

# HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NUM SETOR DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE FLUMINENSE

*Cristina Ramos de Souza Silva*

Pós-Graduada em Saúde Coletiva pelo ISECENSA.  
tinharamosssilva@yahoo.com.br

*Edson Andrade*

Mestre em Psicologia Social /UFG  
edsonandrade2004@yahoo.com.br

## **Resumo:**

O presente estudo visa discutir a humanização da saúde num setor de um hospital de referência em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro. Levou-se em conta os processos de implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica do SUS (PNHN). Para tanto fez-se uma pesquisa de campo com usuários e trabalhadores da saúde visando aferir suas percepções acerca desta política de humanização utilizada no respectivo hospital. (7 pacientes e 7 profissionais da equipe técnica).

**Palavras-chave:** atendimento, equipe, hospital, humanização, saúde.

## **Abstract:**

This study aims to discuss the humanization of the health sector in a reference hospital in a medium-sized municipality in the state of Rio de Janeiro. It took into account the deployment of devices osprocessos Policy in the National Primary Care humanisation SUS (PNHN). For both it was a field research with users and health workers to gauge their perceptions about the policy used in the humanization of the hospital (7 patients and 7 of the professional team).

**Keywords:** care, staff, hospital, humane, health.

## **Introdução**

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) garantida pela Constituição Federal Brasileira em 1988, houve um marco nas políticas públicas, no que se refere ao conceito de saúde. Entende-se que é a partir dessas políticas públicas que se pretende uma adequada qualidade de vida dos cidadãos, através da atenção à saúde mental, trabalho, moradia e educação, entre outros aspectos (BRASIL, 2003; RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A partir da concepção da saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, entram em vigor os princípios orientadores de universalidade, equidade, integralidade e participação social. A universalidade diz respeito ao acesso, não devendo haver preconceitos e privilégios; a equidade se refere à igualdade na assistência à saúde; a integralidade contempla a idéia de integração e a participação social e traz a noção de democratização para o serviço efetivo do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 2000). Os princípios do SUS na atenção à saúde devem ser aplicados por uma equipe integrada, restando uma assistência pautada na igualdade e no acesso universal. Além disso, a sociedade é estimulada a se organizar e a participar ativamente nas decisões da gestão em saúde. Inserida neste contexto, encontra-se a diretriz referente à humanização da atenção, que trata da co-responsabilização entre os serviços e a comunidade. O atendimento humanizado pressupõe o estreitamento do vínculo entre os usuários do sistema e os profissionais de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002). O atendimento no contexto de saúde tende a uma visão interdisciplinar, enfocando os aspectos de qualidade de vida no processo saúde-doença. Esta preocupação refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

A ética profissional aponta para a necessidade de vincular o atendimento prestado pelo trabalhador de saúde a um ato que se constitua em um compromisso. Desta forma, quando o profissional de saúde se aproxima do ser humano, é importante que ele possa ser capaz de agir e refletir acerca da prática de sua relação com o usuário (FREIRE, 1995).

Visando tais conceitos, realizou-se uma pesquisa num hospital de referência no norte fluminense realizada no segundo semestre do ano de 2008 com sete profissionais da equipe em questão e sete usuários de tais serviços, buscando com isso chegar à uma conclusão do ponto de vista de profissionais e pacientes acerca do processo de humanização nesse hospital.

### **Processo de humanização**

A melhoria da Qualidade e a Humanização do Atendimento constitui-se hoje uma busca indispensável para qualquer hospital que deseje ficar sintonizado com as novas práticas da atualidade.

A concepção que orienta as ações da humanização nas instituições hospitalares pressupõe que a qualidade dos serviços públicos de saúde depende da incorporação de uma atitude ética de respeito às necessidades dos usuários e dos profissionais. Fatores básicos como a infra-estrutura hospitalar, as tecnologias e a capacitação técnico-científica são fundamentais para a geração de bons resultados, mas seu impacto depende fortemente da presença ou ausência de relações humanizadas entre os profissionais e os usuários da saúde, e entre os próprios profissionais

De acordo com Boerger (2003), hospitalidade no hospital abrange, desde o atendimento médico e de enfermagem, até a acomodação do cliente e sua família, alimentação, higiene, limpeza do ambiente, ou seja, um clima hospitalar, que só será percebido se todos os profissionais estiverem envolvidos e comprometidos com a filosofia da hospitalidade. É necessário PORTANTO, que o hospital tenha uma política de gestão de pessoas que se preocupe com o treinamento e desenvolvimento, e que reconheça que somente pessoas satisfeitas com o que fazem podem ter atitudes condizentes para a criação do clima hospitalar.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, surgindo uma nova maneira de pensar sobre saúde e doença, que aponta não apenas para a ausência de doença, mas para uma vida com qualidade.

Em 1988, com a nova Constituição Brasileira, instituiu-se uma das mais significativas políticas públicas da história brasileira que é o Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência. Porém, a evolução tecnológica e científica dos serviços de saúde não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano. O aparato hospitalar propõe um atendimento objetivo, super especializado, excluindo do seu campo de atuação tudo que singularize o sujeito.

O atendimento a esse corpo conhecido através de instrumentos, mensurado, pesado, radiografado, dispensa cada vez mais o contato humano. Como manter um estatuto de humanidade, se o outro é visto através de máquinas e se os sujeitos envolvidos não se olham nos olhos? (ANGNES, 2004).

Na contramão do proposto pela definição da OMS, o planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas à saúde e à doença, quando a experiência mostra que uma infinidade de dificuldades enfrentadas por usuários e profissionais no ambiente hospitalar podem ser minimizadas, quando são considerados e respeitados tanto os pacientes, como aqueles que cuidam destes.

Então, em 2001, o Ministério da Saúde com base na experiência cotidiana do atendimento da saúde e nos resultados das pesquisas de avaliação destes serviços, constata que a maior reivindicação dos pacientes correspondia ao relacionamento dos mesmos com os servidores das unidades hospitalares e que a adesão ao tratamento era especialmente influenciada pela relação dos mesmos com o profissional. Concebido como uma resposta à necessidade de melhoria da qualidade do atendimento à saúde brasileira, é lançado Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atenção à saúde, em benefício tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Este programa propunha – ao lado da recuperação das instalações físicas das Instituições de saúde, da renovação de equipamentos, da aquisição de aparelhagem tecnológica moderna e do barateamento dos medicamentos – a capacitação do quadro de recursos humanos e o desenvolvimento de ações que buscassem a melhor qualidade do contato humano presente em toda a intervenção de atendimento à saúde.

A ênfase do Programa era colocada na assistência, no atendimento, na atenção. Mas, no relatório de avaliação do Projeto-Piloto implantado em 94 hospitais da rede pública (BRASIL, 2003), fica evidente que esta questão está indissolúvel e crucialmente vinculada aos modelos de gestão, que necessitam, eles mesmos, de novos caminhos, que implicariam na superação de barreiras institucionais, de política e de gestão, uma vez que as mudanças no modelo de atenção não são possíveis sem mudanças no modelo de administração.

Assim, em 2003, estas mudanças passam a ser vistas pelo Ministério da Saúde não apenas como um conjunto de princípios e diretrizes a serem traduzidos em ações integradas, elas passam a incluir, além da atenção, a gestão e que tem como objetivo fundamental, aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário. Para tanto, esta política preconiza modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e Serviços da Instituição e entre a Instituição e as demais instâncias que constituem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

As proposições acima constituem a Política Nacional de Humanização (PNH), do Sistema Único de Saúde, conhecida como Humaniza SUS (BRASIL, 2003), que propõe uma mudança na cultura da atenção ao usuário e na gestão dos processos de trabalho, em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e de estreitamento dos vínculos entre os profissionais componentes da Instituição de saúde e entre estes e os usuários.

### **A humanização do atendimento a partir dos pressupostos do sistema único de saúde**

A Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) foi desenvolvida no ano de 2003 com o desafio de uma prática de saúde em que o profissional passa a ver a pessoa na sua totalidade e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como um indivíduo que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença (ANGNES, 2004). Esta política surge na tentativa de integração entre profissionais, usuários e gestores no SUS.

Conforme exposto anteriormente, a saúde é concebida de uma forma ampla, não entendida simplesmente como ausência de doença, mas sim em relação a uma adequada qualidade de vida. Deste modo, ao se lidar com as Políticas Públicas do SUS, deve-se sempre ter em vista os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde.

Desde a implantação do SUS, a Saúde Coletiva passou por difíceis momentos, em que houve a desvalorização dos trabalhadores da saúde, o baixo investimento na reciclagem educacional destes, além da pouca participação na gestão dos serviços. As pessoas seguem reproduzindo modelos sem a reflexão dos motivos e da finalidade de se realizar determinadas tarefas (BRASIL, 2003). Essa situação acaba contribuindo para a desqualificação da Saúde Coletiva, ao fragilizar, muitas vezes, o vínculo do profissional da saúde com os usuários. Dentro deste contexto, o que se pode fazer para qualificar os atendimentos no SUS? Como valorizar o ser humano perante a carência de profissionais para lidar com a sua própria dimensão subjetiva? Questões como essas são difíceis de serem respondidas.

Conforme Clotet (1996), este caminho seria possível através de uma reflexão que busque o valor supremo da pessoa, de sua vida, liberdade e autonomia em face do bem-estar da sociedade como um todo, visando-se uma melhor qualidade de vida, tanto do paciente quanto do profissional. Segundo Mattos (2001), há profissionais que, não conseguindo lidar com pessoas, preocupam-se somente em tratar doenças, desconsiderando desejos, aspirações e sonhos. A integralidade da atenção à saúde, na singularidade de cada serviço, conforme Cecílio (2001), pode ser vista como a busca da equipe de saúde pelo atendimento de tais necessidades, que devem ser tidas sempre em sua expressão singular. De acordo com Cecílio (1997), é necessário pensar em novos fluxos de atendimento em a partir da realidade dos usuários e das novas tecnologias de trabalho e gestão, que visem à humanização e ao comprometimento com a vida das pessoas.

A humanização, por ser mais do que um ato humanitário, requer a implementação de um processo interdisciplinar reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática de diferentes profissionais de saúde em busca da sua dimensão ética. Falar em humanização, no ambiente hospitalar, pressupõe, além de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos trabalhadores ao seu principal alvo de trabalho – o doente/ser fragilizado – uma nova postura ética e relacional que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Logo, humanização significa considerar a essência do ser humano, o respeito à individualidade e às diferenças profissionais, bem como a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde o qual legitime o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência. Assistência (NOGUEIRA, 2001).

O profissional poderá chegar a ser sujeito e agente de mudança, através da ação-reflexão sobre sua realidade concreta. Quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade subjetiva, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la. Portanto, o ser humano passa a ser sujeito e agente de mudança por meio da reflexão a respeito do ambiente e da sua situação concreta, o que lhe permite o seu próprio desenvolvimento e crescimento.

Segundo Nogueira (2001), os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as condições e relações de trabalho e o seu modo de agir, podem inserir-se de maneira crítica e consciente, na realidade. Problematizar a temática da humanização, mais especificamente num espaço relacional, implica uma reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, no sentido de torná-los sujeitos e agentes de transformação.

Para que haja o estabelecimento de um vínculo adequado — atendimento humanizado — assim como para respeitar a própria individualidade da pessoa, Francisconi e Goldim (1998) entendem a confidencialidade como sendo uma das bases de sustentação em uma relação produtiva entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços. De acordo com Brasil (2003), a humanização do SUS pode ser tomada, de forma geral, como uma mudança de visão dos profissionais ao prestarem serviços aos usuários. Essa nova visão representa um aumento do grau de comprometimento em relação aos atendimentos e ao serviço como um todo, indicando a co-responsabilidade de cada um. A partir disto, pode-se pensar num maior engajamento dos profissionais da saúde com os usuários e com a sua própria atuação profissional, dando visibilidade às dimensões ética, subjetiva e humana.

Para tanto, é importante haver uma constante troca de saberes entre as diferentes áreas do conhecimento através do diálogo, da participação da comunidade e do trabalho em equipe. Assim, é preciso que exista o cuidado, não somente dos usuários que buscam o serviço com alguma queixa física ou psíquica, mas também, o do profissional de saúde, visto que parece haver uma grande exigência para que este tenha saúde e equilíbrio suficientes para suportar a demanda de sua área. A assistência à saúde — além de contemplar a clínica dos diversos profissionais deste campo — de acordo com Kunrath, Kantorski e Borges (2002) depende das relações que a gestão pública estabelece com a população usuária do serviço, a fim de que esta se sinta efetivamente cuidada e segura na obtenção das terapêuticas necessárias. Para que haja uma boa relação entre a unidade de saúde e a população, torna-se de fundamental importância a presença do acolhimento, do vínculo e da resolutividade.

O cuidado à saúde envolve atendimento individual, ações coletivas, participação política e controle social, já que para escutar não se pode estar apenas orientada somente para os processos fisiológicos ou patológicos. Assim, a construção da integralidade diz respeito ao entendimento do contexto histórico, cultural, político, ideológico e gerencial dos serviços de saúde.

O risco de tomarmos a humanização como mais um “programa” seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade.

Com isto, estamos nos referindo à necessidade de adotar a humanização como diretriz política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva.

A humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde.

Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS. Acreditamos que a humanização deva caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde. Mas, queremos também que sua afirmação como política transversal garanta este caráter questionador das verticalidades com o qual estamos na saúde sempre em risco de nos ver capturados.

Como política ela deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades e Serviços de Saúde, entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (REMOR, 1999).

É neste ponto indissociável que a humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde implica mudança na cultura da atenção

dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

Neste sentido, Remor (1999) diz que a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e de sua rede social), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança entre seus componentes.

Levar em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde transforma a política em ações materiais e concretas. Tais ações políticas têm a capacidade de transformar ou manter a ordem, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de estarmos, constantemente, construindo e ampliando os espaços da troca para que possamos dar o sentido que queremos.

## Metodologia

Foi feita uma pesquisa bibliográfica de campo: avaliativa, qualitativa com delineamento transversal, que buscou levantar as ações de humanização existentes no âmbito da internação da Clínica Médica daquele hospital de referência citado.

A pesquisa avaliativa foi feita com base em quatorze questionários divididos igualmente entre funcionários e pacientes, sendo os questionários dos primeiros semi-aberto e dos segundos fechado. Tais questionários foram distribuídos entre os profissionais formadores da equipe interdisciplinar existente na área da Clínica Médica num hospital de referência numa cidade do estado do Rio de Janeiro no segundo semestre do ano de 2008.

Dentre os profissionais entrevistados estão: 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro, 2 assistentes sociais e 2 técnicos de enfermagem.

## Resultados

Através da análise das atividades do programa de humanização do Hospital onde foi feita a pesquisa, observou-se certa consonância com a PNH, pois corroboram com seus princípios norteadores, principalmente buscando o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional e na promoção da valorização dos sujeitos envolvidos nos processos.

Perguntou-se aos profissionais de saúde que compõem a equipe do setor pesquisado questões tais como se já haviam passado por alguma experiência em hospital, como percebem a humanização da saúde em hospitais, se acham o hospital humanizado, se conseguem desenvolver ações de humanização em suas práticas e se poderiam citar uma experiência de humanização ocorrida no respectivo hospital. Em relação à categoria público-alvo, verificou-se que dentre os profissionais integrantes da equipe interdisciplinar da Clínica Médica do Hospital citado, 100% afirmaram já terem passado por pelo menos uma experiência como paciente e relatam terem sido muito bem atendidos como relata um dos entrevistados:

“Nasci com uma patologia e tive que me submeter à 3 cirurgias extensas entre 1 e 3 anos de idade. Embora com essa idade, lembro-me de muitas passagens no hospital e quando conto para minha mãe, esta me diz serem estas lembranças referentes à primeira cirurgia, a única que fiquei sozinho, sem acompanhante (na época não existia o direito de ficar um responsável com a criança). Lembro-me pouco da enfermagem, mas lembro muito da recreadora que nos levava para uma sala com brinquedos e do meu médico cirurgião (embora fugisse dele todo o tempo). Ele foi um grande apoio para minha mãe e somos amigos da família dele até hoje.”  
(Assistente Social)

A porcentagem é igualmente unânime com relação à prática profissional focada na humanização desses profissionais, onde 100% declararam conseguir realizar um atendimento humanizado. 43% destes profissionais definiram a humanização como práticas a partir da consciência de se colocar no lugar do outro contra 14% que definiram-na como: “ser capaz de deixar o paciente bem informado a respeito de seu

estado”; “transmitir confiança e amor ao paciente; ver o paciente como um todo; fazer uma intervenção particularizada para cada paciente, tendo em vista que somos todos diferentes em uma pluralidade de aspectos”. Apenas 14% dos entrevistados classificaram o Hospital pesquisado como um lugar que não adota as práticas de humanização no atendimento hospitalar.

Ainda entre esses profissionais, 29% dos entrevistados deram como exemplo de humanização no Hospital as datas comemorativas, como o natal por exemplo, como sendo exemplos de momentos em que a humanização pode ser observada nesta instituição, ou o grupo de estudos realizado semanalmente na Clínica Médica para discussão dos casos do paciente pela equipe como relata um dos entrevistados: “Nas datas comemorativas como o Natal. Sempre há ceia para os pacientes e acompanhantes, o hospital é decorado para deixar o ambiente mais alegre.” (Técnico de Enfermagem)

Além dos citados acima 43% desses profissionais sinalizaram ainda como ações de humanização algumas práticas realizadas pela equipe como pode ser observado no relato abaixo:

“...atualmente tem ocorrido o estudo de caso uma vez por semana na Clínica Médica com a presença da equipe, apenas os médicos não participam, mesmo sendo convidados. Este método de trabalho permite analisarmos não só as condições do paciente, como a dinâmica da equipe. As análises e resoluções que surgem desse encontro podem se transformar em importantes mecanismos para melhora na qualidade de vida dos pacientes estendendo-se aos familiares e aos próprios colegas de trabalho.” (Fisioterapeuta)

Já nos questionários fechados respondidos pelos usuários, 86% declararam ser bom o conforto do ambiente da instituição em questão, enquanto 14% votaram na opção “regular”.

Neste ponto percebe-se uma divisão de opinião entre os pesquisados, demonstrando um dado preocupante num hospital de referência.

Com relação à higiene do hospital, 57% disseram ser regular e 43% ser bom, demonstrando que a questão higiene é percebida positivamente pela maior parte dos usuários. 57% dos entrevistados consideraram que os funcionários aparentam educação ao abordá-los, e 43% disseram que os funcionários demonstram desinteresse. Já com relação à agilidade no atendimento os dados foram um pouco melhores, 43% votaram bom, 43% regular e 29% ruim. Quando perguntamos sobre a capacitação dos profissionais integrantes da equipe, 57% acharam que os profissionais são capacitados e 43% acharam que os profissionais não são capacitados. Avaliaram como ruim a comunicação entre profissionais e usuários 48% dos entrevistados, contra 29% que marcaram as respostas regular e bom. Outro dado que demonstrou uma percepção negativa dos usuários refere-se a forma que se dão as informações, onde, 71% acharam que esta informação se dá de forma ruim, contra apenas 29% que acham que se dá de forma regular. O atendimento acolhedor é considerado bom por apenas 14% dos entrevistados, enquanto 29% acham ruim e 57% acham regular. Apenas 43% dos pacientes confiam no atendimento que recebem.

Deve-se ressaltar que na presente pesquisa, a categoria dos médicos, embora componentes do grupo interdisciplinar, não participou da pesquisa pela dificuldade de acessá-los por nossa parte, dificuldade esta também claramente explicitada por 100% dos entrevistados de ambos os eixos, que declararam em sua maioria ter dificuldade de acesso a este profissional, bem como ao seu atendimento e ao seu linguajar nem sempre claro, o que faz parecer que esta classe de profissionais não haja em conformidade com as políticas de humanização empregadas constitucionalmente pela instituição onde a pesquisa foi realizada.

## **Conclusão**

Os inúmeros avanços no campo da saúde pública brasileira verificados especialmente ao longo das quase duas décadas convivem, de modo contraditório, com problemas de diversas ordens. Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizados.

Portanto, para a construção de uma política de qualificação do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

O risco de tomarmos a humanização como mais um “programa” seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentes de sua resolatividade e qualidade.

Com isto, estamos nos referindo à necessidade de adotar a humanização como diretriz política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva.

A humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde.

Neste sentido, a humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos usuários e de sua rede social), diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança entre seus componentes.

Como observamos nas entrevistas feitas com usuários e profissionais, reconhece-se tais características no hospital de referência em questão no presente estudo, havendo uma interdisciplinaridade entre os profissionais que compõem a equipe integrante do setor pesquisado, bem como espaço para se discutir os casos dos pacientes em reuniões semanais, onde a equipe pode interagir e propor intervenções coletivas para cada caso.

Comprovando o que muito autores tem discutido em relação a dificuldade da efetivação de um consistente projeto de humanização nossa pesquisa também indicou alguns itens que demonstram a fragilidade do hospital de referencia estudado.

Um dos itens que nos parecem bastante preocupante é o fato de 71% dos usuários sinalizarem que as informações em relação aos mesmos não são boas; e outro dado negativo refere-se a percepção de 43% dos usuários que afirmam que os funcionários os atendem com desinteresse e ainda este mesmo percentual percebem que os funcionários não são capacitados.

Apesar de atuarmos com pequena amostra os dados acima demonstram o extenso caminho que mesmo um hospital de referência que é considerado um dos melhores em sua região precisa ainda enfrentar para alcançar o ideal da humanização preconizado pelo SUS.

Assim, tomamos a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora e para isso, todas as demais políticas deverão se articular através deste eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana, em qualquer prática de saúde. O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção do que chamamos Rede de Humanização em Saúde (RHS).

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

**Referências Bibliográficas**

- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002.
- ANGNES, D. **Humaniza saúde: diferencial do atendimento na saúde** *Boletim da Saúde*. Porto Alegre. v. 18, n. 2, p.09-15, 2004.
- BOERGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. Ed atlas AS 2003
- BRASIL. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Legislação Federal e Estadual do SUS**. Porto Alegre, 2000. p. 22-41.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2003.
- CAMPOS, R.O. (2000) **Reflexões sobre o conceito de humanização**. Disponível em [www.humaniza.org.br](http://www.humaniza.org.br)
- CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. São Paulo : Cadernos de saúde pública, v.13. 1997.
- \_\_\_\_\_. **As necessidades de saúde como conceito estruturante**. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- CLOTET, J.; FEIJÓ, A.; OLIVEIRA, M. **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: Edipucrs, 2005.
- FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. **Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade**. In: COSTA, S. I. F. et. al. (Ed.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões**. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- MION JR., D.; PIERIN, A.M.G.; ORTEGA, K.C. **Adesão ao tratamento: importância e perspectivas para o novo milênio**. *Jovem Médico*. Edição Especial, 2000.
- NOGUEIRA, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- REMOR, E. **Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas**. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, jan./jun., p. 205-217,1999.
- RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria Estadual da Saúde. Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul: cuidar sim, excluir não**. Porto Alegre, 2002.