

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**A IMPORTÂNCIA DE UM ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO: UMA
REVISÃO DE LITERATURA.**

Isadora Garcia Paz
Adrian Arthur Vieira Franco

MARINGÁ – PR
2022

Isadora Garcia Paz
Adrian Arthur Vieira Franco

**A IMPORTÂNCIA DE UM ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO: UMA
REVISÃO DE LITERATURA.**

Artigo apresentado ao curso de graduação em medicina da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Marcia Cristina de Souza Lara Kamei.

MARINGÁ – PR

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

Isadora Garcia Paz

Adrian Arthur Vieira Franco

A IMPORTÂNCIA DE UM ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Artigo apresentado ao curso de graduação em medicina da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Marcia Cristina de Souza Lara Kamei.

Aprovado em: 24 de 10 de 2022

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. M^{sc} Fernanda Piffer

Imagem: Fernanda Piffer (Banca Examinadora)
Inscrição: 104.076/2010
CBO: 104.076/2010

A IMPORTÂNCIA DE UM ATENDIMENTO MÉDICO HUMANIZADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Isadora Garcia Paz

Adrian Arthur Vieira Franco

RESUMO

O Ministério da Saúde preconiza o atendimento integral e humanizado a todos aqueles assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, teve-se como objetivo compreender, através de uma revisão sistemática de literatura, a importância da formação médica humanizada no contexto atual, juntamente com a necessidade de identificar os empecilhos dessa formação, e a partir disso, como ela irá influenciar na relação médico-paciente. Com o propósito de entender como o curso de medicina segue esses princípios e diretrizes, levou-se em consideração a Política Nacional de Humanização (PNH) e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, que enfatizam a necessidade de uma formação generalista humanista, pautada na ética e tendo o médico o papel de promotor da saúde integral do ser humano. Com o presente estudo observou-se que a maior parte de pesquisas foram publicados em 2018 e 2022, e o tema mais abordado foi saúde da mulher e da criança. Ainda foi possível concluir que a maior dificuldade para atingir uma medicina humanizada é principalmente a baixa abordagem de matérias humanizadoras dentro das faculdades de medicina, além da necessidade de fomentar a educação em saúde dos pacientes pelos médicos, melhorando o atendimento e o prognóstico.

Palavras-chave: Humanização da assistência and (medicina or saúde).

THE IMPORTANCE OF A HUMANIZES MEDICAL ATTENDANCE: A LITERATURE REVIEW.

ABSTRACT

The Brazilian Ministry of Health says that every patient of the Sistema Único de Saúde (SUS), must receive a full e humanized treatment. With that in mind, our goals was to understand, with

a systemic literature review, the need of a medical humanized education, and how that is going to influence the relationship of the doctor with his patients. To understand how the medical graduation follows these principals, we took in consideration the Política Nacional de humanização (PNH) and the Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, that emphasizes the need of a generalist and humanized graduation, lined with ethics and giving the doctor the roll of promoting the integral health to the patients. This study observed that 2018 e 2022 was the years with the most published articles, and the most discussed topic were woman's and children's health. It was possible to conclude that to achieve a humanized medicine, the theme must be approached more often in graduation, and also encourage the doctors to give a health education to their patients, improving the service and the prognosis.

Keywords: Humanization of Assistance and (medicine or health).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	7
2.1 OBJETIVOS.....	7
2.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	8
3.1 ANÁLISE DOS DADOS.....	8
3.2 SAÚDE DA MULHER E CRIANÇA.....	11
3.3 SERVIÇOS GERAIS DE SAÚDE.....	14
3.4 ÂMBITO HOSPITALAR.....	15
3.5 FACULDADE DE MEDICINA.....	16
3.6 GESTÃO EM SAÚDE.....	16
4 CONCLUSÃO.....	17
5 REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Segundo Oliveira (2006), em período da história, a saúde foi identificada e considerada uma dádiva a ser prestigiada como posse acima de qualquer antagonismo, o que por um longo período justificou ações arbitrárias, com contexto, e controle social por parte dos atores sociais que compunham a figura do médico. Sendo assim, essa questão configurou uma biopolítica extremamente medicalizada - no sentido biomédico - e higienista, tendo como consequência, um modelo de cuidado que não considerava o que os indivíduos assistidos consideram sobre o próprio processo de saúde-doença.

Somado a isso, o avanço das tecnologias médicas, com ampla gama de recursos para obter diagnóstico, desenvolveu-se um crescente distanciamento da relação médico-paciente, deixando de lado a execução correta da propedêutica médica. Buscando avaliar os fatores que influenciam a relação médico-paciente, um melhor atendimento e a continuidade do tratamento pelo paciente, surgiu a discussão acerca da humanização do cuidado, onde se preza por uma biopolítica em que o ator social médico não trata somente uma patologia e, sim o ser em seu aspecto biopsicossocial, como prega a Política Nacional de Humanização (PNH).

Com a identificação de tal problemática, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca adequar o significado de humanização do cuidado à prática médica através da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários. Com a identificação das dificuldades encontradas nessa conjuntura, observou-se desafios enormes relacionados a organização e implementação do cuidado da saúde humanizada, que vão desde o uso de uma linguagem tecnicista banal, postura autoritária e paternalista por parte da figura médica, até a própria defasagem na formação desse profissional, o que impede que a biopolítica idealizada seja adequadamente implementada e projetada no contexto da prática médica diária.

Visando enfatizar a necessidade de se formar médicos capacitados para tais atendimentos, tem-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina **1**, de 2014, no art 3º, que os médicos passam a receber uma formação: [...] generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Para subsidiar essa proposta, as diretrizes ainda trazem como processo essencial, a necessidade de adquirir conhecimento sobre o significado de humanidade e humanização do contexto da saúde, aliados a propedêutica médica, a fim de desenvolver uma capacidade reflexiva, ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente, compreendendo essa esfera como um todo, e como isso tem o poder de influenciar no processo de cuidado continuado.

Contudo, apesar da implementação das diretrizes citadas, ainda existem barreiras para que a formação médica humanizada ocorra de maneira efetiva, sendo a temática em questão muitas vezes deixada de lado em relação às matérias biomédicas, o que corrobora para que o modelo de atenção biomédica se perpetue, projetando um processo predominância da medicalização do cuidado em relação ao processo de humanização do mesmo.

Considerando o exposto acima, o presente estudo buscou avaliar através de uma revisão de literatura, como a humanização em saúde tem sido expressa no contexto da saúde de maneira geral, analisando e refletindo sobre os desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta, como a desintegração do processo de trabalho e relações entre a própria equipe multidisciplinar de profissionais, perpendicularização do cuidado, entre outros. A reflexão sobre o assunto justifica-se, pois o processo saúde-doença deve ser compreendido entres os diferentes sujeitos envolvidos, estimulando a corresponsabilização do cuidado, autonomia do sujeito em relação ao processo ativo de produção de saúde, prevenção e cura.

2. JUSTIFICATIVA

O projeto teve como relevância verificar como as competências humanizadoras no curso de medicina impactaram no contexto da prática médica e como a introdução dessas práticas confluíram para um atendimento integral considerando o contexto biopsicossocial do paciente. Além disso, visou ressaltar a importância dessas ferramentas para a relação médico-paciente, que influenciaram ou irão influenciar diretamente na qualidade do atendimento e continuidade do tratamento no processo de saúde-doença.

2.1. OBJETIVOS

- Compreender a importância da formação médica humanizada.

Objetivos específicos

- Identificar os empecilhos para um atendimento humanizado,
- Compreender o impacto desse atendimento na relação médico-paciente.

2.2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi feito no formato de uma revisão sistemática de literatura sobre a humanização dos atendimentos médicos. O método escolhido, se trata de uma pesquisa secundária, que possibilitou uma visão sistemática da literatura sobre o tema escolhido, permitindo a exposição de lacunas de conhecimento, de modo que pudéssemos identificá-las e encontrar ferramentas para saná-las melhorando o atendimento médico; permitiu ainda a síntese de várias publicações diferentes, ofertando uma gama de opiniões sobre o mesmo assunto, enriquecendo a pesquisa.

Para atingir um bom resultado, a revisão de literatura seguiu alguns passos, sendo eles sequencialmente: a elaboração de uma questão norteadora (onde delimitamos o assunto abordado), a busca por referências na literatura (com a utilização de palavras-chave), seguida da seleção dos artigos que se enquadrassem nos critérios de inclusão e exclusão (previamente estabelecidos pelo autores do atual estudo), posteriormente foi feito uma extração dos dados, os quais foram utilizados na síntese dos trabalhos escolhidos.

Afim de redigir tal estudo, foi realizado uma busca computacional na base de dados pubmed, na qual foi pesquisado as seguintes palavras-chaves: Humanização da assistência AND (medicina or saúde), e ainda, delimitou-se os resultados pelo ano de publicação, sendo buscado artigos de 2017 a 2022. Após a leitura dos artigos encontrados, foram excluídos os que não se adequaram ao tema, e ainda, com auxílio do publish or perish (utilizando as mesmas palavras-chave), foram incluídos os trabalhos com maior número de citações, visando enriquecer o presente estudo.

3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS (RESULTADOS)

3.1 Análise dos dados

Os artigos estudados foram organizados de acordo com o ano de publicação, sua temática (área de pesquisa) e objetivos, visando facilitar o entendimento das propostas (**Quadro 1**).

Foi identificado que entre 2017 e 2022, a maioria dos artigos citados, com as palavras chaves acima descritas, foi em 2018 e 2021, dentre as áreas pesquisadas, 44% abordavam serviços de saúde da mulher e criança, 16% serviços gerais de saúde, 16% âmbito hospitalar, 16% em faculdades de medicina e 8% abordaram gestão em saúde.

Quadro 1: Distribuição dos artigos de acordo com título, ano de publicação, área do estudo e objetivo da pesquisa.

Título	Ano	Área	Objetivo
Humanização na terapia intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde.	2017	Hospital	Compreender as percepções de familiares e profissionais de saúde sobre humanização na Unidade Terapia Intensiva (UTI) para direcionar a uma ação educativa.
Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate.	2017	Serviços gerais de saúde.	O objetivo deste estudo foi identificar os diferentes temas e concepções de humanização dentro do referido debate, abordados por meio de dois corpos documentais que são a base empírica da pesquisa.
Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde	2018	Hospital	discutir a humanização a partir dos discursos sobre o tema, de profissionais de saúde e usuários de uma instituição complexa que envolve pesquisa, ensino e assistência, e que é referência e formadora de mão de obra qualificada para o SUS.
Práticas sociais de medicalização & humanização	2018	Saúde da mulher e da criança	Analisar como os discursos de medicalização e humanização se articulam na atenção primária em saúde e configuram o cuidado pré-natal de

no cuidado de mulheres na gestação			mulheres grávidas realizado por equipes de saúde da família.
Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil	2018	Saúde da mulher e da criança	Fornecer um panorama acerca das diferentes práticas assistenciais humanizadas, voltadas à gestação e ao parto, realizadas nas regiões sul e sudeste do Brasil.
A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras	2020	Saúde da mulher e da criança	.
Comissões éticas em Portugal: velhos e novos desafios.	2020	Faculdade medicina	Reformular a temática de de humanização dentro das universidades de medicina de Portugal.
A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras	2020	Saúde da mulher e da criança	.
Avaliação da assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	2021	Saúde da mulher e da criança	Avaliar a assistência pré-natal prestada a gestantes de baixo risco usuárias do Sistema Único de Saúde da cidade de Joinville – SC.

Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação o sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização	2021	Serviços de saúde gerais	Avaliação de implementação dos prontuários na atenção primária, sob a perspectiva dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização	2021	Gestão em saúde	Explorar a produção científica no Brasil sobre a Cogestão, após a criação da PNH em 2003.
Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem	2022	Saúde da mulher e da criança	Verificar a percepção dos estudantes do internato do Curso de Medicina e do estágio supervisionado do Curso de Enfermagem da Universidade de Vassouras sobre a violência obstétrica e a humanização na assistência ao parto.
Diferentes modelos formativos em saúde e as concepções estudantis sobre atendimento médico humanizado	2022	Faculdade de medicina	Promover discussões e reflexões múltiplas nos campos da ética e das humanidades e assim estimular o desenvolvimento de atitudes éticas e humanas nos estudantes.

3.2 Saúde da mulher e criança

Pensando em âmbitos de saúde da mulher e da criança, Bourguignon (2020), traz como marco da humanização do parto no Brasil a criação da Rede pela humanização do parto e nascimento (Rehuna) em 1993, que iniciou o debate dentro dos hospitais do país. Antes disso, o trabalho de parto passava por um processo de mecanização do corpo, onde os procedimentos deveriam se encaixar em padrões de tempo, que fugiam do fisiológico, ocorrendo uma

despersonalização dos pacientes. Já com o Rehuna, os debates e ações voltadas a humanizar o parto tornaram-se mais frequentes, surgindo um modelo de parto assistencial, onde a mulher passa a escolher o que quer, quem as acompanham, criando uma conexão com os profissionais, trazendo mais segurança durante o parto, além de uma responsabilidade compartilhada entre médico e paciente. Ainda a autora ressalta que a fisiologia singular de cada mulher deve ser respeitada, com um espaço seguro e equipe especializada durante os procedimentos, evitando intervenções desnecessárias e sempre respeitando a liberdade da mulher, atingindo assim, um parto humanizado.

A pesquisa de Ferreira (2018), ocorre em âmbito hospitalar, onde questiona aos profissionais de saúde sobre humanização e recebe diferentes respostas. Dentre estas, os profissionais indicam humanização como sendo: o diálogo com os pacientes, também quando não puder tratar alguém, saber orientar e encaminhar corretamente o paciente e não o deixar sem assistência, além disso, ver o paciente como um todo, se adaptando ao contexto e realidade do paciente, criando um vínculo que possibilite um olhar humanizado e multidisciplinar acerca da pessoa, possibilitando o melhor tratamento. Por fim, o autor citou como essencial para humanização do atendimento uma estrutura adequada, para dar autonomia e condições de trabalho aos profissionais, para que executem da melhor maneira seus atendimentos e para que os pacientes tenham o melhor acolhimento.

Já Warmling (2018), volta os interesses de pesquisa para compreender como os discursos de medicalização e humanização ditam a prática das equipes no contexto da saúde da mulher gestante. A autora deixa claro que a medicalização não se restringe somente ao tipo de parto, mas que já atravessa e orienta a atuação das equipes desde os programas de pré-natal. Sendo assim, aponta que ainda o discurso humanizado segue como complementar ao da medicalização e especialização dos cuidados, em especial nas últimas três décadas, período em que foi acompanhado de uma alta taxa de prevalência de nascimentos prematuros, mortes de neonatos e maternas.

Ainda dentro dessa esfera, o estudo de Warmling (2018) trouxe uma peculiaridade referente a suposta oposição existente entre as equipes de saúde da família e o modelo de atenção biomédico, e percebeu-se que a própria equipe possibilitava e fortalecia a demanda pelo obstetra, sendo encontrados mais pontos de conexão nas biopolíticas de humanização e medicalização do que propriamente de embate. Dessa forma, percebeu-se que, mesmo em virtude das fortes recomendações que se tem sobre a participação do médico generalista no

acompanhamento da gestante ao nascimento, o que se tem percebido é uma crescente diminuição da participação dos médicos de família nos cuidados obstétricos. Assim, verificou-se a necessidade de projetos educacionais focados no reconhecimento da prática humanizada em detrimento da especialização do cuidado, visando identificar e aproximar os cuidados realizados pelas equipes generalistas dos realizados pelos obstetras, pois se trata de projetos profissionais com objetivos coincidentes.

Pensando nos desafios que a humanização do cuidado gestacional ainda enfrenta no sistema de saúde brasileiro, Pereira, Ricardo Motta et al. (2018), mostram que os principais empecilhos residem na esfera da formação educacional que ainda visa preparar médicos que se encaixem no modelo intervencionista, focado apenas na figura do médico como promotor da saúde. O autor ressalta que o parto cesáreo é majoritariamente mais realizado, colocando o parto como um evento médico especializado, o que na prática faz com que seja basicamente sinônimo de uma cesárea intra hospitalar. Dessa maneira, a proposta de humanização teria como objetivo aceder a autonomia da mulher e tratar esse momento com práticas que comprovadamente asseguram o bem-estar da gestante e do recém-nascido, visto que foi identificado que gestantes assistidas pelos Centros de Parto Humanizado utilizaram menos métodos farmacológicos para alívios da dor, ocitocina e um número consideravelmente menor de episiotomias realizadas.

Além disso, a pesquisa ainda identificou que o processo de humanização ocorre de maneira heterogênea entre as regiões consideradas no estudo, com ênfase para a vulnerabilidade dos sistemas de saúde para fornecer um atendimento precoce para a população pobre, independentemente de ter um cuidado humanizado ou não. Para concluir, a pesquisa traz a necessidade de se considerar estratégias fundamentais para que a formação acadêmica em medicina incorpore mudanças necessárias no que diz respeito à saúde da mulher de forma integral e multidisciplinar considerando o bem-estar materno-infantil como prioridade. Diante disso, seja o parto vaginal ou cesáreo, o parto ideal é aquele que assegure o bem-estar da gestante e do recém-nascido, devendo considerar prioritariamente as preferências das gestantes, uma vez que ela tenha condições de escolher.

Segundo Vaichulonis, Carla Gisele et al. (2021), em sua pesquisa onde analisou a assistência pré-natal segundo indicadores do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), foram identificadas questões que atrapalhavam a função de espaço do pré-natal como um ambiente privilegiado para a divulgação de informações sobre o parto, como a baixa oferta de atividades educativas, focando apenas o cenário da educação em saúde no que

tange aos procedimentos clínico-obstétricos. Para concluir, o estudo ressalta que para que seja possível fornecer atenção integral e humanizada a um pré-natal eficiente e com adesão por partes das gestantes, é necessário que o profissional de saúde esteja munido de aspectos essenciais a relação humana, como colocar a gestante em seu espaço de ator social importante no processo de promoção da saúde, saber ouvir, acolher, dentre outros pontos que demonstram uma preocupação real com a saúde da gestante e do recém-nascido.

Alves Costa (2022), aborda sobre as violências à mulher do pré-natal ao puerpério, que causam sofrimentos e impedem a autonomia materna em toda gestação, tendo a humanização o papel de defender os direitos da mulher e da criança, devendo por isso ser inserida na formação acadêmica. A autora identifica como principais problemas no ambiente de partos a indicação errônea de cesáreas e o desmame precoce. Citou ainda como necessário para sanar o problema, a abolição completa do ensino de um “modelo médico hospitalocêntrico e intervencionista... contemplando mais o modelo biopsicossocial”.

3.3 Serviços gerais de saúde

Toledo, Patrícia Pássaro da Silva et al. (2021), trouxeram a problemática da implementação do prontuário eletrônico do paciente (PEP) na atenção primária, através da perspectiva da Política Nacional de Humanização, tendo como ideia principal compreender os domínios cognitivos pelos quais os PEP são utilizados. O estudo identificou que a implementação do PEP foi percebida como um aumento de eficiência por parte dos profissionais e na satisfação dos médicos em relação ao seu processo de trabalho, sendo um processo crucial para focar nas necessidades apresentadas pelos pacientes durante o atendimento. No contexto da equipe de saúde de maneira geral, notou-se uma melhoria atribuída à implementação do PEP, pois acabou interligando diferentes serviços e áreas de uma unidade de saúde, aprimorando a dinâmica organizacional. Além disso, verificou-se que o PEP auxilia na elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos, atribuindo maior autonomia ao paciente, facilitando sua tomada de decisão quanto a planos de tratamentos. Para concluir, o PEP foi apontado como um instrumento capaz de promover mudanças na atenção em saúde e no modo de gerir, convergindo perspectivas de integralidade e integração dos processos do cuidado. Sendo assim, o PEP pode ser considerado indispensável na garantia da assistência e na longitudinalidade do cuidado.

3.4 Âmbito hospitalar

Luiz F, Caragnato (2017) focou sua pesquisa nas unidades de terapia intensiva (UTI), conhecidas pela necessidade de intervenções imediatas e uma equipe multidisciplinar, conseguindo dividir a opinião dos entrevistados por ele em categorias que evidenciaram os principais pontos positivos e negativos no atendimento aos pacientes. Dentre os pontos positivos, o de maior impacto foi o acolhimento, que segundo ele, inicia já na sala de espera, e se tratando dos profissionais de saúde, evidenciou a necessidade de que no início se apresentem aos pacientes e familiares, e principalmente, os tratem por seus nomes. Ainda foi enfatizado a importância de uma comunicação clara e respeitosa, onde muitas vezes os profissionais transcendem o conhecimento teórico, questionando inclusive o que "o paciente quer", para assim resolver suas necessidades. Dentre os aspectos desfavoráveis ao atendimento, citou o preconceito sofrido por pacientes, principalmente nas alas psiquiátricas e nas UTIs, onde os pacientes sentem estar "à espera de um fim" quando são chamados por números ou doenças ao invés de seus nomes, tais coisas foram consideradas barreiras desfavoráveis ao processo de humanização, criando empecilhos que impedem o pleno aproveitamento do tratamento recebido e um tratamento continuado efetivo.

Já Azeredo (2017) traz um debate acerca da violência médica (indicando essa violência como sendo uma imposição de técnicas, tempo de consultas e excesso de tecnologias), colocando como enfoque o excesso de poder e autoridade dos profissionais de saúde como condicionantes desta violência. Ainda aborda que a terceirização dos médicos causa uma crise de vínculo médico-paciente, ou seja, os pacientes procuram um hospital ou serviço de saúde, no qual são manejados ao profissional disponível que vão atender diversos pacientes em um dia, dos quais acabam abordando apenas a doença atual de cada paciente e não dando uma continuidade aos seus tratamentos, deixando-os cada vez mais objetificados. Com isso o autor conclui que, mudanças na formação médica podem auxiliar na questão desse excesso de autoridade, humanizando o atendimento, mas dificilmente vai quebrar o ciclo criado entre os serviços de saúde e seus padrões de atendimento, ficando cada vez mais difícil singularizar um paciente e se desvincular das tecnologias que aceleram os atendimentos.

3.5 Faculdades de medicina

Pensando no papel das universidades para humanizar a saúde, Massano (2020), de Portugal, diz que, historicamente as descobertas médicas vieram seguidas de leis que buscavam garantir a segurança dos pacientes em estudos e tratamentos, e com o surgimento das novas tecnologias, temos a necessidade de uma nova ordem que atenda aos princípios éticos de dignidade, integridade e vulnerabilidade dos pacientes, para atender isso, ele ressalta a importância das universidades de medicina em unir as visões clínicas e teóricas em seus cursos, ampliando as visões recebidas pelos alunos através de aulas com docentes e profissionais de fora da universidade, para complementar as experiências passadas aos alunos, fomentando o respeito ao paciente de forma mais ampla. Assim, além de tentar informar e atualizar os profissionais graduados, os novos já serão formados com uma base mais humanizada e empática.

Veras, Renata (2022) moldou sua pesquisa dentro de uma universidade e lembrou que, estas possuem autonomia para criar sua estrutura curricular, e assim, percebeu que os temas de humanização têm uma frequência reduzida dentro da universidade, não se adequando completamente as novas diretrizes do PNH. Devido a isso, muitos alunos ainda divergem quando questionados sobre condutas humanísticas, corroborando que, quanto mais conteúdo abordado nas salas de aulas, maior a empatia e humanização do médico formado.

3.6 Gestão em saúde

Doricci, Giovanna Cabral et al. (2021), em sua pesquisa, explora como a cogestão, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) tem orientado a produção científica em relação a esse tema, desde a sua criação em 2003. A pesquisa traz pontos importantes para que a humanização do cuidado seja realizada, respeitando a autonomia dos usuários assistidos, pois ressalta que a gestão não é um local de ação exclusiva de especialistas, e sim onde idealmente todos deveriam fazer gestão. Dessa forma, os artigos analisados no estudo mostraram que a Cogestão evoluiu na prática para um local de promoção de reuniões que formalizam espaços para diálogo, ou seja, uma gestão participativa, com compromisso e corresponsabilidade, entre os trabalhadores e os sujeitos assistidos pelo sistema de saúde. No entanto, a pesquisa demonstrou que somente a aplicação prática da política não garante que a Cogestão seja implementada da maneira ideal, uma vez que não foi possível avaliar os aspectos subjetivos envolvidos a essa prática, como exemplo, a própria comunicação entre seus

participantes. Sendo assim, o artigo traz a necessidade de que seja feita uma avaliação com estratégias de monitoramento dessa diretriz na prática da atenção em saúde, para que não passe de um instrumento que gere reflexão e decisões democráticas para um instrumento de mera reprodução. Para concluir, verificou-se que para que a diretriz seja eficiente em sua implementação ideal, é imprescindível contar com o apoio dos gestores já existentes, pois sem o apoio dos superiores prévios, se torna um ambiente dificultoso para promover autonomia e protagonismo ativo sob essa perspectiva.

4 CONCLUSÃO

Com o presente estudo, conseguimos compreender que uma formação médica humanizada é essencial para estruturar uma boa relação médico-paciente, além de trazer autonomia ao paciente e ao profissional de saúde, com respeito e empatia aos seus direitos. O maior empecilho encontrado para a humanização dos serviços de saúde foi a baixa abordagem dos temas dentro das próprias universidades, visto que, de acordo com as pesquisas, quanto mais abordado em aulas, maior a humanização dos alunos e futuros médicos. Sendo assim, se tem como um dos principais pilares responsáveis, essa deficiência das faculdades de ciências médicas em incluir essa abordagem humanizada de maneira eficiente na formação de seus acadêmicos. O que no contexto prático, gera uma projeção considerável dessa defasagem teórica na prática médica, acarretando diretamente em uma equipe de saúde da família que exerce seu serviço com ênfase em uma biopolítica medicalizada, focando muito mais no papel do especialista e sobrecarregando o sistema, ou invés de focar em uma biopolítica humanizada e generalista, que responsabiliza a equipe de saúde da família, trazendo um sistema mais resolutivo e menos custoso, que entrega de maneira eficiente essa longitudinalidade do cuidado.

Compreendemos então que o maior impacto da humanização nos atendimentos é, além de estreitar os laços do paciente com o serviço de saúde, garantir uma melhor compreensão dos usuários acerca de suas doenças e sua responsabilidade como promotor da saúde nesse processo, conseguindo melhorar além do atendimento, a continuidade do tratamento, potencializando a cura e o bem-estar dos indivíduos assistidos pelo sistema de saúde e seus familiares. Além disso, foi observado que há uma defasagem nas ênfases dadas as responsabilidades das equipes de saúde da família.

5 REFERÊNCIAS

- 1 – MENDONÇA, E. F. (2014). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Ministério Da Educação, 2014*.
- 2- CAREGNATO, Luiz, F. F., R. C. A., & Costa, M. R. da. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70(5)*. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
- 3- AZEREDO, Y. N., & Schraiber, L. B. (2017). Institutional violence and humanization in health: Notes to debate. *Ciencia e Saude Coletiva, 22(9)*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>
- 4- FERREIRA, L. R., & Artmann, E. (2018). Pronouncements on humanization: Professionals and users in a complex health institution. *Ciencia e Saude Coletiva, 23(5)*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
- 5- WARMLING, Cristine Maria et al. (2018) Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018, v. 34, n. 4. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009917>.
- 6- PEREIRA, R. M., Fonseca, G. de O., Pereira, A. C. C. C., Gonçalves, G. A., & Mafra, R. A. (2018). Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 23(11)*. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>.
- 7- VAICHULONIS, Carla Gisele et al. (2021) Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2021, v. 21, n. 2*. <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200006>.
- 8- TOLEDO, P. P. da S., Santos, E. M. dos, Cardoso, G. C. P., Abreu, D. M. F. de, & Oliveira, A. B. de. (2021). Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva, 26(6)*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>.
- 9- DORICCI, Giovanna Cabral e Guanaes-Lorenzi, Carla (2021). Revisão integrativa sobre cogerção no contexto da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva, 2021, v. 26, n. 08, pp. 2949-2959*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>.
- 10 – MASSANO, J, Almeida FN, (2020). Comissões de Ética em Portugal: Velhos e Novos Desafios. *Acta Med Port. 2020 May 4*. DOI: 10.20344/amp.13709.
- 11 – BOURGUIGNON, A. M, Grisotti M (2020). A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *J. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2020 Jun*. DOI: 10.1590/s0104-59702020000200010.
- 12 -ALVES, Costa, J., de Almeida Silveira, J., da Cunha Gonçalves, S. J., & Almeida de Souza, M. C. (2022). Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. *Revista de Saúde, 13(1)*. <https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.2993>.