

HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO¹

HUMANIZATION AND PERMANENT EDUCATION: SOME INPLICATIONS ON EVERYDAY WORK

**Daniel Soares Tavares², Luana Costa³, Carine Alves Gomes⁴, Thiago Durand Mussoi⁵,
Adriane Cervi Blümke⁵ e Dirce Stein Backes⁶**

RESUMO

A temática humanização deve estar cada vez mais presente nas práticas profissionais, para que estes reiterem os valores humanos e atendam às necessidades humanas. Objetivou-se, com este estudo, conhecer a realidade e sentimentos dos profissionais de saúde, que atuam na área hospitalar e na área da saúde pública, sobre a temática humanização e Educação Permanente. Trata-se de um estudo qualitativo com caráter descritivo. Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2013, por meio da técnica de grupo focal. Realizaram-se três encontros com duração de uma hora cada. Do processo de análise resultaram três categorias: Compreensões sobre a humanização e educação permanente; O ambiente como fator desumanizante e; O descaso com a educação permanente. Conclui-se que, além de política instituída, a humanização precisa ser assumida como processo de educação permanente por todos os trabalhadores de saúde, a fim de alcançar um cuidado ampliado e que atenda às necessidades dos usuários de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, desumanização, enfermagem.

ABSTRACT

The humanization thematic should increasingly be present in professional practices, so that human values may be reaffirmed and meet the human needs. The aim in this study is to get to know the reality and feelings of health professionals working at hospitals and public health in what concerns humanization and permanent education. It is a qualitative study with a descriptive character. The data were collected from October to December 2013 by making use of the focal group technique. There were three meetings that lasted one hour each. The analysis of the results demonstrated three distinctive categories: Understanding humanization and permanent education; The environment as a dehumanizing factor; and the Neglect with permanent education. The conclusion shows that besides the instituted policy, humanization needs be assumed as a permanent education process by all health workers, in order to achieve an expanded care that may meet the needs of users of health care.

Keywords: Health Care System, dehumanization, nursing.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - Pro/PET-Saúde.

² Acadêmico do Curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano. E-mail: daniel_tavares_ctg@yahoo.com.br

³ Acadêmica do Curso de Biomedicina - Centro Universitário Franciscano. E-mail: luanacosta@unifra.edu.br

⁴ Enfermeira do Hospital Casa de Saúde de Santa Maria.

⁵ Docentes do Curso de Nutrição - Centro Universitário Franciscano.

⁶ Docente do Curso de Enfermagem - Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

Entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2004). A humanização da saúde é concebida, no contexto atual, como movimento integrador das relações de saúde pela busca da melhoria do atendimento e a promoção de ambientes saudáveis e agregadores para o desenvolvimento do cuidado (MONGIOVI et al., 2014)

No Brasil, as discussões acerca da humanização começaram a ganhar maior ênfase em meados dos anos 50, em um período em que a saúde era predominantemente assistencialista e seletiva, com foco sobre o usuário. A partir do movimento da reforma sanitária, nos anos 80, começa a se delinear um novo projeto de saúde, que passa a valorizá-la como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, envolvendo princípios como a equidade do atendimento, a integralidade da atenção e a participação social do usuário. Dessa forma, a operacionalização do serviço de saúde considera então a dignidade do usuário e do trabalhador (CASATE; CORRÊA, 2005).

Percebe-se, portanto, que a temática da humanização deve estar cada vez mais voltada para as condições de trabalho dos profissionais de saúde, para que estes reiterem os valores humanos e prestem o cuidado de forma integral. No entanto, para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, os serviços de saúde necessitam proporcionar espaços de sociabilidade pelo fomento da Educação Permanente (EP) como processo dinâmico, interativo e integrador (NORA; JUNGES, 2013).

Na lógica ampliada e integradora, o processo de trabalho deve estar cada vez mais centrado na equipe e na construção coletiva para que ao mesmo tempo sejam promovidas a motivação e autoestima dos profissionais, além da criatividade na busca de soluções e responsabilidade social (CARDOSO, 2012).

Para que os profissionais de saúde se tornem protagonistas do processo de cuidado humanizado, devem também enfrentar as situações com as quais se defrontam no cotidiano de trabalho, capacitando-se continuamente para saber lidar, dialogar e dinamizar o processo de trabalho de forma dinâmica e transformadora (CECCIM, 2005; DIAS et al., 2013).

Face a crescente mecanização das práticas de saúde é de suma importância que se promova a educação permanente dos profissionais de saúde, a fim de qualificar o cuidado que se presta à população que busca atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal mecanização já é percebida em diferentes locais e nos serviços de saúde, o que leva os profissionais de saúde a repensarem suas práticas para as questões ligadas ao cuidado que lhes é prestado (BRASIL, 2004).

Com base no exposto, o presente estudo teve por objetivo conhecer a realidade e sentimentos dos profissionais de saúde, que atuam na área hospitalar e na área da saúde pública, sobre a temática humanização e a Educação Permanente.

METODOLOGIA

Este trabalho integra o projeto ampliado de reorientação profissional do Programa Nacional de Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde) e Programa de Educação Pelo Trabalho (PET- Saúde) do Centro Universitário Franciscano - aprovado pelo Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, cujos dados foram obtidos por meio da técnica de grupo focal. Essa técnica caracteriza-se por promover o diálogo e a interação entre os participantes e o pesquisador, a fim de identificar sentimentos, percepções, atitudes e ideias a respeito de um tema particular. A interação grupal é uma das características próprias dessa técnica, visto que a expressão coletiva serve como elemento para explorar as diversas ideias (POPE; MAYS, 2009).

Participaram do estudo três profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seis profissionais de um hospital de médio porte do município de Santa Maria, RS. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde na localidade pelo menos há um ano e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que não se enquadraram nos critérios anteriores.

O convite individual para a participação foi feito por meio de uma carta formal encaminhada aos respectivos locais, possibilitando que os profissionais aderissem à pesquisa por espontânea vontade. Além disso, criou-se um e-mail que foi disponibilizado aos participantes com os números de telefones, a fim de que pudessem entrar em contato e confirmar a sua participação na pesquisa.

Foram realizados três encontros focais entre os meses de outubro e dezembro de 2013 com duração de uma hora cada, os quais ocorreram em uma sala de reuniões do Centro Universitário Franciscano. Cabe destacar que a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ocorreu no primeiro dia de realização do grupo.

Durante os encontros foram discutidas as seguintes questões: O que você entende por Humanização? O que diferencia o cuidado humanizado do cuidado desumanizado? Em sua opinião, existem situações em seu dia a dia de trabalho que possam ser identificados como humanizantes/desumanizantes? O que você entende por educação permanente? Você acredita que existe uma relação entre a humanização e educação permanente?

As discussões obtidas foram gravadas em áudio e depois transcritas e organizadas para a análise, a qual resultou em três categorias: Compreensões sobre humanização e educação permanente; O ambiente enquanto fator desumanizante e O descaso com a Educação Permanente.

Para a interpretação dos significados foi utilizada a Análise Temática proposta por Minayo (2011), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico. A identificação dos participantes foi representada pela inicial "P" seguida de um número, conforme a entrada no texto.

Os preceitos éticos foram respeitados conforme a lei 466/2012 que versa sobre a Ética na pesquisa com seres humanos. Destaca-se, ainda, que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano, sob o Parecer nº 183.624, de 15 de janeiro de 2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos nove participantes do estudo, todos referiram já terem observado ou vivenciado situações que os impossibilitaram de prestar um cuidado humanizado, bem como a existência de fragilidades para efetivação da EP. Estas situações foram vivenciadas em diferentes momentos da vida profissional, independentemente do local e da complexidade do serviço em que estavam inseridos.

A análise dos dados resultou em três categorias, quais sejam: Compreensões sobre a Humanização e Educação Permanente; O ambiente enquanto fator desumanizante; O descaso com a Educação Permanente.

COMPREENSÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Conforme maioria dos entrevistados se vive em um momento histórico, no qual já não se aceita a dicotomia entre a Humanização e a Educação Permanente, mas sim a sua complementaridade, como se percebe nas falas:

A humanização é uma consequência da Educação Permanente. Quando existem (assim como no meu local de trabalho) elas se relacionam (P1).

Por meio da Educação Permanente os profissionais se abrem para novas experiências e novas descobertas. É possível ter uma nova concepção das coisas e principalmente, praticar a humanização (P5).

Embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de “humanização da assistência” ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático (DESLANDES, 2004).

Não obstante, as discussões acerca da Humanização e EP terem ganhado destaque, principalmente na literatura nacional, seus conceitos e contextualizações devem ser discutidos sempre que empregados, uma vez que possibilitam diferentes interpretações (GOULART; CHIARI, 2010).

Nos cenários de atuação, percebe-se que a grande dificuldade de se desenvolver um cuidado humanizado resulta do modelo formativo tradicional, que condicionava os profissionais a máquinas

de fazer. No entanto, apesar dos profissionais compreenderem a Educação Permanente como recurso para amenizar essa realidade, nota-se que poucos avanços foram evidenciados:

Eu acho que com a Educação Permanente se desenvolve um lado mais humano, porque muitas formações são voltadas para o fazer (P3)''.

Minha formação foi voltada para a prática. Percebo que hoje, muitas vezes não há tempo para se envolver muito, não conseguimos dar a atenção devida ao paciente, pois ao mesmo tempo já estamos pensando no que vamos fazer depois (P4).

A tendência de considerar o cuidado como sinônimo de competência técnica, realização de procedimentos e protocolos, desempenho de atividades burocráticas e de gerência evidenciam um modelo já ultrapassado. Ou seja, um modelo de atenção à saúde centrado na fragmentação do ser cuidado em partes doentes e na cura do corpo físico, sem, todavia, atender à integralidade do ser, deve ser suplantado por abordagens sistêmicas.

Esse modelo tradicional de saúde está sendo desconstruído ao longo dos tempos, principalmente devido às modificações nas diretrizes curriculares das graduações dos cursos da saúde. No entanto, esse novo método de pensar saúde, preocupando-se também com o lado humano gera certa desconfiança nos profissionais já inseridos no mercado de trabalho, como se evidencia na fala:

Agora a gente vê que esta bem diferente... Conversei recentemente com acadêmicas que me disseram que nunca haviam feito aquilo... Porque a professora fala que isso eu vou aprender depois... Vão te ensinar quando chegar no teu local de trabalho. Mas eu acredito que nem sempre terá uma pra te dizer: - vem cá fulana que eu vou te ensinar (P4).

O AMBIENTE ENQUANTO FATOR DESUMANIZANTE

Nos diferentes espaços de atuação, os profissionais da saúde estão expostos a fatores ambientais que interferem positiva e/ou negativamente, sobre os mesmos. O contato com a dor, com a angústia e o sofrimento alheio, aliado a falta de estrutura dos locais de trabalho, as longas jornadas de trabalho e, por vezes, a falta de profissionais podem interferir na qualidade do cuidar (SALOMÉ; MARTINS; ESPOSITO, 2009).

Essa realidade, cada vez mais se repete, sendo vivenciada pelos profissionais, como se percebe na fala:

A estrutura é precária, é uma sala pequena, é muito calor; a gente passa mal, não tem nada nas normas da unidade de saúde como deveria ter, faltam medicamentos para repassar devidamente aos pacientes (P2).

A assistência humanizada se constrói com a participação dos sujeitos, considerando a sua autonomia, seus direitos e deveres. No entanto, para que o processo de humanização repercuta nas

condições de trabalho, tão importante quanto à participação profissional são as condições que possibilitem um exercício profissional digno (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2011).

Reconhece-se que a falta de condições técnicas, seja de capacitação e/ou de materiais, podem contribuir para a mecanização, bem como na qualidade do cuidado em saúde. Tais condições contribuem para a desumanização, na medida em que os profissionais de saúde e usuários não se relacionam de maneira adequada, piorando uma situação que já é precária (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Nosso atendimento era feito em um corredor com alguns bancos onde as pessoas podiam aguardar... era uma confusão, era muita briga... Ninguém ouvia a senha e então nós mudamos na tentativa de fazer um atendimento melhor (P5).

Garantir a melhoria das condições de saúde aos usuários, passa necessariamente pela garantia da qualidade no acesso universal e integral, estimulando a população a tornar-se protagonista da própria saúde. Contudo é preciso possibilitar, também, um ambiente favorável para o desempenho das atividades laborais aos profissionais da saúde, garantindo-lhes um efetivo engajamento no processo de trabalho (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

O processo de cuidar em saúde, portanto, é garantido por seres humanos, os quais são dotados de potencialidades e fragilidades. Assim, condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito à subjetividade do sujeito que trabalha e que estão em uma dimensão puramente tecnicista e burocrática, desqualificam e desumanizam o cuidado em saúde (FONTANA, 2010)

O DESCASO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE

A falta de incentivo profissional, bem como as lacunas na comunicação, se constituem, dentre outros, elementos desagregadores no processo de educação permanente. Além disso, alguns participantes reconhecem que a sua educação permanente se limita a qualificação técnica, com vistas a atingir algum resultado mensurável, conforme falas a seguir:

Em meu local de trabalho nunca disseram: em tal local está acontecendo um curso de atualização ou está acontecendo um congresso. Ou pior, quando alguém vem falar sobre a realização de um desses cursos ou já aconteceu ou passou do período de inscrição [...] (P3).

A informação sempre chega atrasada... ah tinha tal curso... ah tinha tal coisa e a gente acaba não se atualizando [...] (P2).

Muitos profissionais são treinados e cobrados apenas pela parte técnica e por alcançar aquele resultado [...] (P4).

A Educação Permanente em Saúde vem sendo inserida nas novas diretrizes curriculares propostas aos cursos de graduação da área da saúde, para que haja uma reorientação do modelo de

atenção. As novas políticas de saúde tendem a fortalecer as práticas de promoção da saúde pela integralidade, bem como melhorar a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (NUNES et al., 2008).

Para tanto, requer a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a trabalhar em equipe, ciente com a realidade social e apto a promover o cuidado em saúde de forma ampla e contextualizada. Dessa forma, é preciso formar não apenas bons técnicos, mas também bons profissionais, capazes de ser criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar, segundo o Ministério da Saúde (2005).

Evidenciou-se na fala de alguns participantes, que os mesmos reconhecem a necessidade de ampliar o cuidado em saúde, ou seja, a necessidade de superar a visão biologistica de compreender e promover a saúde. Reconhecem que o cuidado em saúde perpassa pelo diálogo, pelo vínculo, isto é, pelas demandas do próprio usuário, conforme a fala a seguir:

A maioria está ali para conversar conosco. Conversar com a enfermeira, com a médica. Eles buscam a medicação, aí tu já fez as orientações e tem que fazer de novo, porque eles estão ali mais pela conversa. A maioria não tem ninguém em casa e nem um vizinho, então vão para o ESF para ter com quem conversar. Seja sobre a doença que eles não têm ou que querem achar, então quase todos os meses fazem um exame... (P5).

Pode-se observar que a principal característica da gestão do cuidado pela escuta é a capacidade de ampliar o foco de visão, cuja centralidade não está na doença, mas na pessoa que a abriga, bem como na família. O profissional mantém uma participação ativa nas redes e movimentos sociais em todo o processo de humanização. Isso se torna possível porque o cuidado por parte da equipe de saúde depende do vínculo de confiança que consiga estabelecer por meio da escuta e do diálogo, com respeito às crenças, valores e cultura das pessoas (AYRES, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade e os sentimentos dos profissionais de saúde que atuam na área hospitalar e na área da saúde pública demonstram que ainda existem lacunas em relação à educação permanente em saúde, principalmente no que se refere às práticas humanizadas. Os profissionais reconhecem, de modo geral, que é preciso transcender os limites do modelo tradicional de intervenção e conceber posturas mais horizontalizadas e dialógicas no cuidado em saúde.

Nessa direção, a humanização precisa ser assumida como processo de Educação Permanente por todos os trabalhadores de saúde. Para tanto, é imprescindível que se desenvolva uma cultura afirmativa das questões que dizem respeito ao SUS e atitude profissional proativa e comprometida com o aprendizado contínuo e permanente em todas as dimensões.

Os programas de educação permanente em saúde necessitam, portanto, serem estimuladas no processo formativo, a fim de instigar novas abordagens de intervenção, pelo estímulo a análise

crítico-reflexiva e a problematização das práticas de saúde. Trata-se de um contínuo processo de aprendizagem e transformação, pela capacidade do aprender a aprender ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 14, p.73-92, 2004.

BRASIL. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20 p.

BRASIL. **Resolução nº 466/12**. Pesquisa em seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Rev Saude soc**, v. 21, n. 1, p. 18-28, 2012.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIAS, C. F. C. et al. Situação de abortamento: uma compreensão ética e humanizada do cuidado de enfermagem. **Disciplinarum Scientia**, v. 14, n. 1, p. 23-30, 2013.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

MINAYO, M. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 2, p.306-311, 2014.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

NUNES, M. F. et al. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Comunicação saúde e educação**, v. 12, n. 25, p. 413-420, 2008.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.) **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. S.; ESPOSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 6, p. 856-862, 2009.

SILVA, F. D.; CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 306-313, 2011.

