

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SIMONE TEIXEIRA MENDES

**A NECESSIDADE DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CORINTO- MINAS GERAIS

2013

SIMONE TEIXEIRA MENDES

**A NECESSIDADE DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a.Dra. Eliana Aparecida Villa

CORINTO- MINAS GERAIS

2013

SIMONE TEIXEIRA MENDES

**A NECESSIDADE DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista

Orientadora: Prof^a.Dra. Eliana Aparecida Villa

Banca Examinadora

Prof^a.Dra. Eliana Aparecida Villa

Prof^a.Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte: 11/01/2014

RESUMO

Nos dias atuais, o termo “humanização” é visto como uma atitude relacionada aos princípios éticos que regem a prática de Enfermagem. Apesar de ainda não possuir um conceito completamente formulado, o cuidado humanizado deve fazer parte do cotidiano e das ações de enfermagem, com o objetivo de garantir aos pacientes uma assistência mais qualificada, contemplando tanto as suas necessidades físicas, como também as necessidades psicológicas, sociais, culturais e emocionais. Assim, realizou-se este estudo bibliográfico que objetivou elaborar um plano de ação com vistas à humanização da assistência de enfermagem no contexto da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. O levantamento dos artigos científicos, teses e dissertações se fez por meio das bases de dados LILACS e SciELO bem como análise de livros e monografias que contemplam o tema com os descritores: humanização, enfermagem e programa saúde da família. A leitura dos materiais possibilitou aprofundar o “Significado Cultural da Humanização” – tecendo comentários de diversos autores sobre os conceitos e as características do cuidado humanizado dentro de uma unidade de saúde. O segundo tema abordou a influência da (des) humanização da equipe de enfermagem no processo de trabalho– ressaltando a “ligação” entre a humanização da equipe de enfermagem com a humanização do paciente, uma vez que a equipe, quando é tratada de maneira desumana, torna-se incapaz de tratar de forma humana aqueles que se encontram sob seus cuidados e o terceiro tema discorreu a respeito da (des) humanização na atenção primária – arquitetura humanizada – como a arquitetura e as características das unidades de saúde podem influenciar no processo de humanização da assistência e no sucesso do tratamento dos enfermos. Após a realização do trabalho, foi possível concluir que a implantação da humanização dentro da Estratégia Saúde da Família só é possível através da “sensibilização” dos gestores e dos profissionais de saúde, em “cuidar” do paciente como um todo, em sua essência. A humanização é muito mais do que oferecer um sorriso ou chamar pelo nome. É baseada em princípios de solidariedade, de empatia, de fraternidade e, principalmente, de ética. É doar-se de coração para a realização das ações de cuidado com cada indivíduo, respeitando as suas necessidades individuais.

Palavras-chave: Humanização. Cuidado Humanizado. Programa Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

Nowadays , the term " humanization " is seen as an attitude related to the ethical principles governing the practice of nursing . Despite not having a concept completely formulated , humanized care should be part of everyday life and nursing actions in order to ensure patients a more qualified , covering both their physical needs , but also the psychological, social cultural and emotional . Thus , it was held that this bibliographical study aimed to develop a plan of action aimed at humanization of nursing care in the context of nursing in the Family Health Strategy . The survey of scientific papers , theses and dissertations were made through the databases LILACS and SciELO and analysis of books and monographs that address the issue with the descriptors : humanization , nursing and family health program . The reading material allowed deepen the " Cultural Significance of Humanization " - commenting from various authors on the concepts and features of humanized care in a health facility . The second theme addressed the influence of (dis) humanization of nursing staff in the process of work - emphasizing the " connection " between the humanization of nursing staff with the humanization of the patient , since the team is treated as inhuman becomes unable to treat humanely those who are under their care and the third theme talked about the (de) humanization in primary - humanized architecture - how the architecture and characteristics of health facilities can influence the process quality care and successful treatment of the sick . After completion of the work , it was concluded that the implementation of humanization in the Family Health Strategy is only possible through the " awareness " of managers and health professionals in " taking care " of the patient as a whole , in its essence . Humanization is much more than offer a smile or called by name. It is based on principles of solidarity , empathy, fraternity , and especially ethics . It is self-giving heart to perform the actions of caring for each individual , respecting their individual needs .

Keywords : Humanization . Humanized care . Family Health Program . Nursing .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
1.1 Justificativa.....	11
2 OBJETIVOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Significado cultural da humanização.....	15
4.2 A influência da (des) humanização da equipe de enfermagem no processo de trabalho.....	22
4.3 A (des) humanização na atenção primária – arquitetura humanizada.....	29
5 PLANO DE AÇÃO	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

Adotada no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve seu início com a instituição do programa de Agentes de Saúde, ocorrida no Ceará, no final dos anos 80 e que foi concebida, entre outras coisas, para ser um elo entre as comunidades e os serviços de saúde. A princípio, ocorreu em municípios com grandes extensões rurais e poucos recursos para realizar suas ações de saúde. Essa experiência permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo território nacional.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção de saúde dessa comunidade (FARIA 2010, p.36).

Em 1994, tendo como referência as experiências desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra e em função dos bons resultados obtidos com o PACS, criou-se o PSF, que instituiu uma equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde, em equipe, visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias.

A Estratégia Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe como uma nova forma de consolidar a proposta de mudança de modelo. No modelo tradicional o trabalho ocorria, quase que exclusivamente, por área de conhecimento, medicina, enfermagem, odontologia, tendo o corpo doente como objeto e a cura como objetivo.

Trabalhar em equipe não é fácil, exige humildade para ouvir, conhecer e compreender o trabalho de cada um e a proposta do trabalho conjunto. Requerem, de cada trabalhador, o desejo de mudar e despojamento para mudar hábitos e costumes já arraigados. A equipe em que atuo é composta por: uma Enfermeira, um Médico, um dentista, uma técnica de Higiene Dental, uma Aux. de enfermagem e sete ACS, uma recepcionista e duas Aux. de serviços gerais.

As atividades da equipe devem resultar de um processo permanente de planejamento e avaliação, com base em informações sobre o território, em indicadores de saúde locais, em protocolos e na própria dinâmica interna de trabalho. A enfermagem na Estratégia Saúde da Família é responsável por várias ações incluindo ações relacionadas ao acolhimento de cidadãos que procura a unidade de saúde, agendamento de consultas e exames, realização de procedimentos como: Curativo, retirada de ponto, medicação e ações voltadas ao atendimento à demanda programada como: Planejamento Familiar, Pré-Natal, Puericultura, diagnóstico precoce do Câncer (Mama e Colo de Útero), atenção ao idoso, atenção aos trabalhadores, atenção aos adolescentes, atenção aos portadores de sofrimento mental, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, desnutrição, etc. (FARIA *et al.*, 2010).

No trabalho em equipe, todos os profissionais passam a ter responsabilidades sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção. Assim, todos se implicam com a condução das ações, do diagnóstico até a resolução, por meio do estabelecimento dos fluxos por onde passarão os usuários. Os diferentes profissionais, que não perdem seus núcleos de conhecimento e atuação, se organizam para receber, ouvir, resolver e encaminhar os usuários, permitindo mais eficiência, eficácia e resolubilidade aos serviços da unidade de saúde da família.

A atenção primária tem um aspecto relevante a ser considerado: o de poder atuar coletivamente, ou seja, de conseguir atingir um grupo determinado de pessoas. Dessa forma, a estratégia saúde da família pode se apoiar num importante aliado no processo de humanização, pois tem acesso ao círculo de convivência do usuário.

Na tentativa de conceituar o cuidado, devemos considerar, entre outras coisas, que ele é parte integrante da vida humana, e que nenhuma vida pode subsistir sem ele (SILVA *et al.*, 2008).

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e construir "um espaço concreto à assistência em saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas". Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de compreender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que

norteiam essa ação. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados (SILVA *et al.*, 2008).

A humanização exige um processo reflexivo em relação aos valores e aos princípios que orientam a prática profissional, pressupondo, além de uma terapêutica e um cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho - o doente/ser fragilizado -, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (BACKES *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estarem cada vez mais à procura de respostas que lhes garantam a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à obrigação de respeito à dignidade da pessoa humana (WALDOW, 2001).

O setor de saúde brasileiro passou por notáveis evoluções tecnológicas e científicas. O avanço da tecnologia acarretou na rapidez das rotinas de trabalho, na economia do tempo, do espaço e de vários outros recursos aplicados em benefício do homem. No entanto, apesar de todos esses progressos, ainda não foi possível a substituição da “pessoa que cuida”. O racionalismo tecnicista acabou por perder de vista o ser humano em todos os seus aspectos e trouxe consigo a realidade de uma assistência de forma fragmentada e mecanizada, por meio da utilização de protocolos e rotinas de trabalho que são diariamente aplicadas aos usuários dos serviços de saúde. Os valores humanos foram, aos poucos, sendo abandonados. Entretanto, para que a ciência seja absolutamente efetiva e resolutiva, estes valores devem ser resgatados, visando o exercício eficiente das práticas de saúde capazes de atender a integralidade da assistência, visando à melhoria do atendimento e ao cumprimento dos preceitos constitucionais (DAL PAI e LAUTERD, 2005).

Na enfermagem, a assistência humanizada visa ao ser humano em sua integralidade, ocupando-se tanto dos componentes adoecidos quanto dos sadios do ser, tais como o senso crítico e a espiritualidade. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade (DAL PAI e LAUTERD, 2005).

A organização do processo de trabalho é um sistema de esforço cooperativo com normas, métodos e processos de trabalho, atribuições, responsabilidades e

poder. Desde que o ser humano vive em grupo e faz parte da sociedade, pratica a administração, regulando o seu comportamento e dos grupos sociais. Esta regulação em uma organização demonstra a sua competência, a qual depende de uma estrutura clara de indicadores e padrões de desempenho (LIMA e ERDMANN, 2006).

1.1 Justificativa

O estudo da temática humanização no atendimento em saúde é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a equidade à participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade do profissional e do usuário.

É perceptível que na assistência à saúde, ainda existem inúmeros problemas, refletidos nos usuários e seus familiares, bem como nos pacientes, que chegam às unidades básicas de saúde, sem reserva e garantia de atendimento imediato. Toda essa demanda acaba gerando filas de espera na recepção da unidade. Ao aproximar-se do cotidiano das famílias, acredita-se que em função de sua especificidade, a assistência de enfermagem traz em seu escopo a ideologia de proporcionar aos pacientes um atendimento o mais próximo possível da assistência humanizada.

A atual relevância da temática da humanização do atendimento em saúde se dá com a priorização de um atendimento baseado em princípios como a equidade, a integralidade da assistência e a participação social de todos os usuários dos serviços. Os profissionais enfermeiros devem ser capazes de manter um contato próximo com o cliente, de maneira clara e precisa, oferecendo-lhes informações compreensíveis, isto é, ao nível de seu entendimento e amenizando a angústia provocada pelo processo de adoecimento. A humanização deve fazer parte do cotidiano e da filosofia da enfermagem. Os recursos físicos, tecnológicos e materiais não possuem mais importância do que a essência humana, uma vez que é esta essência que conduzirá o pensamento e as ações de toda a equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, tornando-o capaz de fazer julgamentos e estabelecer uma realidade mais humana.

Assim, justifica-se a realização desta pesquisa, buscando-se produções científicas acerca do tratamento humanizado exercido pelos profissionais enfermeiros (as) na Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação com vistas à humanização da assistência de enfermagem no contexto da enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer quais as concepções de humanização que vêm se configurando na assistência de enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

Conhecer os benefícios que um atendimento humanizado pode trazer aos pacientes.

Propor alternativas de trabalho para a melhoria da humanização no atendimento aos usuários na Estratégia Saúde da Família.

3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando compreender a necessidade da humanização no contexto da enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

Segundo Castro, Saconato e Guidugli (2002), a revisão bibliográfica sistemática é definida como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível.

Segundo Correa, Vasconcelos e Souza (2013), a revisão bibliográfica é uma etapa fundamental na elaboração do trabalho de conclusão de curso ou de todo trabalho científico que você vier a produzir, pois propicia o embasamento teórico dele.

Ainda para Correa, Vasconcelos e Souza (2013), a revisão narrativa é um trabalho menos amplo, mas apropriada para descrever o desenvolvimento ou estado da arte de um determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico. Geralmente uma revisão narrativa não informa com detalhes a metodologia para busca e os critérios de seleção e avaliação dos trabalhos. Constitui a seleção e análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor.

As buscas bibliográficas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Também foram realizadas consultas em publicações do Ministério da Saúde, livros e periódicos impressos, utilizando como descritores os termos: humanização; programa de saúde da família e enfermagem.

A pesquisa foi realizada a partir de periódicos brasileiros que estão disponíveis de forma gratuita. Além disso, também foram utilizadas algumas monografias, teses e dissertações publicadas e disponíveis gratuitamente na internet e alguns livros científicos publicados a partir do ano 2000. As buscas foram realizadas entre os meses de fevereiro e maio de 2013.

Após a coleta do material foi realizado uma leitura seletiva avaliando a contribuição de cada texto dentro dos objetivos propostos do trabalho e mediante resultado, elaborado o presente estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 significados culturais da humanização

O que significa “humanizar”? No que tange às questões assistenciais, este verbo deve ultrapassar o seu significado etimológico e representar muito mais do que simplesmente “tocar” ou realizar um curativo. Segundo Deslandes (2004), o conceito da humanização do atendimento ainda não está completamente formulado, porém, é geralmente relacionado a uma assistência que seja capaz de valorizar a qualidade do cuidado dedicado ao paciente, devidamente associado ao conhecimento dos seus direitos e suas referências sócio-culturais. Além disso, também implica na valorização do profissional e do diálogo entre os membros da equipe.

Humanizar consiste em resgatar a relevância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. Significa tornar as relações mais humanas, isto é, considerar tudo que se relaciona ao homem e ao que se limita a ele (SILVA, 2005; HOGA, 2004; MEZZOMO, 2002).

Como lembra Amestoy *et al.* (2006), humanizar significa acolher o paciente em sua essência, seja por meio de ações de solidariedade e afeto, seja por meio da compreensão do ser enfermo quanto à sua singularidade. É abrir-se inteiramente ao amparo do outro, de maneira solidária e autêntica, de forma a tornar o ambiente mais agradável e menos tenso, proporcionando ao paciente uma assistência mais segura e afetuosa.

Na esfera do cuidado, a humanização encontra respaldo no exercício profissional responsável, no esforço de tratar cada indivíduo de forma particular, respeitando as suas reais e potenciais necessidades e reconhecendo-o como um coparticipante em seu processo de tratamento e reabilitação (ERDMANN *et al.*, 2003).

Ballone (2004) explica que a humanização da assistência não se resume em apenas chamar o paciente pelo seu nome, ou deixar sempre estampado um belo sorriso nos lábios. Humanizar significa saber identificar e compreender os medos, as incertezas e as angústias de quem está sob nossos cuidados, oferecendo-lhe apoio e atenção permanente.

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Destaca-se nesse contexto a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, graças a uma relação dialogal, para perceber o querer ser atendido com respeito, numa relação de diálogo e de necessidades compartilhadas (PESSINI e BERTACHINI, 2004, p.4).

Para Oliveira, Zampieri e Bruggemann (2001, p. 104), a humanização do cuidado é o mesmo que “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”. As relações interpessoais e o contato direto entre indivíduos promovem o crescimento espiritual. É exatamente neste momento de troca que se realiza o verbo “humanizar”, visto que, desta forma, as pessoas possuem a oportunidade de se conhecerem e se identificarem como seres humanos.

Para Mezzomo (2002, p. 42), “qualquer empreendimento humano, para ter sucesso, deve atingir a mente, o coração e o espírito”.

No âmbito da saúde, humanizar significa oferecer ao paciente um tratamento que considere a sua totalidade como indivíduo único e singular, tendo como filosofia o bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente (LERCH,1983 *apud* PRADO e SANTOS, 2008).

Segundo Fortes e Martins (2000), no decorrer da vida, os seres humanos passam por diversas tentativas para o seu progresso pessoal. No âmbito profissional, alguns ensaios vivenciados por enfermeiros, por vezes, traumáticos, refletem de maneira direta em todas as suas atuações assistenciais ao paciente. Toda esta experiência profissional proporciona ao enfermeiro a vivência, em sua prática habitual, de um cuidado extremamente técnico e especialista, no qual não existe espaço para a demonstração de sentimentos e relacionamentos interpessoais com os seus pacientes.

O Ministério da Saúde implementou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, logo após, a Política Nacional de Humanização (PNH), com o objetivo de atender às demandas subjetivas manifestadas pelo usuários e profissionais que atuam nos serviços de saúde, visando à qualidade a integralidade da assistência (BRASIL, 2001) . A humanização da assistência à saúde subsidia o atendimento por meio de princípios

predeterminados, como: a integralidade do atendimento, a equidade e o envolvimento do usuário, o desenvolvimento de espaços que valorizem a dignidade do paciente e do profissional (CASATE e CORRÊA, 2005).

Para Santos-Filho (2007), a proposta da PNH parte de conceitos e dispositivos que têm como objetivo primordial a reorganização do processo de trabalho na área da saúde. Além disso, ainda recomenda diversas alterações nas relações sociais, nas configurações de produção e prestação de serviços e benefícios, ressaltando a obrigação de assegurar “atenção qualificada e integral” aos usuários e estratégias de expandir condições de direitos e cidadania de cada indivíduo, sempre objetivando atingir integralmente aos princípios do SUS.

Segundo Vila e Rossi (2002), a humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem, uma vez que o ambiente físico e os recursos tecnológicos nunca serão mais relevantes do que a particularidade humana. É esta essência que deve conduzir as ações e o serviço do profissional enfermeiro, capacitando-o para a realização de uma meditação crítica acerca da possível construção de uma realidade mais humana.

Assim, a enfermagem deverá trabalhar na manutenção de um contato interpessoal, de maneira que forneça aos seus pacientes, além do cuidado técnico, um pouco de afeição, atenção e responsabilidade, o que repercutirá na manutenção de uma assistência qualificada. O que é “humanizar”, senão a prática do humano – do ser? Entende-se que a humanização consiste em usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro. O termo “humanizar” significa exatamente “tornar humano”, oferecer condições humanas, tornar acolhedor e acessível. Significa saber ouvir a intuição e colocá-la em prática, naturalmente (FORTES e MARTINS, 2000; FERREIRA, 2005).

Segundo Fontes e Alvim (2008), a enfermagem, como profissão da área da saúde e que permanece muito tempo ao lado do paciente, tendo como seus principais objetivos de trabalho o cuidado que procura estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações e conhecer o outro, deve ser uma facilitadora no processo de promoção da saúde e do bem-estar físico, psíquico, social, emocional e espiritual do paciente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de doença.

O enfermeiro, por atuar em áreas fundamentais para o desenvolvimento de uma nação (saúde e educação), deve ter consciência quanto à sua responsabilidade social e ética para com a sociedade. Desta maneira, o compromisso com a preservação de um cuidado holístico (no mais amplo sentido do termo) certamente consiste em medidas garantidas e imperativas para o bom desempenho das suas funções (MATSUDA *et al.*, 2007).

Como afirma Candia (2009), ao receber um paciente no seu setor, o enfermeiro deve fazê-lo humanamente, ou seja, com “calor humano”, identificando e entendendo as suas dores, oferecendo-lhe segurança, olhar e permitir ser olhado, ouvir e permitir ser ouvido, sem julgamentos nem qualquer tipo de agressão. É necessário ter “compaixão”, que é diferente de ter “pena”. É o sentido pleno da palavra: “com-paixão”. Sabe-se que a pessoa, quando se encontra apoiada, apresenta maiores chances de recuperação e sobrevida. Contudo, para que esta cultura humana aconteça, é fundamental uma busca pelo entendimento dos seus limites e, como consequência, dos limites do próximo, visando o fortalecimento do sentimento fraternal.

Ballone (2004) ressalta que o paciente, quando busca uma instituição de saúde, ele precisa muito mais do que a cura ou o alívio dos sintomas. Ele busca preservar a vida, recuperar o conforto emocional e psicológico e a saúde como um todo. Busca ser tratado holisticamente, com os princípios da ética, da fraternidade e da solidariedade, ou seja, virtudes que ultrapassam os limites da técnica, mas que são capazes de ajudá-lo a garantir a vontade de continuar vivendo.

Sendo assim, a assistência de enfermagem deve ser oferecida de forma humanizada e holística, baseada em uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus pacientes, com o intuito de prestar uma assistência de maior qualidade possível. Discutir a humanização na área da enfermagem é o mesmo que falar do seu instrumento de trabalho: “o cuidado”. Entretanto, é necessário ressaltar que todas as ações e serviços de enfermagem só possuem sentido quando o cuidado é resultante de ações interativas, nas quais a intencionalidade dos atos e o conhecimento do que se espera de cada um no processo de cuidar sejam manifestadas (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Segundo Ballone (2004), existem algumas atitudes que se relacionam diretamente aos pilares da humanização do atendimento. São estas:

- Obter e oferecer informações a respeito da enfermidade do paciente, seu prognóstico e tratamento: é importante que os profissionais de saúde “não economizem” palavras ou qualquer outra maneira de comunicação. O silêncio do profissional constitui uma das principais queixas dos pacientes e seus familiares quanto ao “mau atendimento”. As dúvidas e a ausência de informações estão entre as causas mais importantes da não aderência ao tratamento adequado e realização de procedimentos e técnicas incorretas por parte dos pacientes, cuidadores e/ou familiares. Não obstante, diante de um profissional silencioso, o paciente tende a “fantasiar” o agravamento do seu estado de doença e, como consequência, pode agravar o seu estado emocional. Em outras linhas, pode-se dizer que a falta de comunicação e diálogo entre pacientes e profissionais de saúde pode ser iatrogênico. O paciente tem direito a informações de maneira simples e clara, adaptadas à sua condição cultural, a respeito do seu diagnóstico, da duração do seu tratamento, da localização da sua patologia, entre outros conhecimentos.
- Aliviar e controlar dores sempre que for possível: o profissional deve ser capaz de compreender as queixas físicas e emocionais dos seus pacientes, aliviando as suas dores sempre que houver possibilidade. É mister que o alívio global do paciente nem sempre é proporcionado exclusivamente através do uso de analgésicos ou outras intervenções técnicas. Para o conforto geral, é fundamental o bem-estar emocional, o qual pode envolver a constante presença de familiares e/ou amigos, a atuação de terapeutas, a utilização de medicações com efeito antidepressivo e ansiolítico, entre outros recursos psicoterápicos e ocupacionais. Neste momento, o paciente necessita de atenção emocional, ou seja, de um profissional que compreenda as suas queixas, mesmo que estas não tenham base fisiopatológica ou anatômica. O que está em questão não são os limites fisiológicos, mas sim, a representação da realidade pelo paciente, a sua experiência quanto ao processo de adoecer e o seu estado existencial atual.
- Respeitar a qualidade e o estilo de vida de cada paciente: deve-se evitar, sempre que possível, as limitações do estilo de vida dos pacientes, em virtude do tratamento

da doença (desde que o estilo de vida não seja o principal objetivo do tratamento, como nos casos de tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros). Muitos profissionais ainda são insensíveis a estes valores, priorizando os seus tratamentos em detrimento da qualidade de vida dos pacientes e, na maioria das vezes, a comodidade do profissional acarreta no grave desconforto ao paciente.

- Oferecer suporte emocional ao paciente enfermo: muitos indivíduos têm o seu quadro clínico agravado após conversarem com profissionais de saúde, justamente pelo fato dessas conversas serem destituídas da sensibilidade necessária para a promoção do bem-estar físico e emocional do paciente. Essa impassibilidade emocional, muito comum em um ambiente que deveria trazer conforto, muitas vezes pode acarretar no agravamento dos sinais e sintomas, desenvolvimento do estado ansioso e de quadro depressivo, comprometendo extraordinariamente o processo de recuperação.
- Oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional de saúde: o grau de insatisfação, ansiedade e frustração do profissional pode influenciar na realização do seu trabalho. Muitas vezes, o processo de implantação da humanização das instituições de saúde prioriza apenas a melhora da estrutura física das instalações. Apesar da importância da estrutura física do imóvel, sabe-se que a humanização vai muito, além disso. É imprescindível o fornecimento de condições satisfatórias para a execução do trabalho dos profissionais, para que o processo de atendimento e cuidado aos pacientes se efetue de maneira satisfatória.

Gallo e Mello (2009) afirmam a necessidade de reavaliação do cuidado por parte dos profissionais enfermeiros, de forma que os princípios da moral e da ética conduzam o seu processo de trabalho, contribuindo para que o cuidado deixe de ser apenas a aplicação de técnicas para ser uma prática na qual aquele a quem se oferece o cuidado é um ser humano, instituído de necessidades não apenas biológicas, como também emocionais, psicológicas e espirituais.

Sabe-se que a humanização constitui um processo amplo, complexo e, por vezes, demorado. Ainda existem muitas resistências, uma vez que envolve mudanças comportamentais, que sempre despertam insegurança por parte dos profissionais. Entretanto, é importante ressaltar que todos os desafios trazidos pelo processo de humanização devem funcionar como “estimulantes” para a sua

implementação, visto que expressam a possibilidade de transformações positivas na rotina de serviços e, simultaneamente, exigem reflexão e criatividade para a ampliação das configurações de dimensionamento destas modificações (MOTA *et al.*, 2006; SANTOS-FILHO, 2007).

4.2 A Influência da (Des) humanização da Equipe de Enfermagem no Processo de trabalho

Para uma melhor compreensão da problemática do processo de humanização, é necessário conceituar o processo de adoecimento como uma conseqüência do processo biológico, mas não exclusivamente dele, como conseqüência das condições de existência do indivíduo, das suas questões psicológicas, emocionais e de relacionamento humano. Desta maneira, é possível visualizar o “paradoxo” que norteia a humanização da assistência à saúde, quando os seus atores (os que cuidam e os que são cuidados) sobrevivem em um mundo inteiramente “carente de humanidade” (RIZZOTTO, 2002).

Sendo assim, torna-se necessária a obtenção de um suporte emocional ao paciente que se encontra fragilizado fisicamente e emocionalmente. No entanto, podemos constatar a elevação significativa do índice de pacientes que apresentam uma piora dos sintomas físicos e emocionais logo após o contato com a equipe de saúde. Este fato é constantemente vivenciado nas instituições hospitalares. Porém, o que se pretende analisar é: “como o profissional da área da saúde poderá oferecer este suporte emocional, se ele mesmo não o tem?” (BALLONE, 2004).

Segundo Damas *et al.* (2004), é preciso levantar questionamentos sobre como a equipe de saúde é capacitada e preparada psicologicamente para o enfrentamento da sua rotina diária de trabalho, uma vez que lidam diariamente com pessoas em estado frágil. As equipes de saúde, em especial a de enfermagem, também necessitam de suporte emocional e psicológico para exercer um trabalho de qualidade junto ao paciente.

Entretanto, como se pode obter este apoio emocional, se muitas instituições de saúde ainda utilizam o estilo de gestão “centralizada”, na qual os gestores, geralmente, mantêm-se distantes dos demais profissionais e próximos apenas aos objetivos empresariais? Na maioria das vezes, os gestores não agem como facilitadores do serviço, mantendo os funcionários apenas como cumpridores de

tarefas burocráticas pré-estabelecidas. É importante que nenhum indivíduo se sinta e seja isolado, devendo-se eliminar barreiras e obstáculos, de se comunicar com um grande número de pessoas, de concretizar vitórias em curto prazo e, muito menos, de gerenciar projetos e de mudança. O estilo de gestão centralizada e autocrática, que não permite a existência de flexibilidade no desenvolvimento do processo de trabalho, acarreta para os trabalhadores uma carência de humanização quanto às relações interpessoais (DAMAS *et al.*, 2004).

Em contraste, também é fundamental considerar as dimensões subjetivas com o prazer pessoal da realização do trabalho. Este prazer é essencial para o bom desenvolvimento de qualquer atividade profissional. Porém, observa-se a influência de fatores externos na escolha profissional dos indivíduos, desvinculando esta escolha do valor subjetivo do prazer pessoal (LIMA, 1998 *apud* PRADO e SANTOS, 2008).

Desta forma, o processo de humanização da assistência demanda a consideração tanto da experiência e expectativa dos pacientes quanto da experiência, satisfação e expectativa dos profissionais, visando à contribuição para a promoção das ações de saúde, programas e campanhas políticas e assistenciais a partir da visão destes dois atores (BETTS, 2007).

Segundo Urasaki (2003), outra questão a ser considerada consiste no modelo de cuidado adotado até então, o qual desconsidera o envolvimento emocional dos que cuidam e dos que são cuidados. No entanto, considera-se imprescindível o resgate do modelo comportamental baseado no envolvimento interpessoal, a partir do seguinte questionamento: “como é possível a efetivação de uma profissão da ordem do relacionamento humano propor o ‘não envolvimento?’ ”

Hoga (2004) comenta que as preocupações com a humanização surgem quando, no cenário da saúde, o que se apresenta são usuários vítimas de maus tratos constatados pelos meios de comunicação e pela comunidade científica. Esta realidade é evidenciada por meio de denúncias contra os aspectos negativos da assistência. Geralmente, a atenção está inteiramente voltada para o tratamento, mas a ética que norteia a assistência, as condições e os meios disponíveis para tal e as condições destinadas ao cuidador também merecem total atenção e consideração.

Destaca-se a necessidade de atenção e humanização para com os profissionais da equipe de enfermagem, ao mesmo tempo em que se verifica a formação de profissionais ainda centralizadas no aprendizado técnico e racional,

individualizado, com tentativas muito isoladas de exercício de crítica, sensibilidade e criatividade. Arquiva-se, então, a prioridade para a inclusão de conteúdos e conhecimentos humanísticos, como, por exemplo, os aspectos psicológicos, antropológicos e sociológicos na área da saúde. Todavia, a inclusão destas noções e fundamentos deve ser relacionada com a prática cotidiana, e não apenas limitada aos livros, para que façam sentido aos profissionais (PRADO e SANTOS, 2008).

Matsuda *et al.* (2007) ressaltam que, ao aproximarmos a questão da humanização em instituições de saúde, onde a prática do cuidado de enfermagem é mais evidente, podemos observar que raramente as lideranças se atém às necessidades pessoais da sua equipe. Neste sentido, o enfermeiro, além de liderar e atuar no processo cuidativo do paciente, ainda sofre diversos tipos de pressões advindas de várias fontes, o que ocasiona sentimentos de frustração e/ou descontentamento, podendo resultar em iatrogenias diversas.

Segundo os autores supracitados, é indispensável que as instituições de saúde “cuidem” da equipe profissional de Enfermagem, com o objetivo de superar os possíveis desgastes no processo de trabalho e evitar o prejuízo relacionado à qualidade do serviço. Acredita-se que as instituições e os seus gestores necessitam abrir espaços para que os trabalhadores realizem adequadamente à prática do autocuidado e melhorem as relações interpessoais de toda a equipe.

A humanização da equipe de Enfermagem constitui, fundamentalmente, em tornar “bela” um trabalho que lida com o que existe de mais doloroso, degradante e triste na natureza humana: a doença, o sofrimento, a deterioração e, por fim, a morte. A humanização não deve ser encarada apenas como um método de harmonizar o convívio, mas sim, como uma constante luta contra a “inumanidade” já existente (BAREMBLITT, 2007).

Muitos são os questionamentos a respeito das condições que os profissionais possuem para oferecer um atendimento qualificado e humanizado, tendo em visto que, muitas vezes, são submetidos à realização de tarefas mecanizadas, que os limitam na sua transformação de profissionais críticos e sensíveis (PRADO e SANTOS, 2008).

Segundo Rizzotto (2002), o processo de humanização da equipe de enfermagem tem sido dificultado, em virtude da sobrecarga de trabalho, das precárias condições do ambiente em que se realizam as ações e atividades, das baixas remunerações, dos desgastes físicos e psicológicos dos trabalhadores. Se o

cuidador não está sendo cuidado, ele, certamente, sofre com isto. Este sofrimento pode ser exteriorizado na forma de esgotamento físico e emocional, acarretando em atitudes pessoais negativas, baixa estima e, conseqüentemente, perda de interesse em “cuidar do outro”.

Entende-se que existe uma incoerência entre as condições que se enfrentam no trabalho e a visão idealizada da profissão de Enfermagem. A grande maioria das instituições de saúde do nosso país caracteriza-se pela má remuneração do profissional, pelo excesso de trabalho, pela precariedade dos recursos tecnológicos, físicos, financeiros e humanos necessários à execução das atividades, pela insegurança quanto à realização do trabalho, pela dificuldade de comunicação e relacionamento interpessoal com a equipe interdisciplinar, entre outros. Todos estes fatores fazem com que o profissional negue não apenas a si mesmo, como também aos outros que se submetem aos seus cuidados (LUNARDI *et al.*, 2004).

Vale lembrar que a baixa remuneração dos serviços de enfermagem constitui um dos principais fatores de desumanização do profissional e condiciona os enfermeiros a exercerem dupla ou tripla jornada de trabalho, associada à alta demanda de serviços. O baixo reconhecimento do trabalho, aliado à desunião dos profissionais da área, constantemente resulta em “absenteísmo” e mudança de profissão e/ou instituição, comprometendo o desempenho organizacional e profissional (MATSUDA *et al.*, 2007).

Diante a defesa pela humanização do profissional enfermeiro, surgem vários questionamentos. “Como cuidar do paciente e humanizá-lo, sem que anteriormente o profissional humanize a si mesmo e se sinta humanizado?” “Como realizar um atendimento baseado em aspectos mais humanos, se os meios como o processo de assistência ocorre tendem à fragmentação do cuidado e ao distanciamento entre o profissional e o paciente?” Sabe-se que muitas questões deste tipo não possuem respostas, ou parecem ser irrelevantes para a sociedade, uma vez que parecem natural e óbvio que o profissional já seja e se sinta “cuidado”. Ledo engano. Só quem vivencia este mundo de trabalho poderá dizer (MATSUDA *et al.*, 2007).

Desta forma, é importante ressaltar que o processo de humanização dentro das instituições de saúde deve ser realizado em via de mão dupla: profissionais e pacientes, uma vez que ambos são apreciados pelos mesmos sentimentos, os mesmos medos e anseios, além de viverem em uma mesma sociedade em condições de igualdade de sobrevivência (PRADO e SANTOS, 2008).

Como lembram Erdmann *et al.* (2003), a humanização na esfera da saúde constitui uma responsabilidade profissional, devendo respeitar as necessidades intrínsecas, estimular as potencialidades e considerar as peculiaridades deste processo de trabalho – o “cuidar”. Além disso, também envolve o cuidado a si mesmo, o processo de comunicação, a postura profissional e as atividades direcionadas. Entretanto, a maior dificuldade é que a humanização é um processo que precisa ser “sentido”, percebido como um resgate à subjetividade do paciente. Subjetividade esta que, só poderá ser resgatada com a abrangência da subjetividade do profissional.

Matsuda *et al.* (2007) ressaltam que outra medida muito relevante e eficiente para a humanização do Enfermeiro é o inter-relacionamento com os demais colegas de equipe. Sendo assim, a convivência do grupo não deve limitar-se apenas ao ambiente de trabalho, que quase sempre é fastidioso e dificulta o compartilhamento de idéias e experiências. Dentre as atividades disponíveis fora do “mundo do trabalho”, sugere-se sessões de filmes e/ou jogos, dança, grupos de estudos, festas, realização de exercícios físicos, happy-hour, entre outros.

Na maioria das instituições de saúde, percebe-se que os profissionais de Enfermagem geralmente não se atêm para o aspecto da sua própria humanização no trabalho e, quando isto ocorre, na maioria das vezes se restringe a raros encontros, como as confraternizações de fim de ano – cuja participação traz em sua essência o conceito de obrigatoriedade. Apesar disso, pode-se dizer que ainda é possível pensar em cuidado humanizado no âmbito da enfermagem. Contudo, deve-se desenvolver, nos trabalhadores, a competência humanística da mesma forma que é desenvolvida a competência técnico-científica, oferecendo-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade total da assistência (PAI e LAUTERT, 2005).

Um dos instrumentos que contribuem para a aceitação e o respeito à individualidade da pessoa (ou seja, a própria “humanização”) consiste na melhoria das relações com a equipe de trabalho, inserindo valores de origem espiritual na realização das rotinas de trabalho – e também fora do ambiente trabalhista. Esta grandeza é destacada por diversas enfermeiras brasileiras, que consideram que o homem é essencialmente divino e, portanto, a sua espiritualidade deve ser inteiramente valorizada. Ainda mencionam que o valor espiritual é de fundamental importância para a re-humanização do trabalho gerencial do Enfermeiro (MENDES *et al.*, 2002).

A questão da desvalorização e desumanização do profissional de Enfermagem ainda é pouco enfatizada em nosso meio. Uma grande prova disso é a escassez de publicações referentes ao tema e as diversas queixas manifestadas pelos próprios Enfermeiros que atuam em cenários distintos. Dentre as principais queixas, consta a falta de reconhecimento e autonomia do Enfermeiro, a dificuldade de relacionamentos e comunicação entre os membros da equipe, os baixos salários e a sobrecarga de serviços – em virtude da baixa quantidade de profissionais (MATSUDA e ÉVORA, 2003).

Segundo Wendhausen e Rivera (2005), em virtude da perspectiva do cuidado de si como princípio ético, têm-se a fragmentação do cuidado, a instantaneidade entre a produção e o consumo do trabalho (o que dificulta a sua valorização), o pouco valor atribuído pela sociedade ao manuseio do corpo, o mito de que Enfermagem é uma profissão dedicada à caridade, a desvalorização da profissão pelos próprios profissionais. Tudo isso favorece a alienação e a desumanização do profissional e da profissão.

Os autores anteriormente citados ainda afirmam que outro fator importante que contribui para a desumanização dentro da Enfermagem é que os próprios profissionais não abordam diretamente o assunto, contribuindo para que a Enfermagem seja ainda visualizada por muitos como uma “ocupação” dedicada exclusivamente à beneficência e ao altruísmo.

Lunardi *et al.* (2004) corroboram com a idéia de que os seres humanos constituem organismos complexos e passíveis de serem influenciados pelo ambiente externo. Os profissionais de enfermagem, por serem sujeitos atuantes ativos na sociedade para a manutenção e/ou recuperação da saúde e da vida dos indivíduos, também são seres que influenciam e sofrem influências do meio no qual se inserem. Com o intuito de conhecer as suas possibilidades e limitações para o cuidado com o outro, o enfermeiro, antes de tudo, precisa se conhecer quanto às suas necessidades pessoais e profissionais. Assim, pode-se afirmar que, para alguém cuidar de outro alguém, primeiramente precisa demonstrar que pode conduzir o cuidado, que conhece os limites de sua prática e que necessita respeitar o outro como sendo diferente de si próprio.

Sabe-se que a enfermagem deve sempre realizar as suas atividades com o objetivo de estabelecer o bem-estar dos pacientes aos seus cuidados. Porém, não se pode esquecer de que os próprios enfermeiros e a sua equipe de trabalho

também apresentam necessidades e expectativas que devem ser atendidas para a melhoria constante do seu desempenho. É fundamental que a execução do seu trabalho, a convivência com os seus colegas e o ambiente das suas atividades trabalhistas o façam sentir humano e humanizado, no mais amplo sentido da palavra (MATSUDA *et al.*, 2007).

Neste sentido, é possível concluir, mesmo que de forma intuitiva, o quanto o cuidado humanizado é de fundamental importância em todos os estabelecimentos que tratam a saúde. Esta percepção nos remete a uma maior dimensão sobre o que realmente significa a humanização, ultrapassando os limites do leito do paciente, ultrapassando a figura do indivíduo doente que necessita de cuidados e ampliando-se também aos indivíduos que compõem a equipe de Enfermagem (MARZIALE; CARVALHO, 1998 *apud* PRADO e SANTOS, 2008).

4.3 (Des) humanização na Atenção Primária – arquitetura humanizada

Segundo Toledo (2002), nos dias atuais, o objetivo primordial de muitos centros de saúde e hospitais consiste em oferecer aos seus pacientes um ambiente projetado para a melhora do seu estado de saúde, uma vez que influenciam na sua recuperação. Em outras palavras, são desenvolvidos ambientes físicos que são capazes de trazer benefícios físicos e psicológicos aos enfermos que ali estão fazendo com que os mesmos se sintam mais confortáveis.

Diversos pesquisadores, em novos campos da medicina, como na Psiconeuroimunologia, têm dedicado estudos sobre a relação entre a mente, o corpo e a saúde. Está ficando cada vez mais claro que o estado da mente consiste em um importante fator para a recuperação dos pacientes quanto à sua doença (JONES, 1996 *apud* VASCONCELOS, 2004).

De acordo com Vasconcelos (2004), o ambiente pode influenciar diretamente no estado de bem-estar dos indivíduos. Seus elementos podem provocar estímulos sensoriais nas pessoas, evocando respostas que, geralmente, se refletem no seu comportamento e nas suas atitudes. O planejamento das unidades de saúde, obviamente, acarreta em impactos na funcionalidade e na estética do local e, como conseqüências provocam respostas psicológicas nos pacientes que ali se encontram.

Assim, ainda de acordo com a autora citada anteriormente, a humanização do ambiente de saúde; constitui na qualificação do espaço construído, com o objetivo de promover ao usuário – ser humano – conforto físico e psicológico, por meio de atributos ambientais que provocam a sensação de bem-estar, para a adequada realização de todas as atividades destinadas à saúde.

Todavia, é necessário ter cuidado para não implementar a humanização do ambiente de maneira generalizada. É imprescindível atender às necessidades particulares dos usuários para se obter êxito neste projeto. A população de pacientes não é composta por indivíduos com as mesmas necessidades. Sendo assim, o termo “ambiente humanizado” é muito generalista e deve se tornar mais específico, diante das diferentes necessidades de cada paciente (CALMENSON, 1996 *apud* VASCONCELOS, 2004).

Para Vasconcelos (2004), faz parte do conceito de humanização o atendimento das necessidades e expectativas dos pacientes quanto à utilização de um determinado ambiente. Desta forma, é fundamental conhecer as características da população que irá utilizar o espaço e as atividades predominantes que esta população irá desenvolver, visando projetar o ambiente de forma adequada.

Essa mesma autora ainda cita um bom exemplo relacionado às necessidades específicas dos pacientes de um determinado local: “pacientes com doença de Alzheimer”. Algumas pesquisas demonstram como um ambiente terapeuticamente planejado é capaz de facilitar no processo de independência destes pacientes. Muitos pacientes com Alzheimer se distraem facilmente na presença de estímulos ao seu redor, podendo ficar extremamente agitados. Assim, por vezes é necessário um ambiente íntimo e menor, onde o Enfermeiro possa trabalhar com dois ou, no máximo, três pacientes simultaneamente. Não obstante, as cores também devem ser mais claras, visto que, em um ambiente muito colorido os portadores desta doença tendem a ficar mais estimulados.

Ulrich (1990 *apud* VASCONCELOS, 2004) comprovou, por meio de diversas pesquisas científicas, que a natureza promove um bem inigualável ao corpo humano. Após dirigir uma seqüência de estudos com grupos de estudantes de universidades, ele pôde concluir que, ao visualizar os ambientes naturais, os pacientes apresentam uma significativa melhora do seu estado de saúde, aumentando a qualidade da recuperação. Isto se deve ao fato de que os elementos naturais promovem a recuperação de sentimentos positivos, reduzindo as emoções

negativas – como o medo, as angústias, a solidão, o nervosismo e a tristeza. Para a concretização da pesquisa, uma amostra de 120 pessoas assistiu a um filme estressante e, logo após, foram submetidos a imagens de paisagens coloridas e sons tranqüilizantes. Os dados foram obtidos por meio de exames fisiológicos, que aferiram a tensão muscular de cada indivíduo, a pulsação, a frequência respiratória, a pressão arterial e o comportamento da pele. Segundo os resultados, a recuperação do estresse foi muito mais eficaz e completa quando os indivíduos foram expostos às imagens de paisagens naturais do que quando foram expostos a cenas urbanas (e estressantes).

Assim, conforme descrito são vários os caminhos possíveis para atingir um processo de trabalho mais humanizado que possa se estender à atenção à saúde do usuário que frequenta nossos serviços diariamente. De modo modesto, apresentamos a seguir uma proposta de ação que pode auxiliar no processo de humanização da nossa Unidade Básica de Saúde.

5 PLANO DE AÇÃO

Nó-crítico	Operações/projetos	Ações estratégicas	Resultado	Responsável	Prazo
Desvalorização do profissional da enfermagem	Reuniões com os gestores municipais, onde será mostrado a importância do profissional da enfermagem e solicitar melhores condições de trabalho.	Apresentar para os gestores as ações realizadas pelo profissional de enfermagem dentro da equipe e solicitar melhores salários e quantidade suficiente de profissionais.	Profissionais mais comprometidos e motivados.	Gerente da UBS (apresentação do plano) e Gestores (execução)	Dezembro 2013 a Março de 2014
Falta de educação permanente em saúde	Educação continuada para os profissionais da equipe	Capacitação da equipe sobre os temas relevantes do seu trabalho.	Melhorar a formação profissional da equipe de enfermagem e assim melhorar o atendimento ao usuário.	Enfermeiros e gestores municipais.	Dezembro 2013 a Março de 2014
Humanização da ESF	Reunião com a equipe para discutir como tem sido a humanização na unidade e o que poderemos fazer para tornar o nosso processo de trabalho mais humano	<ul style="list-style-type: none"> - Criar mecanismos para estimular a humanização da equipe; - Promover o acolhimento dos usuários na unidade; - Ouvir o usuário nas suas necessidades, resolver o que nos compete e direcionar naquilo que não for solucionado dentro da unidade 	Usuários satisfeitos com o atendimento recebido e mais harmonia dentro da equipe.	A Equipe	Mensalmente

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a concretização do estudo bibliográfico, foi possível concluir que as instituições de saúde passaram por diversos avanços tecnológicos e científicos, ocasionando a rapidez das ações direcionadas à saúde e na mecanização do cuidado. O paciente deixou de ser visto, por grande parte dos profissionais de saúde, como um ser humano, que apresenta necessidades, além de físicas, psicológicas e sociais. A tecnologia, aliada ao racionalismo dos procedimentos acabou por perder de vista o “homem em todos os seus aspectos”. A assistência foi se realizando de maneira cada vez mais fragmentada e automática, onde a maior preocupação é dada às máquinas, e não ao paciente doente. Assim, os valores humanos, foram sendo, pouco a pouco, abandonados.

Nos dias atuais, as instituições de saúde preocupam-se com o resgate destes valores humanísticos, visando à qualidade da assistência de saúde oferecida aos pacientes e à garantia de sucesso no tratamento de diversas doenças. As ações de saúde, hoje, devem ser capazes de garantir a integralidade assistencial, visando o cumprimento dos preceitos constitucionais e dos princípios do SUS.

Assim, a humanização dentro das instituições de saúde visa ao bom senso, à criatividade, à integralidade, ao entrosamento e à efetivação do relacionamento interpessoal entre pacientes e profissionais. O profissional, ao prestar cuidados aos seus pacientes, deve fazê-lo da forma como eles “merecem” e “querem” ser tratados, aliando o conhecimento científico com a emoção, a espiritualidade e a ética.

Entretanto, sabe-se que a equipe de enfermagem apresenta diversas dificuldades na implementação do cuidado humanizado dentro das unidades de saúde, Vários são os fatores influenciadores, tais como: a quantidade insuficiente de profissionais (causando uma sobrecarga de serviços para cada profissional); a baixa remuneração; a falta de condições ambientais favoráveis para a adequada realização do trabalho e a desumanização dos trabalhadores. Contudo a nossa equipe irá reunir mensalmente para discutirmos o que poderá ser feito para tornarmos o nosso trabalho mais humanizado.

Como é do conhecimento de todos, a equipe de enfermagem trabalha com o principal objetivo de proporcionar o bem estar de todos aqueles que estão sob seus cuidados. Mas é claro que não se pode esquecer de que o próprio Enfermeiro e sua

equipe também apresentam necessidades e expectativas que devem ser atendidas, para o benefício do seu desempenho pessoal e profissional. É imprescindível que ele sintam-se humano e humanizado.

Sabe-se que a humanização constitui uma importante ferramenta para o processo de tratamento e recuperação dos pacientes. Contudo, também é uma ferramenta capaz de trazer qualidade para as relações humanas. Sendo assim, a humanização deve ser entendida como um mecanismo essencial também para o tratamento do profissional de saúde. Afinal, como é possível que um profissional trate humanisticamente outro ser humano, sendo que ele mesmo não é assim tratado? Desta forma, torna-se necessária uma transformação na atenção primária para a adequação desta visão humana e profissional.

Não obstante, nos dias atuais, várias organizações de saúde preocupam-se com a humanização da atmosfera física dos serviços de saúde, uma vez que as dimensões do ambiente, as cores, os objetos, o cheiro, a iluminação e o contato com o meio natural são elementos capazes de proporcionar bem-estar físico e psicológico aos pacientes e aos profissionais, tornando o espaço mais acolhedor.

Através da pesquisa, foi possível perceber que o contato com a natureza promove tranquilidade aos pacientes, contribuindo de maneira positiva no seu tratamento e tornando o ambiente mais colorido e agradável. As cores claras também favorecem a tranquilidade e o bem-estar, visto que estimulam o Sistema Nervoso Parassimpático.

Neste sentido, a humanização serve de base para o desempenho do trabalho de enfermagem utilizando não apenas procedimentos técnicos e conhecimentos científicos, mas também o “sentimento”, a afeição, o carinho e a empatia. O profissional enfermeiro deve entregar-se de maneira aberta e leal ao paciente, ampliando as relações interpessoais e reconhecendo o indivíduo que está sob seus cuidados como um ser humano que possui necessidades físicas e psicológicas. A humanização é exatamente este compartilhamento de emoções aliadas ao cuidado científico. Logo para que se possam contemplar os princípios de uma atenção integral justa e equânime, a humanização necessita ser constantemente assumida como um processo de construção participativa, descentralizada das ações profissionais, sendo paulatinamente transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, e como tal desencadeadora de novas posturas.

Com a implementação do plano de ação, acredito que nossa equipe irá melhorar em relação à humanização. Serão realizadas reuniões mensalmente com a equipe da unidade onde teremos o objetivo de sensibilizar a todos quanto à humanização; reuniremos com os gestores municipais para solicitar melhores condições de trabalho e necessidade de um quadro de pessoal adequado à demanda de serviços diários. Sabemos que a sobrecarga de trabalho atrapalha no processo de humanização, se possível, buscaremos ainda, melhores salários e, principalmente, condições materiais para a execução das nossas atividades.

Solicitaremos à gestão central a capacitação e, internamente realizaremos o processo educativo por meio da Educação Permanente para os profissionais, de maneira que, por meio do conhecimento e integração possamos oferecer um cuidado humanizado e de melhor qualidade aos nossos usuários. Assim, os profissionais sendo capacitados poderão desenvolver-se mais profissional e pessoalmente, e estarem mais envolvidos com uma atenção mais humana refletindo, conseqüentemente, em um melhor processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C *et al.* A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* v.19, n.4, p. 444-9, 2006

BACKES, D. S. *et al.* A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* v. 14, n. 1. p. 132-5. 2006

BALLONE, G. J - *Humanização do Atendimento em Saúde.* 2004. Disponível em <http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>. Acesso em 02 junho 2013, às 15:10 horas.

BAREMBLITT, G. *Que se entende por humanidade e humanização?* São Paulo; 2007. Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=46&Texto=barembritt>. Acessado em 01 junho 2013, às 20:21 horas.

BETTS, J. *Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar.* São Paulo; 2007. Disponível em: <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37&Texto=considera%E7%F5es>. Acessado em 01 junho 2013, às 20:39 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* 2001.

CANDIA, M. A. B. *Cuidado Humanizado.* 2009. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/18713/1/Enfermagem-e-o-Cuidado-Humanizado/pagina1.html>. Acesso em 29 maio 2013, às 12:25 horas.

CASTRO, A. A.; SACONATO, H.; GUIDUGLI, F.; Clark, O. A. C. *Revisão Sistemática e Metanálise.* São Paulo, 2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2005; 13(1): 105-11.

CALMENSON, Diane W. *Beyond the Basics of Health Care Desing.* SdesigNET, North Palm Beach, Jan 1996 *apud* VASCONCELOS, R. T. B. *Humanização de Ambientes Hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior.* Florianópolis, 2004. Dissertação (Pós-Graduação Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S. L *Iniciação à metodologia : textos científicos*. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013.

DAMAS, K. C. A. *et al*. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. *Rev Eletrônica Enferm*. v.6, n. 2, p. 272-8, 2004

DESLANDES, Suely F.. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DAL PAI D.; LAUTERT. Suporte Humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.58 n.2. Brasília, 2005.

ERDMANN, A. L. *et al*. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Mundo Saúde*. v. 27, n.2, p. 231-8, 2003

FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio*: o dicionário da língua portuguesa. Porto Alegre: Lexikon Inf., 2005.

FARIA, H.P., et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2 ed. NESCON/UFMG Belo Horizonte, 2010.

FONSECA, I. C. L. *et al*. *Qualidade da luz e sua influência de ânimo no usuário*. In: Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído, 2002, Rio de Janeiro. *Anais do Seminário Internacional de Psicologia e Projeto do Ambiente Construído* – CD ROM. Rio de Janeiro: Coleção PRO-ARQ, 2002.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. v.21, n.1, p.77-83, 2008

FORTES, P.A.de.C; MARTNS,C.de.L. A ética, a humanização e a saúde da família. *Rev. Bras.Enfermagem*, Brasília, v.53,n.especial,p.31-33, dez.2000.

GALLO, A. M.; MELLO, H. C. Atendimento Humanizado Em Unidades De Urgência E Emergência. *Revista F@pciência*. Apucarana-PR, vol.5, nº 1, p.1-11, 2009.

GUIMARÃES, Luciano. *A cor como informação: a construção biofísica, lingüística e cultural da simbologia das cores*. São Paulo: Annablume, 2000.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*. v.38, n.1, p.13-20, 2004

JONES, B. F. Environments that Support Healing. *Sdesig NET, North Palm Beach*,

Jul/Aug 1996 *apud* VASCONCELOS, R. T. B. *Humanização de Ambientes Hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Florianópolis, 2004. Dissertação (Pós-Graduação Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

LERCH, I. E. *Humanização no hospital*. Enfoque 1983; 11(1): 7-11 *apud* PRADO, S. N.; SANTOS, J. Reflexões sobre o Processo de Humanização da Equipe de Enfermagem. *Revista Nursing*, v. 11, n. 119, p. 189-194, 2008.

LIMA, M. S. Trabalho: ambiente de prazer e qualidade de vida. *RH Inf Gerenc*. 1998; (15) *apud* PRADO, S. N.; SANTOS, J. Reflexões sobre o Processo de Humanização da Equipe de Enfermagem. *Revista Nursing*, vol 11, nº 119, p. 189-194, 2008.

LUNARDI, V. L *et al*. O Cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004. Artigo de Revisão nov-dez; 12(6): 933- 5

LIMA, S.B.S.; ERDMANN A. L. A enfermagem no Processo da Acreditação Hospitalar em um Serviço de Urgência e Emergência. *Revista paulista de enfermagem*. v.19, n.3. p. , 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARZIALE, H. P, CARVALHO, E. C. Condições ergonômicas de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de internação de cardiologia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v. 6, n.1, p.99-117, 1998;*apud* PRADO, S. N.; SANTOS, J. Reflexões sobre o Processo de Humanização da Equipe de Enfermagem. *Revista Nursing*, v. 11, n. 119, p. 189-194, 2008.

MATSUDA, L. M, ÉVORA, Y. D. M. Gestão da equipe de enfermagem de uma UTI: a satisfação profissional em foco. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v. 2, n.1, p. 11-18, 2003

MATSUDA, A. L. M. *et al*. O cuidado de quem cuida: reflexões acerca da (des) humanização do enfermeiro. *Revista Nursing*, v.109, n. 10,p 281-286, Junho, 2007.

MENDES, I. A. C. *et al*. The re-humanization of the nurse is job: a focus on the spiritual dimension. *Rev. Latino-am Enfermagem*. v.10, n.3, p. 401-7, 2002

MEYER, D.E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? *Rev. Bras. Enferm*. Brasília. v, 55, n.2 p.189-195, mar./abr., 2002.

MOTA, R. A. *et al*. Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. Maringá: *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 2 p. 323-330, mai./ago. 2006.

OLIVEIRA, M. E *et al.* Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enferm Global*. v.8, n. 8, p. 1-7, 2006

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O . M. *A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento*. Florianópolis. Ed. Cidade Futura, 2001, p. 101-108.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo, Edições Loyola: 2004.

PRADO, S. N.; SANTOS, J. Reflexões sobre o Processo de Humanização da Equipe de Enfermagem. *Revista Nursing*, v.11, n. 119, p. 189-194, 2008

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm*. v.55, n. 2, p. 196-9, 2002

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 999-1010. 2007

SILVA, M. J. P. *Qual o tempo do cuidado?*- Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2005.

SILVA, R.C. L. da; PORTO, I. S. ;FIGUEIREDO, N. M.A. de . Reflexões Acerca da Assistência de Enfermagem e o Discurso de Humanização em Terapia Intensiva. Escola Anna Nery. *Revista de enfermagem*. v. 12, n.1, p. 156-159, 2008

TEIXEIRA R.R. Humanização e atenção Primária à Saúde. Ciências. Saúde Coletiva. 2005

ULRICH, R. S. *Effects of healthcare Interior Design on Wellness: Theory and recent scientific research*. In: Symposium on Healthcare Design, 3, 1990 *apud* VASCONCELOS, R. T. B. *Humanização de Ambientes Hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Florianópolis, 2004. Dissertação (Pós-Graduação Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

URASAKI, M. B. M. A transformação: do cuidar mecânico ao cuidar sensível. *Rev Paul Enferm*. v.22, n. 1, p.72-81, 2003

VASCONCELOS, R. T. B. *Humanização de Ambientes Hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior*. Florianópolis, 2004.

Dissertação (Pós-Graduação Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino americana de Enfermagem*. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002.

WALDOW, V. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.

WALDOW, V. R. *O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes; 2004

WENDHAUSEN, Á. L. P; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* . v.14, n.1, p.111-9. 2005