalização garante a atenção básica de saúde, trazendo lógica, racionalidade e controle ao sistema.

Os municípios brasileiros possuem condições de desenvolvimento e de assistência à saúde completamente diferentes. Por isso mesmo, o SUS definiu várias formas de habilitação que indicam o grau de responsabilidade e autonomia da gestão municipal da saúde. Os dois níveis de habilitação – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde – definidos pela Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde – NOB 01/96, foram ampliados pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, que também estabeleceu critérios de avaliação da gestão.

A regionalização da saúde assegura referência ao atendimento de média e alta complexidade. Os municípios brasileiros foram agrupados em módulos de saúde, cada um deles com um município-sede, responsável pelo nível 1 de referência em média complexidade. Um ou mais destes módulos são agrupados pela Secretaria Estadual de Saúde em microrregiões, designando serviços de nível 2 de referência em média complexidade. Estas microrregiões, por sua vez, são agrupadas em macrorregiões, com serviços de nível 3 de referência em alta complexidade. As Secretarias Estaduais de Saúde designam, também, os serviços de nível 4 de referência em alta complexidade e os Centros de Referências Nacionais.

A operacionalização do SUS exige planejamento e articulação dos gestores municipais e estaduais. A articulação política entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde de cada microrregião é fundamental para que o cidadão brasileiro tenha condições de acesso à saúde básica em seu município, ocorrendo referência para serviços de média e alta complexidade apenas quando necessário. Quanto mais o planejamento desse sistema estiver articulado, mais garantia teremos de que os serviços de saúde não vão estar sobrecarregados com uma demanda excessiva e não pertinente ao seu objetivo institucional.

A participação comunitária, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, tem um papel importante: conferir maior visibilidade às decisões dos gestores. A criação de conselhos gestores em todos os serviços de saúde integrantes do SUS amplia o controle e a participação social.

A humanização da saúde pública é preconizada no plano de ações coordenado e descentralizado pelo SUS. Para que ela aconteça, na prática, a principal estratégia é a articulação entre os gestores municipais, os gestores estaduais e as instâncias colegiadas de participação social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. É imperioso implantar o SUS onde ele não existe. E é imperioso aperfeiçoar o SUS, permanentemente, onde ele já está implantado.

Dilemas e desafios atuais

É inegável que, depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sabem que hoje, com um novo patamar de desenvolvimento nacional, o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Não basta centrar esforços na busca de eficiência e produtividade, essenciais para que os recursos públicos sejam investidos de forma responsável.

A baixa qualidade dos serviços acaba sobrecarregando o sistema. A explicação é simples. Se o profissional tem dificuldades na realização de seu trabalho, o usuário fica insatisfeito com o atendimento e o gestor não consegue ter uma boa comunicação e interação com outras instâncias, os encaminhamentos são desorganizados e geram um número considerável de consultas, exames complementares e internações adicionais. Boa parte das demandas dos pacientes poderia ser resolvida em um primeiro atendimento, se houvesse um bom sistema de comunicação e um bom relacionamento profissional - usuário.

Quanto menor for a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento da população.

Para resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno.

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. Não se trata de adotar medidas para “maquiar” as instituições, nem tampouco de uma proposta “ortopédica”. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.

O processo de humanização dos serviços de saúde nos coloca frente a uma dupla tarefa: refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição/situação, e criar soluções para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades.

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

O primeiro passo é a sensibilização dos gestores do SUS para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional. Cultura essa que deve ser pautada pelo respeito, pela solidariedade e pelo desenvolvimento da solidariedade e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

Esse novo modelo de gestão precisa se amparar no fortalecimento da vontade política dos dirigentes de participar de ações efetivas e permanentes que transformem a realidade institucional das organizações de saúde. Precisa se amparar, ainda, no reconhecimento do caráter processual dessas transformações, na necessidade de comunicação e divulgação de resultados dos projetos e na criação de condições para a sustentação dos mesmos.

Outro aspecto de fundamental importância nessa proposta de gestão é a criação e sustentação permanentes de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas.

Desencadeado esse processo, as instituições de saúde, através da voz de usuários, profissionais e gestores, assumem a direção da construção de sua identidade e do seu projeto. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de reconstrução, perante a comunidade, da tão desgastada imagem do serviço público de saúde.

A participação do usuário

A Constituição de 1988 é bem clara: todos os cidadãos têm direitos civis, tais como liberdade pessoal de expressão, religião e movimentação; direitos políticos, como os eleitorais e de associação; e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social.

Na prática, nem sempre é fácil aplicar esses direitos. Especialmente os direitos sociais. Para que isso aconteça, têm sido indispensáveis a organização social e a participação ativa do cidadão. É o caso do SUS. Os direitos dos usuários vêm sendo garantidos através do controle social. Aliás, é a mesma Constituição, de 1988, que estabelece como princípio estruturador do SUS a participação da comunidade no planejamento e na avaliação continuada.

Em 1990, a Lei 8.080, que regulamentou o SUS, determinou a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde. No mesmo ano, a Lei 8.142 definiu duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde – constituídos em 50% por representantes dos usuários e em 50% por representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde – são órgãos deliberativos encarregados de normatizar, recomendar, promover diligências, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. As decisões devem ser referendadas pelos níveis estadual e municipal de saúde e as suas principais estratégias de ação são a negociação política, a ação judicial e o acionamento do Ministério Público quando as resoluções não são cumpridas.

Vale destacar que, em dezembro de 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu as diretrizes para a política de saúde, com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”.

A participação cidadã tem sido estimulada por recursos como ouvidoria, trabalhos de sala de espera, preparação das altas, alojamento conjunto e ampliação do horário de visitas. Estes mesmos recursos são usados para ampliar os direitos dos usuários e legitimar o prestígio das instituições hospitalares.

Muitas das restrições impostas por modernos hospitais a seus usuários e familiares em termos de regras e horários, por exemplo, não obedecem a razões técnicas. Elas são, na verdade, parte de uma longa herança institucional, de cunho autoritário. É importante questionar e reavaliar as regras que restringem o acesso e a participação de famílias e usuários, propiciando formas mais abertas e livres de interação com o hospital. Quanto maior esta interação, maior é a força criativa e a aliança que se estabelece entre a instituição e seus usuários. Todos saem ganhando: os pacientes e suas famílias conquistam mais espaço, liberdade e confiança no atendimento; funcionários e profissionais passam a contar com uma rede de ajuda maior para o desenvolvimento de suas tarefas.

O voluntariado nos serviços de saúde

A população e as instituições não-governamentais têm demonstrado uma disposição crescente para se engajar em ações filantrópicas e caritativas, diferentes formas de solidariedade e participação social. Com isso, o trabalho voluntário tem conquistado cada vez mais visibilidade e respeito.

Convém lembrar, no entanto, que o voluntariado nasce de um impulso pessoal, solidário e de forte caráter emocional. Seria um engano negar essa origem ou desconsiderar essa enorme força motivacional. Mas é necessário ir além desse impulso e fortalecer uma sociedade civil mais autônoma e instituições mais democráticas.

É necessário, ainda, derrubar preconceitos quanto à natureza e significado do voluntariado. Isto só será possível com a ampla divulgação de experiências bem sucedidas, um esforço sistemático de orientação e integração dos voluntários e o preparo das instituições para gerenciar adequadamente o potencial do trabalho voluntário. Mas, para a consolidação de uma nova cultura de voluntariado, a comunidade mais ampla precisa ser envolvida.

O processo de humanização do trabalho hospitalar implica uma série de dimensões organizacionais, institucionais, profissionais e pessoais. Uma delas é a incorporação consistente do trabalho voluntário. Como expressão de uma ética de solidariedade e de participação cidadã, o voluntariado é uma das formas mais efetivas de aliança da instituição com uma comunidade que incorpora e assume sua parcela de responsabilidade pela mudança na cultura de atendimento à saúde. Ele não pode, portanto, reduzir-se a impulsos de generosidade desorganizada ou substituir vínculos formais de trabalho em quadros sociais de desemprego.

Quando é desenvolvido de forma organizada, com critérios e objetivos bem claros, o trabalho voluntário é uma fonte significativa de recursos e competências qualificadas. Afinal, ele conta com a participação direta da comunidade e pode responder com mais visibilidade e credibilidade às necessidades e expectativas dos usuários. Integrada em um processo de humanização, a ação voluntária implica uma tomada de consciência de si-mesmo e uma transformação pessoal inseparáveis de uma mudança na compreensão do mundo e de uma transformação mais ampla da sociedade.

Três recomendações para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde

Gestão participativa

Imagine que você está entrando em seu hospital. Você entra por qual porta? a dos funcionários, a dos chefes ou a dos usuários?

Imagine que você é o chefe e, numa segunda-feira chuvosa, tem a idéia de entrar pela porta dos funcionários. Alguns levam um susto. O que o chefe estaria fazendo ali, àquela hora? Outros o cumprimentam de forma simpática, sorridente, levando-o a conferir que, de fato, estão batendo o cartão de ponto na hora certa. Outros, ainda, ficam se perguntando quem é você. Esta cena seria perfeitamente possível em inúmeros hospitais do Brasil e do mundo

Se seu feito de segunda-feira não surpreendeu a ninguém, se todo mundo o cumprimentou pelo seu nome, se a maioria dos funcionários o reconheceu, seu hospital está com um grau de humanização das relações funcionários-chefia admirável. Parabéns!

Imagine, agora, que, na terça-feira, você perdeu o sono cedo e decidiu entrar no hospital pela porta dos usuários. O que você encontrou? Filas, queixas, sufoco? Com certeza, a grande maioria não sabe quem é você. Se você se aproximar e perguntar por que vieram ao hospital, há quanto tempo estão à espera, provavelmente acharão estranho, mas ficarão desconfiados e responderão alguma coisa positiva para não correr o risco de desagradar.

Mas observe bem. Onde e como as pessoas estão esperando? No sol, na chuva, ou em algum lugar protegido e confortável? Há quanto tempo elas estão na fila? Muitas horas? Algumas horas? Poucos minutos? Cada uma dessas respostas lhe dará uma dimensão do grau de humanização do atendimento em seu hospital. Se as pessoas esperam pouco, se o espaço é minimamente confortável, se o barulho é baixo, se ninguém desmaia ou berra na fila, então você pode ficar orgulhoso: seu hospital tem um grau de humanização da porta de entrada admirável. De novo você e seus colaboradores estão de parabéns. Todos sabemos como foi difícil chegar lá. Em caso contrário, não se desespere: a maioria dos outros hospitais tem problemas parecidos. Isso não quer dizer que não existe solução, que essa situação seja imutável. O PNHAH é uma ferramenta valiosa, que pode ajudá-lo a transformar essa realidade.

Mas, antes disso, vamos trocar os papéis. Imagine agora que você não é o chefe. Aliás, você não deve ter começado a trabalhar em hospitais como chefe; provavelmente já teve várias outras funções antes de chegar à chefia. Você se lembra de como era? O que você sentia ou pensava de seus chefes? E dos usuários?

Imagine-se, então, entrando pela porta dos funcionários e se transformando em um deles. Você acordou com vontade de vir trabalhar esta manhã? Você chega e encontra quem? Tem uns minutos para cumprimentar seus colegas? E como eles estão? Talvez você pense que os chefes deveriam se ocupar mais de vocês, funcionários. Afinal, quem toca o serviço? Fazer discursos é bonito, mas botar a mão na massa, enfrentar esse bando de gente queixosa, sofrida, tantas horas, a todos os dias... Às vezes você não agüenta mais! Já tentou falar com outros colegas, que também não agüentam mais? E como você se sente diante daqueles pacientes que vêm todo dia ao hospital, como se não tivessem outra coisa a fazer na vida? Pessoas com meses de alguma dor crônica, pessoas que reclamam na porta de um pronto atendimento ou de um serviço de emergência/urgência. Elas deveriam perceber que não estão no lugar certo para se consultar. Pois é, deveriam... Já se perguntou por que essas pessoas voltam sempre ao mesmo hospital? E esperam horas e horas para ter algum tipo de tratamento?

O que você sabe da rede de serviços do SUS ? Ela funciona? Como é a realidade das unidades básicas de saúde? E do saneamento básico? E do programa de saúde da família? Qual é a retaguarda com que seu hospital conta na hora de dar alta ou encaminhar um paciente para controle ou tratamento posterior?

Não é só imaginação. Todas estas dúvidas e problemas são muitíssimo freqüentes nos hospitais. Por isso, a preocupação do PNHAIH. A proposta do programa é ajudar a estabelecer formas de cuidados humanizados, tanto para os usuários quanto para os funcionários. Convém observar que é muito difícil oferecer o que não se tem. Desenvolver padrões de cuidados humanizados para os usuários requer formas de relação institucionais humanizadas também entre funcionários e chefias, entre os próprios colegas e pessoas que trabalham nas mesmas áreas, com formações e responsabilidades diferentes.

Voltemos às perguntas. Dessa vez, para checar o chamado “clima institucional”. Que momento sua organização atravessa? Seja você chefe ou funcionário, qual é sua sensação sobre a instituição em que trabalha? Há um projeto da organização? A chefia consegue explicitar o que se propõe a fazer? Quais são as prioridades da gestão, quais as linhas gerais ou diretrizes? Há espaços coletivos de deliberação, e/ou trocas de idéias e decisões? Existe alguma formalização para esses encontros ou eles são esporádicos e nada regulares?

Estas questões tocam nos aspectos cruciais da assistência e do funcionamento da organização de saúde. Tomadas em seu conjunto, elas representam o início do processo de humanização do seu hospital. É impossível pensar em humanização sem levar todos esses fatores em conta: a qualidade técnica e democrática da gerência e do processo de trabalho, a funcionalidade e a beleza dos espaços físicos, a capacidade de acolhimento e a polidez dos contatos, o respeito às diferenças e aos saberes populares, a eficiência e o aspecto democrático do sistema de saúde, seu acesso universal, sua equidade, sua complexidade e sua proximidade real das pessoas e das comunidades.

Participação na Rede Nacional de Humanização

O Ministério da Saúde tem procurado desenvolver uma série de programas para colocar em prática os princípios básicos de saúde propostos pelo SUS. O desafio, agora, é estabelecer um processo contínuo de troca de informações e intercâmbio de experiências entre esses programas. A comunicação e articulação entre eles é fundamental para o fortalecimento do SUS e, especialmente, para a difusão de uma nova cultura de qualidade no serviço público brasileiro.

Para fazer face a esse desafio, considerando-se a extensão do território nacional, a diversidade de realidades que o compõem e o volume de trabalho na área de saúde, o único caminho é a articulação das novas tecnologias do mundo digital com as formas tradicionais de contatos presenciais e vivenciais.

O trabalho em rede permite uma ampla integração, não só entre os vários setores e projetos da instituição de saúde, como também entre ela e os usuários e entre ela e outras instituições públicas ou privadas. Permite, ainda, a comunicação entre a instituição e representantes da comunidade em que ela se insere. A rede estimula seus integrantes a participar da experiência de seus outros componentes, produzindo, com isso, dois movimentos: o de autoconhecimento e o de participação mais ativa e solidária da comunidade.

A construção de uma Rede Nacional de Humanização é, portanto, um instrumento fundamental para a consolidação do trabalho de humanização desenvolvido em cada localidade. Com a Rede, fica muito mais fácil estabelecer o intercâmbio constante de idéias, estratégias e informações relevantes. Fica mais fácil, ainda, garantir o apoio e a ressonância necessários a cada iniciativa.

Objetivos da Rede Nacional de Humanização

- Tornar a instituição mais visível e confiável perante a comunidade, através da coletivização das informações sobre as ações realizadas e os resultados alcançados.
- Oferecer maior agilidade nos processos a serem desenvolvidos, através do conhecimento de novas metodologias testadas em outras iniciativas.
- Oferecer maior possibilidade de estabelecimento de parcerias.
- Garantir apoio e ressonância para as iniciativas de humanização desenvolvidas.
- Favorecer a formação de uma cultura de participação, de cooperação e de corresponsabilidade.

Como participar da Rede Nacional de Humanização

A Rede Nacional de Humanização tem como base um Website do PNHAH (www.humaniza.org.br) e uma equipe de Multiplicadores Virtuais, responsáveis pela manutenção e fortalecimento da Rede, com informações, experiências e debates relevantes ao PNHAH.

Acessando o endereço eletrônico do PNHAH, você e seu hospital poderão:

- Fazer parte da Rede Nacional de Humanização.
- Receber informações sobre os dispositivos da Rede: Banco de Projetos, Mapa Nacional de Humanização, grupos de discussão, palestras, conferências e supervisão a distância.
- Divulgar suas experiências de humanização (neste caso, é necessária a autorização da direção do hospital).

Formação de Grupos de Trabalho de Humanização

O que são?

Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH) são espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que se destinam a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Quem são seus integrantes?

Os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar devem ter uma participação equitativa de representantes das diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos da instituição: representantes da direção do hospital, da chefia dos setores e serviços, técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha etc). A coordenação do GTH deve ser escolhida democraticamente dentre as lideranças compromissadas com a idéia da humanização.

Qual é o seu papel?

- Lideram o processo de humanização no hospital.
- Promovem uma ação conjunta da alta administração do hospital e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- Buscam estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores.

- Promovem fluxo de propostas e deliberações.
- Apóiam e divulgam as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliam os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- Estimulam a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.
- Promovem a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Cinco passos para o desenvolvimento de um processo de humanização dos serviços de saúde

Humanizar é um verbo que precisa ser conjugado continuamente por um número cada vez maior de usuários, trabalhadores e gerentes da saúde, pois ele facilmente se desgasta, pode ficar cheio de significados contraditórios e designar até seu oposto, a desumanização. É preciso perguntar todos os dias: “O que estamos fazendo é humanizante ou não? Por que?”

Para facilitar esse trabalho e orientar a construção e implantação de um processo de humanização em seu hospital, sugerimos um método com cinco passos. A metodologia e as estratégias de cada um deles não precisam ser seguidas à risca. Podem ser adaptadas à realidade de sua instituição.

1º - Sensibilizar a gestão hospitalar

Objetivos:

- Sensibilizar a direção do hospital para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde.
- Obter apoio da direção para a implantação e a sustentação permanente das ações de humanização.

Metodologia sugerida:

- Estimular a reflexão conjunta sobre a questão da humanização e a realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde.

Estratégias sugeridas:

- Discutir o manual e as portarias de regulamentação do PNHAH.
- Discutir o conceito de humanização no PNHAH.
- Apresentar o vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização.
- Visitar o site do PNHAH.
- Cadastrar o hospital no site do PNHAH para sua inclusão na Rede Nacional de Humanização.

2º - Constituir Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)

Objetivo:

- Constituir um GTH composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional etc.), comprometidos com a idéia de humanização.

Metodologia sugerida:

- Levantar e convidar as lideranças de cada setor do hospital para participar da criação do GTH.
- Definir os integrantes do GTH.
- Elaborar o regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GTH.
- Escolher um coordenador para o GTH.

Estratégias sugeridas:

- Promover discussão em grupos.
- Realizar oficinas.
- Realizar reuniões por setores e serviços.
- Organizar assembléias.

3º - Fazer um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviços humanizados

Objetivo:

Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada.

- Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização).

Metodologia sugerida:

- Analisar a configuração organizacional do hospital.
- Levantar as iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no hospital.
- Utilizar os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH para avaliar as relações interpessoais profissional-usuário e as ações de humanização.
- Delinear um diagnóstico preliminar da humanização no hospital, através do levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no hospital.

- Mapear os desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantar informações sobre a história da fundação da instituição, assim como dos problemas de seu desenvolvimento e de seu estado atual.
- Traçar as características do hospital, como frequência de atendimentos e de operações médicas e cirúrgicas, número de leitos, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia etc.
- Visitar os diversos setores e serviços do hospital.
- Dar atenção especial à porta de entrada e avaliar os problemas ali encontrados.
- Aplicar pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.
- Levantar as carências e potencialidades por setores e serviços.
- Mapear as iniciativas de humanização em vigência no hospital.

4º - Elaboração e implantação de plano operacional de ação de humanização

Objetivos:

- Elaborar um plano de ação de humanização hospitalar de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específicas do hospital, bem como as ações de humanização já existentes.
- Implantar o plano de ação de humanização no hospital.

Metodologia sugerida:

- Usar uma metodologia participativa, em duas direções correlacionadas: a humanização do atendimento ao usuário e a humanização do trabalho do profissional de saúde.
- Articular o plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes.

Estratégias sugeridas:

- Promover reuniões do GTH para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH.
- Ampliar e institucionalizar as iniciativas já existentes.
- Apresentar formalmente o plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais.
- Discutir a implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços, de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas.
- Desenvolver um processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho.
- Construir redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de idéias etc).

- Divulgar, para todo o hospital, as iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas.
- Preparar material e espaços de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas, murais, eventos, jornadas).
- Participar da Rede Nacional de Humanização.
- Estimular a participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no hospital.
- Desenvolver parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

5º - Avaliação de resultados da implantação do processo de humanização

Objetivos:

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços.
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do hospital.
- Avaliar o desempenho do GTH em termos de seus objetivos e funções.
- Avaliar a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização;

Metodologia sugerida:

- Analisar as dificuldades e erros.
- Identificar oportunidades de melhoria.
- Realizar pesquisa de satisfação entre profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

- Avaliar as ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAH.

Parâmetros de humanização

A avaliação das ações de humanização a partir dos parâmetros propostos pelo PNHAH é fundamental. Mas o GTH pode, nesse trabalho, se deparar com uma série de questões que ultrapassam sua responsabilidade e possibilidade de ação. É preciso, portanto, determinar o grau de governabilidade ou ingovernabilidade que o GTH tem sobre as ações de humanização.

O GTH pode, sim, criar alternativas e soluções que ajudem a melhorar o atendimento e o trabalho em termos da humanização dos serviços. Mas para avaliar se as ações desenvolvidas promovem ou não a humanização, é preciso construir uma nova filosofia organizacional, uma cultura de humanização. E isso leva tempo. A construção dessa nova cultura envolve a participação de todos os atores do

sistema de saúde e se dá aos poucos, durante o processo de discussão, elaboração, implementação e análise das ações, campanhas e programas. É bom lembrar: humanizar é verbo pessoal e intransferível, posto que ninguém pode ser humano em nosso lugar. E é multiplicável, pois é contagiante.

Parâmetros para a humanização do atendimento dos usuários

Condições de acesso e prestação dos serviços:

- Sistema de marcação de consultas
- Tempo de espera para atendimento
- Acesso de acompanhantes e visitas
- Sistema de internação
- Sistema de marcação, realização e resultados de exames

Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

- Adequação/criação de áreas de espera
- Sinalização das áreas e serviços do hospital
- Instalações físicas e aparência do hospital
- Equipamentos
- Refeições
- Meios para efetivação de queixas e sugestões
- Espaço de recreação e convivência dos pacientes
- Clareza das informações oferecidas aos usuários:
- Identificação dos profissionais
- Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário
- Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde
- Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade

Qualidade da relação entre usuários e profissionais:

- Eficiência, gentileza, interesse e atenção
- Compreensão das necessidades dos usuários
- Informações, aos usuários, sobre o diagnóstico, tratamento e encaminhamento
- Privacidade no atendimento

Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais

Gestão hospitalar e participação dos profissionais:

- Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados
- Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários
- Manutenção de mecanismos de coleta de sugestões para a melhoria do trabalho
- Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências
- Aplicação sistemática de normas de trabalho

Condições de trabalho na instituição:

- Áreas de conforto
- Segurança
- Equipamentos e materiais
- Higiene

Condições de apoio aos profissionais:

- Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital
- Refeitório
- Área de descanso e convivência
- Atividades recreativas e/ou sociais
- Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais
- Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional
- Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários

Qualidade da comunicação entre os profissionais:

- Canais de informação e resolução de problemas e necessidades
- Canais de informações oficiais da administração do hospital
- Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades

Relacionamento interpessoal no trabalho:

- Confiança
- Integração grupal
- Cooperação

Valorização do trabalho e motivação profissional:

- Respeito
- Reconhecimento
- Motivação
- Realização
- Satisfação