



Revista Saúde & Ciência
UFCG (CCBS/UFCG)
 Ano I, v.I, n. 1,
 janeiro - julho de 2010.

REFLEXÕES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

GILBERTO DINIZ DE OLIVEIRA SOBRINHO¹, JOSELITO SANTOS²

Esse ensaio crítico-reflexivo trata da humanização nas práticas dos profissionais de saúde da rede pública nacional brasileira. A partir de uma revisão conceitual, o ser humano define-se como um ser dotado de linguagem e, por isso, capaz de construção de redes de significados que podem ser compartilhados com seus semelhantes; saúde define-se como a conquista da qualidade subjetiva dos aspectos financeiro, emocional, moral e biológico da vida e, enfim, humanização define-se como a conscientização do profissional de saúde de que ele é humano e que está lidando com outros seres humanos. Ainda, humanização consiste no respeito a quatro pilares, a saber: totalidade, individualidade, dignidade e autonomia. Justificativas factuais, epidemiológicas e legais podem ser evocadas como justificativas para a adoção de práticas humanizadas. Dessa maneira, algumas reflexões mostram-se necessárias, reflexões essas acerca das circunstâncias e dificuldades encontradas por aqueles que realizam uma práxis em saúde de forma humanizada, bem como acerca da importância da formação acadêmica na construção de profissionais éticos. Assim, a necessidade de práticas humanizadas realizadas pelos profissionais de saúde, principalmente em saúde pública, é uma máxima inexorável. São raros os profissionais que as têm e urgente é a necessidade de torná-las comuns.

Palavras-chave: Humanização. Saúde Pública.

REFLECTIONS ABOUT THE HUMANIZATION IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH

¹ Graduando em Medicina. Unidade Acadêmica de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande (UAMED-UFCG). R. Rui Barbosa, n.70, Centro. Campina Grande (PB). CEP: 58.400-070. e-mail: gibatd@gmail.com.

² Doutor em Sociologia pela UFRN. Docente da Faculdade Santa Maria. Cajazeiras (PB). e-mail: jslito@yahoo.com.br.

This critical-reflective essay approaches humanization in practices of health professionals in national health system. From a conceptual review, the human being is defined as a being endowed with language capable of building networks of meanings that can be shared with his peers; health is defined as the achievement of the subjective quality of financial, emotional, moral and biological aspects of life and, finally, humanization is defined as the awareness from the health professional that he is human and he is dealing with other human beings. Still, humanization is the respect to four pillars: the totality, individuality, dignity and autonomy. Factual, epidemiological and legal reasons can be evocated as justification to the adoption of humanized practices. Thus, some reflections are necessary, reflections about the circumstances and difficulties found by those that accomplish humanized health practices and about the importance

of academic formation in the construction of ethical professionals. Thus, the need for humanized practices undertaken by health professionals, mainly in public health, is a reality. There are rare cases in which professionals use this trick and the implement of it is urgent.

Keywords: Humanization. Public Health.

INTRODUÇÃO

A adoção de uma visão da natureza humana como um processo dinâmico e evolucionário é um convite à ampliação de nossas idéias sobre saúde e doença, à refocalização dos objetivos do sistema médico e, finalmente, à redefinição da estrutura dos relacionamentos envolvidos nos cuidados da saúde.

A prática em saúde difere da prática das ciências exatas. Embora em saúde existam momentos em que a postura objetiva se faz necessária, há muitas situações em que a distância por parte do profissional, em vez de favorecer uma melhor compreensão do paciente e do processo saúde-doença, pode, na verdade, impedi-la. Sem uma sensível percepção dos sentimentos, dos valores e dos objetivos pessoais dos pacientes e dos profissionais, a promoção da saúde é dificultada visto que o comportamento do homem geralmente é motivado por esses motivos supracitados. Para que o sistema médico intervenha de forma inteligente no processo de saúde-doença, talvez seja preciso que os profissionais aceitem, compreendam e manifestem de forma mais abrangente a sua própria natureza humana para compreender e intervir na natureza dos pacientes.

Ensinar o profissional em saúde a escutar, acolher, respeitar e dar informações aos usuários não seria má idéia dada a realidade atual da saúde brasileira. A precária saúde pública no Brasil hoje representa o Sistema Único de Saúde (SUS) que ninguém quer. (Humanização, 2004).

A HUMANIZAÇÃO E A SAÚDE PÚBLICA

Em uma primeira aproximação à questão da humanização no contexto da saúde no Brasil com um especial enfoque na saúde pública, constatamos que passamos por uma profunda crise de humanização.

A utilização competente e eficaz das técnicas empregadas no atendimento à saúde deve estar associada a uma forma de atendimento que considere

e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional. Esta disposição para consideração e respeito da singularidade exige sempre algum grau de adaptação e mudança. (Brasil, 2005).

O respeito à singularidade e consciência do outro como ser humano consistem em uma nuance do conceito de humanização. Para o completo entendimento desse conceito, é necessário o entendimento prévio do que significa saúde e ser humano.

O QUE É SER HUMANO?

De acordo com Remen (1993), o que diferencia o ser humano da natureza e dos animais é o fato de seu corpo biológico ser capturado desde o início em uma rede de imagens e palavras, apresentadas primeiramente pela mãe, depois pelos familiares e em seguida pelo social. Esse "banho" de imagem e de linguagem vai moldando o desenvolvimento do corpo biológico, transformando-o em um ser humano, com estilo de funcionamento e modo de ser singulares.

O fato de sermos dotados de linguagem torna possível a construção de redes de significados que compartilhamos em maior ou menor medida com nossos semelhantes. Essa rede de significados nos dá uma identidade cultural. Em função disto, somos capazes de transformar imagens em obras de arte, palavras em poesia e literatura e sons em fala e música, ignorância em saber e ciência. Somos capazes de produzir cultura e, a partir dela, intervir e modificar a natureza como, por exemplo, transformar doença em saúde.

Assim, ser humano significa a intersecção entre individualidade e integralidade. Em outras palavras, significa a existência de todo um universo presente em um só indivíduo e diferente em cada ser. Significa diferentes valores e circunstâncias interagindo entre si e influenciando uns nos outros. Individualidade, integralidade, valores e circunstâncias, todos afetam o processo saúde-doença e precisam ser levados em consideração pelo profissional de saúde interveniente.

O QUE É SAÚDE?

Tem-se a noção geral de que saúde é simplesmente a ausência de doenças. No entanto, saúde é mais do que isso, chega ao âmbito da qualidade de vida. Ser um profissional em saúde significa, portanto, ser um profissional que trabalha para uma boa qualidade de vida do paciente.

Saúde não é a qualidade de uma pessoa, mas de uma vida... pessoas saudáveis podem viver de uma forma doentia e pessoas fisicamente doentes podem viver vidas saudáveis. Uma vida sadia é aquela fundada em valores e qualidades espirituais como respeito, compaixão, bondade, altruísmo, uma sensação de mistério, a capacidade de descobrir significados, coragem, a fé e a habilidade de dar e receber amor, a percepção da preciosidade da vida em todas as suas diferentes formas. (Remen, 1993, p. 62).

Dessa forma, saúde é o bem estar de todas as áreas de nossas vidas, compreendendo as esferas financeira, emocional, moral e biológica. Tendo saúde um conceito tão amplo e sendo aqueles que trabalham com a saúde tão mal preparados e inoperantes no lidar com essa abrangência, não nos surpreende o fato de que os profissionais da saúde geralmente sejam considerados pessoas que sabem muito sobre doença e pouco sobre saúde.

O QUE É HUMANIZAÇÃO?

Humanização significa a tomada de consciência do profissional de saúde de que é humano e que está lidando com outros seres humanos. Pode-se ainda aumentar a perspectiva do conceito de humanização. Segundo Brasil (2001), humanizar é resgatar e atender a importância dos aspectos emocionais, sempre presentes na doença. De acordo com Mezzomo (2006), humanizar requer assumir uma postura ética de respeito ao outro em sua dignidade e fragilidade. Tangente é o pensamento de Doente (2006), em que humanizar é atender o doente como pessoa, ser humano, com nome e não como um número, uma doença, uma perna, um braço ou um órgão. Enfim, para Projeto (2006), em uma aproximação com o conceito de saúde, humanização consiste no respeito a todas as dimensões do ser humano: biofísica, social, psíquica/emocional e transcendental/espiritual.

Humanizar é, ainda, em síntese, o respeito a quatro grandes "pilares". O primeiro é a consciência da importância de uma visão totalizadora do paciente.

Segue-se o respeito à dignidade como direito de todo e qualquer ser humano, em geral, bem como dos pacientes, especificamente. O terceiro apresenta-se como consciência da individualidade como fator determinante para um bom diagnóstico. O quarto e último "pilar" é a conscientização dos pacientes como responsáveis por sua própria saúde, ou seja, a promoção da autonomia dos enfermos.

PRIMEIRO PILAR: TOTALIDADE

Nas figuras do jogo dos sete erros, raramente lembramos da figura toda. Lembramos da mesa tripé ou do gato sem rabo. Isso acontece porque evitamos enxergar o todo. Os profissionais em saúde precisam ampliar o foco e incluir todo o quadro para perceber com igual sensibilidade não somente o que se encontra errado, mas também o que está certo.

(...) podem existir partes em uma pessoa doente que continuam maleáveis e cheias de recursos, partes que podem mesmo ter crescido e se desenvolvido em uma reação à crise. A força dessas partes de cada pessoa pode ser despertada para lidar com o problema e colaborar no restabelecimento do bem-estar. (...) No esforço de aplicar a ciência nos cuidados com a saúde, o sistema tendeu a separar a doença dessa estrutura de referência e considerou-a isoladamente, sem levar em conta a pessoa que sofre com ela ou o ambiente que em parte a encorajou ou a provocou. (Remen, 1993, p. 111-2).

SEGUNDO PILAR: DIGNIDADE

Em todas as culturas, a dignidade, com este nome ou com um nome equivalente, está vinculada não apenas a prerrogativas, mas também a um simbolismo de respeitabilidade. Tais símbolos expressam valores que alimentam a confiança e ajudam a manter uma paz frequentemente desafiada. (Lepaugneur, 2004).

O respeito à dignidade é um imperativo ético e não um favor que prestamos uns aos outros. É fundamental para a criação de laços de confiança, aspecto primordial para que o paciente nos deixe penetrar na sua intimidade de dor e nos deixe colher o maior número de dados possíveis, fundamentais para um bom diagnóstico e tratamento.

TERCEIRO PILAR: INDIVIDUALIDADE

Grande parte do que acontece na doença e nos cuidados com a saúde é único. Cada um de nós fica

doente à sua maneira e por razões próprias. Os seres humanos são muito mais do que seus corpos. Assim, um rótulo como “diabético” nos diz pouca coisa a respeito da pessoa a quem esse rótulo está sendo aplicado, sobre quem ela é e o que pode se tornar. (Remen, 1993).

Cada ser humano é um ser diferente, é uma realidade diferente. Apenas considerando a individualidade do paciente, o profissional percebe que a reação à doença, o contexto em que acontecem possibilidades de cura e o grau de motivação pessoal e familiar são diferentes para cada um. Considerar esses fatores auxilia e até define o correto diagnóstico e a conduta ideal a ser tomada.

QUARTO PILAR: AUTONOMIA

Autonomia é o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde por parte dos pacientes.

De acordo com Fortes (2000), autonomia se relaciona com tomada de decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, para decidir entre as alternativas que lhes são apresentadas. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para constatar as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua própria saúde, ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma.

A mudança da escolha para seu atual papel central na determinação e conservação da saúde é resultado de cinco décadas de esforços médico-científicos que conseguiram vencer muitas doenças epidêmicas, infecciosas e nutricionais. Hoje, os principais assassinos da raça humana são as condições intimamente relacionadas à escolha: doenças como obesidade, alcoolismo, vício de drogas, câncer de pulmão, hipertensão, doenças coronarianas, acidentes provocados por motoristas embriagados, poluição ambiental e outros. (Remen, 1993).

JUSTIFICATIVAS PARA A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO

Algumas justificativas filosóficas, estatísticas ou legais podem ser levantadas para legitimar a prática de ações humanizadas. Tais justificativas subscrevem-se.

Apesar de a tecnologia ter vindo para tornar a vida humana melhor e mais confortável, não é isso que se

constata. As pessoas continuam se sentindo descontentes porque a tecnologia supriu nossas necessidades apenas no nível material e não em um nível mais profundo. Essas necessidades são praticamente universais. De acordo com Remen (1993), as pessoas, em um dado momento da existência, começam a perceber que determinadas qualidades vitais estão ausentes em sua vida, tais como calor humano, entusiasmo, compreensão, humor, esperança e aspiração. O afeto poderia preencher algumas dessas lacunas existenciais. Se, na sociedade como um todo, existe uma crise de humanização e sua adoção melhoraria a qualidade de vida, por que não inseri-la nas práticas em saúde?

Ainda em conformidade com seu próprio pensamento, Remen (1993) destaca que são comprovados os efeitos dos sentimentos reprimidos ou negativos (raiva, ansiedade e medo) como causadores de desregulações no corpo, base para a medicina psicossomática. A ansiedade, por exemplo, pode acarretar insônia. O medo pode causar diarreia. A raiva comumente provoca gastrites, enquanto o stress, grande companheiro da vida contemporânea, causa aumento de pressão arterial. Daqueles que procuram assistência médica, 40% têm sintomas para os quais não se pode identificar uma causa física. (Doente, 2006). É provado, portanto, que o psíquico tem ação direta sobre o corpo. Práticas humanizadas influem diretamente no psíquico e, portanto, auxiliaria no processo de cura do paciente.

Outras justificativas para a humanização seriam que, *primo*, muitas das restrições que os modernos hospitais colocam a seus usuários e familiares em termos de regras e horários não obedecem a razões técnicas, porém constituem parte de uma longa herança, de cunho autoritário (Mezzomo, 2006). *Secundo*, o Estatuto da Criança e do Adolescente outorga que toda criança tem direito de ser acompanhada pelos pais durante todo o tratamento hospitalar. (Direito, 2006).

Ademais, o uso de brinquedos para fins terapêuticos em crianças faz com elas descarreguem sua tensão de um tratamento longo, dramatizando as situações vividas. Essa prática acarreta amenização dos traumas durante a internação, melhora a aceitação e resposta ao tratamento e a maior interação com os profissionais do setor. (Projeto, 2006). É comprovado o efeito do riso na diminuição da sensibilidade à dor. (Porquês, 2006).

A humanização diminui a taxa de infecção hospitalar. O motivo é claro: adoções de práticas humanitárias – que mantém o paciente em constante

acompanhamento de familiares – diminuem em 50% o tempo de permanência do paciente internado e, conseqüentemente, a chance de uma infecção. Existem dados mostrando que a infecção hospitalar pode diminuir em até 20%. (infecção, 2006).

Uma vez discutidos conceitos e justificativas, propomos algumas reflexões relativas à humanização. Essas reflexões abordam a falta de humanização recebida pelos profissionais que precisam praticá-la, a importância da formação no construir humanização, a dualidade existente entre a humanização e o distanciamento profissional-paciente como mecanismo de proteção e, por fim, as dificuldades encontradas por aqueles que adotaram uma postura humanizada.

HUMANIZAÇÃO: COMO PRATICAR SEM RECEBER?

A precariedade da saúde pública é uma máxima indiscutível. Pesquisas mostram que, para 42% da população, a sigla SUS não é confiável (Doente, 2006). Indiscutível também é a necessidade da implementação de práticas humanizadas. Sendo assim, por que elas não acontecem?

Em primeira análise, a realidade do SUS não é humana. Postos de saúde e hospitais se apresentam decrépitos e profissionais em saúde pública são sobrecarregados de serviços e mal pagos ao fim de cada mês. A relação entre os profissionais é, muitas vezes, insustentável ou superficial. Além disso, existe a má qualidade da comida hospitalar além da falta de medicamentos, de funcionários e de equipamentos hospitalares.

Seguindo essa linha de pensamento, os profissionais em saúde pública precisam receber humanização para que sejam capazes de inseri-la em suas práticas. Precisam recebê-la do governo, no caso de salários mais dignos e benefícios a que têm direito. Precisam recebê-la dos gestores, no caso de melhorar a comunicação e o respeito entre administração e funcionários para a melhoria do trabalho como um todo. Precisam, sobretudo, recebê-la dos colegas de trabalho para tornar a convivência mais suportável, criando um ambiente propício para a intervenção na saúde.

FORMAÇÃO E HUMANIZAÇÃO

Para Pessini (2002), as escolas médicas, em geral, têm a graduação baseada no famoso relatório Flexner, datado de 1912, que fundamenta o ensino da medicina com uma visão biocêntrica/tecnocêntrica. O corpo humano é estudado por partes e a doença é vista como o mau funcionamento dos mecanismos bioló-

gicos, estudados sob o ponto de vista da biologia molecular e celular. O objetivo da ação médica é intervir física ou quimicamente para normalizar o funcionamento da unidade orgânica esfacelada. A finalidade da escola médica seria formar estudiosos em doença, especialmente especialistas que trabalhassem em hospitais, e não capacitar profissionais para cuidar de pessoas.

Tal modelo resulta em uma visão reducionista da pessoa como um todo. A preocupação atual da relação entre as matizes psico-socio-culturais na expressão e na solução de questões de saúde deveria implicar a inclusão de um conceito sociocêntrico na formação acadêmica. Essa inclusão deve desenvolver-se na organização de currículos com fundamentação antropológica, ou seja, competentes para formar profissionais capazes de contribuir para o bem estar físico, psíquico e social dos doentes. (Pessini, 2002)

Existem mais dificuldades do que propriamente um caminho. Um dos grandes entraves está na avaliação. Porque um aluno pode ser reprovado ou interrompido na sua trajetória se não comprovar competências técnicas, mas não existem instrumentos que o impeçam de ir adiante se ele não for capaz de escutar, conversar, tiver flexibilidade e uma série de outros requisitos para um atendimento humano e integral. (Remen, 1993).

Quanto mais sólidas estiverem as concepções de um indivíduo, mesmo que errôneas, mais difícil será a tentativa de modificá-las. Assim, precisa-se agir sobre o que ainda está em geração, o que ainda é passível de mudanças. A formação acadêmica, dessa maneira, onde os valores ainda estariam se formando, seria o ambiente ideal. Pode-se ainda ir além e tratar de assuntos relacionados direta ou indiretamente com práticas humanizadas logo na educação básica, além de somente na graduação. Dessa forma, as crianças já aprenderiam e assimilariam conceitos elementares de humanização e ética, tão fundamentais para a vida em sociedade.

A humanização do cuidado trata da valorização da vida, do respeito ao outro e às diferenças. E isso deveria ser pressuposto fundamental do debate quando estamos estudando para o cuidar. (Fortes, 2000).

HUMANIZAÇÃO E O DISTANCIAMENTO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE

Quando falamos em humanização, o principal argumento contrário que surge consiste no sofrimento do profissional causado na criação de vínculos com o

paciente. Às vezes, o contato com o sofrimento humano, tão comum nos serviços em saúde, pode gerar ansiedade e desencanto, levando à consequência de um afastamento, uma dificuldade de interagir com o paciente. Por isso, durante a formação, faz-se necessária a criação de espaços de reflexão sobre as emoções envolvidas nas práticas profissionais.

Em alguns casos, a humanização torna-se difícil. Uma vez que estamos lidando com vidas, a responsabilidade e os significados filosóficos que envolvem as práticas em saúde podem ser cargas demasiadas para o profissional conseguir lidar. Abordando assim, práticas ou posturas de autoproteção, tais como o afastamento, são adotadas pelos profissionais em saúde. Segundo Remen (1993), muitos jovens recém-formados, abismados com a ousadia de se cortar um corpo humano e vivo, mãe ou filho de outra pessoa, só consegue terminar a cirurgia concentrando-se no campo cirúrgico e enxergando não uma terrível ferida, mas um apêndice inflamado.

Dessa forma, o afastamento é uma estratégia para lidar com o sofrimento e a miserabilidade do paciente, muito comuns no SUS. Muitas vezes, os profissionais de saúde se importam com o próximo, mas se defendem contra a dor de se importar. Finalmente, o afastamento é uma resposta à necessidade de controlar e lidar com o desconhecido. Benéfico por um lado, esse afastamento tem um limiar muito tênue entre autoproteção dos profissionais em saúde e dessensibilização, o que pode levar à adoção de uma postura descompromissada e, por vezes, antiética, postura essa que vai de encontro à humanização. É muito comum, assim, encontrarmos profissionais frios, desprovidos de emoção ou afeto, que ultrapassaram muito o limiar da autoproteção.

Há que se desenvolver um intenso trabalho no âmbito da saúde para combater o processo de anestesia sensitiva dos profissionais da área. De tanto ver gente sofrer, gemer e morrer já não mais impressiona e nem comove, tudo parece e é vivido com a simples rotina. Esquece-se que cada paciente é uma nova realidade, ele não pode ser tratado como uma fase de uma rotina. Cada um tem sua dor, seu sofrimento, emoções e preocupações de forma individual e personalizada. (PESSINI, 2002).

A conquista de uma objetividade, inclusive na presença de uma profunda preocupação, é uma tarefa complexa na prática em saúde e um eterno problema das profissões envolvidas na ajuda às pessoas. É importante que o profissional desenvolva habilidades para utilizar os sentimentos de maneira a motivar pensamento e ação e desenvolva habilidades para sentir plenamente

suas emoções sem, contudo, ser dominado por elas. Segundo Remen (1993), a capacidade de nos afastarmos de nossos sentimentos ao mesmo tempo em que permanecemos conscientes deles é o primeiro passo para utilizá-los como uma força motriz, permitindo-nos abrir uma variedade de opções de expressão, de acordo com as necessidades de cada paciente.

CONSEQUÊNCIAS DA ADOÇÃO DE UMA POSTURA HUMANIZADA

A adoção da humanização nas práticas em saúde, principalmente na saúde pública, não é fácil. Atualmente, práticas humanizadas estão restringidas a pequenos focos de pessoas conscientes de sua importância. Nadando contra a correnteza da realidade, ou seja, tendo ações contrárias às que são comumente realizadas, essas pessoas encontrarão muitas dificuldades e lidarão com muitos momentos em que a desistência dessa postura revela-se como vantajosa.

É muito difícil, se não impossível, as pessoas mudarem um sistema quando dependem dele para receber a aprovação e valorização de seu trabalho. Os profissionais que percebem a necessidade de mudanças devem encarar o fato de que o simples ato de se exigir mudanças não é suficiente; precisam estar dispostos a realizar essa mudança eles mesmos e, ao fazer isso, podem ficar sujeitos à desaprovação de um sistema tradicional que tende a se modificar mais lentamente do que as pessoas que fazem parte dele. (Remen, 1993).

Ao usar novas idéias e abordagens, o profissional em saúde se preocupa terrivelmente se alguém irá considerá-lo tolo, ingênuo ou imprudente. Parece necessitar de um fluxo constante de aceitação de todos aqueles que o rodeiam. Contra isso, é necessária uma maturidade muito grande do profissional para saber lidar com essas questões, maturidade essa que deveria ser trabalhada desde a formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de posturas humanas por parte dos profissionais de saúde pública é uma máxima inexorável. São raros os profissionais que as têm e urgente é a necessidade de torná-las comuns.

Como o sistema de saúde em nosso país está debilitado, a falta de humanização passa a ser somente um dos problemas enfrentados pela saúde pública. Pode-se falar em falta de estrutura, não comportamento da demanda de pacientes, inexistência de atendimento em saúde em muitas cidades e

falta de compromisso, capacitação ou competência profissional de muitos dos que trabalham no SUS. A grande maioria da população brasileira é pobre e sem recursos sendo, conseqüentemente, usuária do Sistema Único de Saúde.

Dessa maneira, talvez a saída fosse focar os esforços nos profissionais ainda em geração. Uma das possíveis soluções, assim, seria a mudança na formação acadêmica. Mudanças ainda na formação básica também se mostram necessárias, pois poderíamos obter resultados ainda mais satisfatórios. O formar voltado para a humanização melhoraria não somente as práticas em saúde, mas as relações sociais como um todo.

O mérito da humanização como prática difundida começa com a ação individual. Sabe-se que não é fácil. Sabe-se que existem as dificuldades impostas pelos colegas de trabalho e pelos próprios pacientes, além do receio do ato de “não dançar conforme a música” ser visto como utópico e sonhador. Contudo, é para isso que estudamos. Para Freire (1996), não estudamos para constatar e só. Não estamos no mundo e com o mundo e os outros de forma neutra. A constatação é apenas um caminho para inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade. Há perguntas a serem realizadas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. De estudar descomprometidamente, como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos a ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele.

O próprio Freire (1996) ainda salienta que o discurso da acomodação ou de sua defesa, o discurso da exaltação do silêncio imposto que resulta a imobilidade dos silenciados, o discurso do elogio da adaptação tomada como um fado ou sina é um discurso negador da humanização de cuja responsabilidade não podemos nos eximir. Afinal, o futuro é problemático e não inexorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem / Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da saúde, 2001.

DIREITO a acompanhante não é cumprido. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br>>. Acesso em: 27 out. 2006.

DOENTE também é gente. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/>. Acesso em: 9 out. 2006.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. A ética, a humanização e a saúde da família. Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-33, 2000.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31ª edição. São Paulo: Paz e terra, 1996.

HUMANIZAÇÃO da saúde: o homem como “medida de todas as coisas”. Revista RET-SUS. São Paulo: Associação das Escolas Técnicas em Enfermagem. Ano 1, n° 6, p. 25-28, março de 2004.

INFECÇÃO hospitalar diminui com a implementação de programa de humanização. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br>>. Acesso em: 13 out. 2006.

LEPAUGNEUR, Hubert. Dignidade da pessoa no desenvolver cultural. Bioética, v. 12, n° 1, p.33-38, 2004.

MEZZOMO, A. A. Humanização da assistência hospitalar. Disponível em: <<http://www.saudebusinessweb.com.br>>. Acesso em: 9 out. 2006.

PESSINI, Léo. Humanização e contexto humanos no contexto hospitalar. Bioética, v. 10, n. 2, p. 51-69. 2002.

PORQUÊS. Disponível em: <<http://www.doutoresdaalegria.org.br>>. Acesso em: 02 nov. 2006.

PROJETO sucatoteca. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/spdm/hsp/humaniza/humani.htm>>. Acesso em: 13 out. 2006.

REMEN, Rachel Naomi. O paciente como ser humano. 3ª edição. São Paulo: Summus editorial, 1993.