

AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

HEALTH POLICIES AND THE HUMANIZATION OF ASSISTANCE

LAS POLITICAS DE SALUD Y LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Maria Lúcia Frizon Rizzotto¹

RESUMO: Este ensaio constitui-se em uma reflexão sobre a temática da 63.^a Semana Brasileira de Enfermagem, elaborado inicialmente como conferência a ser ministrada em evento comemorativo da profissão. Relaciona o tema central: “humanização e trabalho: razão e sentido na Enfermagem” com as atuais políticas de saúde implementadas em nosso país. Discute as conseqüências dessas políticas na assistência à saúde e, por fim, aborda a experiência do acolhimento como estratégia de humanização dessa assistência.

PALAVRAS-CHAVE: assistência de enfermagem, política de saúde, humanização

ABSTRACT: This essay consists of a reflection on the theme proposed on the 63rd Brazilian Nursing Week. It was initially elaborated for a conference, which would be presented in a commemorative nursing event. The essay relates the theme “humanization and work: reason and signification in nursing” to the current health policies implemented in Brazil. It discusses the consequences of these policies, and approaches strategies for the humanization of assistance.

KEYWORDS: nursing care, health policy, humanization

RESUMEN: Este ensayo constituye una reflexión sobre la temática de la 63.^a Semana Brasileña de Enfermería, elaborado inicialmente como conferencia para un evento conmemorativo de la profesión. Relaciona el tema central – “humanización y trabajo: razón y sentido en la Enfermería” con las actuales políticas de salud implementadas en nuestro país. Discute las consecuencias de esas políticas en la asistencia a la salud y, por fin, aborda la experiencia de la acogida como estrategia para la humanización de esa asistencia.

PALABRAS CLAVE: asistencia de enfermería, política de salud, humanización

Recebido em 04/06/2002
Aprovado em 26/06/2002

¹ Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Estadual do Paraná- UNIOESTE.

INTRODUÇÃO

O conhecimento produzido é sempre relativo, provisório, parcial, limitado e historicamente datado. Um mesmo tema pode ter inúmeras abordagens, isso não significa que existam múltiplas verdades sobre ele, apenas fica evidenciado que é possível tratar um assunto com olhares distintos o que resultará em interpretações igualmente diferenciadas, as quais, de acordo com o referencial utilizado, aproximam-se mais ou menos da verdade, cuja referência é sempre a realidade. Nesse sentido, a discussão que faço sobre o tema da 63.^a Semana Brasileira de Enfermagem, não é única e muito menos tem a pretensão de esgotar o assunto, apenas se constitui em uma abordagem dentre um cem número de possibilidades.

Acredito que de início sempre é bom esclarecer o significado, o conceito das palavras, para que possamos identificar melhor do que se está falando e a partir de qual concepção tratamos a temática em questão. Nesse sentido, buscamos no dicionário 'Aurélio' a definição da palavra humanizar, que significa "tornar humano, civilizar, dar condição humana". (FERREIRA, 1988, p.346).

Na seqüência interessa-nos saber no que consiste a 'condição humana' e a 'humanidade'? pela primeira (condição humana) entende-se a situação singular e única de cada homem no mundo e na história. Quanto ao termo 'humanidade' é definido como sendo um conjunto de características específicas do ser humano, que o torna diferente dos outros animais. (JAPIASSU; MARCONDES, 1991). Portanto, só os homens são capazes de promover e de se submeter a um processo de humanização, e como processo este se encontra em constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre.

Em nosso entendimento, a discussão sobre a humanização, no âmbito da Enfermagem, apresenta-se como intrínseca ao seu objeto de trabalho - o cuidado, uma vez que este se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizadora. Entretanto, isso não garante, por si só, que o trabalho da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral, sejam humanizados.

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA X AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência, no campo da saúde, remontam algumas décadas. Fez parte do rol de temas abordados no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX. Naquele momento, questionava-se o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. Este modelo, segundo as críticas, era muito especializado e caro, enfatizava a doença em detrimento da promoção e da prevenção à saúde e, configurava-se como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema.

Questionava-se a pretensa onipotência desses profissionais, traduzida, com freqüência, numa arrogância intelectual do 'eu sei - você não' ou do 'eu digo - você faz'.

Este modelo, ainda hoje hegemônico em nosso país, aderiu incondicionalmente à medicina científica, excluindo e condenando toda e qualquer prática alternativa de tratamento à saúde, sobretudo as práticas populares, o que acabou por colocar o usuário em uma situação de dependente em relação aos profissionais de saúde. Este processo resultou numa perda da autonomia do sujeito no ato de se autocuidar, não por uma escolha consciente das pessoas, mas pela campanha massiva e maciça de medicalização da sociedade, que ocorreu ao longo de todo o século XX.

O modelo de assistência centrado na biologia, na medicina e no hospital, desconsidera que o adoecer humano não resulta unicamente de aspectos biológicos, mas é conseqüência das condições concretas de existência das pessoas, e nisso se inclui questões emocionais, psicológicas e de relacionamento humano. Daí os questionamentos que se fez a esse modelo, tanto no que se refere a sua capacidade de resolver os complexos problemas de saúde, como no chamado problema de relacionamento profissional-paciente.

Como fator agravante deste processo, destacam-se as conseqüências da dicotomia entre o saber científico e o saber popular, ou a carência de ambos em um dos interlocutores, que provoca um distanciamento entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, conseqüentemente tornando-se um impeditivo a mais no relacionamento e na humanização da assistência. Esses questionamentos, emergem nos idos dos anos 70, tempo em que a assistência à saúde neste país não se constituía como direito de todos, apenas era oferecida assistência médica àqueles que portavam carteira de trabalho assinada e que pagavam a Previdência Social. Aos outros, os que não podiam arcar com os custos da assistência médica hospitalar, restava o constrangimento de ser objeto de filantropia ou de ser caracterizado como indigente. Neste caso, tornavam-se vítimas da obrigação profissional indesejada, da indiferença e às vezes do desprezo pela condição de não portarem a possibilidade da remuneração esperada.

Como resultado do Movimento de Reforma Sanitária e das lutas populares que caracterizaram os anos setenta e oitenta, emerge um novo projeto de saúde para o país, que traz consigo a possibilidade de resolver grande parte dos graves problemas deste setor público. Este projeto, chamado SUS – Sistema Único de Saúde, e que ainda hoje se encontra em processo de construção, portanto, um projeto inacabado e inconcluso, que carece de determinação e de vontade política para a sua efetivação, carrega nas suas entranhas os princípios e as diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país. Haverá proposta mais humanizadora de assistência à saúde do que aquela que garante o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros? Haverá processo mais humanizador do que aquele que retira o caráter de mendicância para transformá-lo em direito? Isso é o SUS. Não o que fizeram dele ao longo desta década, mas o projeto original de um Sistema Único de Saúde para o país, que está expresso na Constituição Federal de 1988 - Art. 196 nos seguintes termos: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos

e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1999, p. 127).

Contudo, à distância entre o projeto humanizador do SUS e a realidade de saúde deste país são imensas. Ao tratar da humanização da assistência, relacionando-a com as atuais políticas de saúde, não dá para caracterizar de outra forma senão como absolutamente desumano as filas enormes, inúmeras, persistentes e cotidianas na porta dos serviços de saúde. Ou de nos perguntarmos que humanidade existe na interminável espera por um leito hospitalar ou por um procedimento de média e alta complexidade? É possível identificar algum processo humanizador no tratamento sobre macas e em cadeiras de rodas, nos corredores dos pronto-socorros dos hospitais públicos, sucateados no que se refere a materiais e equipamentos, e carentes de profissionais em quantidade e qualidade?

Contudo, estas são situações que decorrem de uma decisão deliberada do atual governo de não implantar/ implementar o SUS, conforme originalmente pensado, mas que optou por implementar um projeto político-ideológico que reduz o papel e as funções do Estado, atingindo sobremaneira o campo social, e neste, em particular, a área da saúde. As políticas de saúde decorrentes deste projeto, objetivam reduzir os custos da assistência à saúde, ‘invertendo’² o modelo, ou seja, reduzindo a oferta de leitos hospitalares e de procedimentos complexos e, em contrapartida, oferece uma assistência de baixo custo e de alto impacto, bem ao gosto do Banco Mundial, com programas seletivos e focalizados como o PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família.

Aqui cabe um parêntese, a proposta do PACS e do PSF, uma panacéia para resolver os problemas de saúde de norte ao sul do país e de leste ao oeste, resultou da apropriação de uma prática nascida de setores progressistas no campo da saúde, aqui e em outros países, e que foi ‘adaptada’ ao projeto ‘neoliberal’, promovendo uma massificação do processo, centralizando-o e engessando-o por meio de um sem fim de normas, portarias e manuais. Apesar da compreensão, manifestada na Lei, 8080/90 (BRASIL, 1990) de que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (8080/90), e da afirmação, nesta mesma Lei, de que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais...”, como não avaliar como desumano, não a assistência proporcionada pelos profissionais de saúde, que estão na ponta do sistema e arcam com as conseqüências do descaso dos governantes com as questões sociais, mas com a absoluta situação de não humanidade em que vive a maioria da população brasileira?

Soa irônico falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando

sistematicamente tem sido retirado e impedido a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, baixos salários e precárias condições de trabalho, impondo desgaste físico, psicológico e emocional aos trabalhadores, que acabam por consumir suas vidas, muito mais rápido do que deveria e muito antes do que cada um gostaria.

A demora em cerca de seis anos para aprovar a NOB/RH – SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS, é um indicativo do significado que se dá ao trabalhador de saúde, no âmbito do sistema de saúde nacional, apesar da evidência de que só é possível à assistência à saúde e a sua humanização com gente – humana de preferência.

Falar de humanização da assistência nesse contexto ‘é só por Deus’. De fato, discutir, cobrar e/ou propor a humanização da assistência nessa conjuntura não pode ser para qualquer um, só pode ser para homens e mulheres que estão comprometidos, ‘até a alma’, com projetos distintos dos que estão em curso, projetos que rechacem o individualismo exacerbado desse final e início de século, que coloquem o homem e não o lucro como centro das atividades políticas, econômicas e sociais. Homens e mulheres que acreditem na capacidade humana de construir a história e de produzir um mundo melhor, humano, na plenitude da palavra, solidário e justo.

Para estes ‘homens e mulheres de outro mundo’, podemos falar de humanização da assistência e de estratégias que contribuam para melhorar a vida e diminuir o sofrimento de outros homens e mulheres que procuram os serviços de saúde para minorar a sua dor, os quais fazem parte de um mundo bem real e absolutamente carente de humanidade – o mundo em que vive a maioria da população brasileira.

ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA

Falo de estratégias e experiências no campo da saúde coletiva como o ‘Acolhimento’, que consiste em uma ‘ferramenta leve’ utilizada para promover mudanças no processo de trabalho em Unidades de Saúde - US, com vistas a garantir o acesso universal aos serviços de saúde, humanizando-os, tornando-os resolutivos e de qualidade, em que as necessidades de saúde dos usuários se tornem responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde.

Segundo Sena-Chompré (2000) o Acolhimento surge num contexto de insuficiência dos serviços em responder às necessidades e demandas de saúde da população. É uma proposta que pretende viabilizar a implantação do SUS, com todos os seus princípios e diretrizes humanizantes, sendo para isso necessário a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, num movimento que envolve toda a equipe da unidade. Isso implica em mudanças estruturais na forma de organização e gestão dos serviços de saúde, e até mesmo em alterações nos espaços

² Inverter, segundo Ferreira (1988), significa virar em sentido contrário, colocar as avessas, voltar. A proposta e o discurso do governo não aponta para uma ‘mudança’ do modelo assistencial criticado, que incorpore os benefícios dos avanços científico e tecnológico conseguidos com o progresso da ciência, mas aponta para a ‘inversão’, para a volta para trás.

físicos e de ambiente.

O acesso, outra ferramenta que pode contribuir para a humanização da assistência, é compreendido como a possibilidade da utilização de ações de saúde que possam contribuir para a manutenção da vida. Entrar e ser assistido pelo serviço de saúde deixa de ser problema da recepção da unidade e passa a ser objeto de reflexão e prática de todos os membros da equipe. Nessa perspectiva, a recepção não tem mais a função de limitar o atendimento, mas sim de contribuir para dar respostas aos problemas que ali aparecem (SENA-CHOMPRÉ, 2000). Para isso, toda a equipe deve refletir e discutir de forma coletiva como tem sido a sua prática em todos os momentos da relação com os usuários. Da portaria ao consultório, da copa à sala de procedimentos, do jardim à visita domiciliar.

Outro aspecto que envolve reflexão e mudança por parte da equipe de saúde para a humanização da assistência, diz respeito ao vínculo. Neste caso, deve-se perguntar qual a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com cada usuário da sua área de abrangência e com os problemas que a comunidade enfrenta. Criar vínculos, implica em estabelecer relações tão próximas e tão claras que todo o sofrimento do outro nos sensibiliza. É permitir um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador, tendo como objetivo a construção da autonomia do usuário e não a sua dependência. É responsabilizar-se, junto com o outro, pela sua vida e morte. Enfim, é integrar-se e interagir com o outro, com a comunidade, com os grupos, tornando-se referência para o usuário individual e coletivo. Nesta perspectiva não cabe a transferência burocrática da responsabilização. Não dá mais para dizer que a competência e a responsabilidade pelo atendimento está em outro nível de assistência. Mesmo que haja a necessidade de encaminhamentos, em última instância, o paciente/usuário é de responsabilidade da equipe (OLIVEIRA, 199-).

Porém, não basta só a boa vontade de trabalhadores e usuários para que estas estratégias se viabilizem, é necessário que as USs – Unidades de Saúde tenham disponíveis recursos tecnológicos e humanos suficientes para reduzir ou eliminar o sofrimento do usuário bem como as causas do problema, que às vezes têm uma dimensão individual, mas que podem assumir proporções coletivas, daí a necessidade de uma atuação e uma vigilância constante

em toda a área de abrangência da U.S. Para ser caracterizado como resolutivo, um serviço deve promover mudanças nas condições de saúde da população da área, alterando os riscos e o sofrimento em saúde.

Com a estratégia do 'acolhimento', espera-se: tratar de forma humanizada toda a demanda; dar resposta a todo demandante; discriminar os riscos, as urgências e as emergências; produzir as informações necessárias para o planejamento da assistência; dar respostas para demandas individuais e coletivas; e, ficar alerta para ler o problema do ponto de vista de sua dimensão coletiva, abrindo possibilidades de novas opções tecnológicas de intervenção. (OLIVEIRA, 199-).

Entretanto, apesar da emergência de propostas para a humanização da assistência em nível local – micro, há que se compreender que esse processo só tem possibilidades reais de se concretizar e disseminar se houver mudanças também no nível da macro-estrutura, ou seja, quando as políticas sociais forem colocadas acima das políticas econômicas, quando a vida do homem estiver acima dos interesses de obtenção de lucro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 14. ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

_____. Decreto-lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, set. 1990.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

OLIVEIRA, M. do S. M. **Acolhimento Solidário**. Londrina: [s.n.], 199- .

SENA-CHOMPRÉ, et. al. **O Acolhimento como Mecanismo de Implementação do Cuidado de Enfermagem**. Belo Horizonte: [s.n.], 2000.