

A HUMANIZAÇÃO COMO FACTOR DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Helena Morgado¹ (✉ a12366@alunos.ipca.pt), Mariana Carvalho¹, & Estela Vilhena^{1/2}

¹ Instituto Politécnico do Cávado e Ave, Portugal; ² EPIUnit, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal

De acordo com os dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o sistema de saúde português está fortemente dependente do sector hospitalar (OMS, 2016a), havendo um excesso de afluência aos hospitais e um tempo de permanência médio mais elevado quando comparados com os países da União Europeia (OMS, 2016a). No entanto, a escassez de profissionais de saúde hospitalares tem sido um motivo de preocupação há décadas, sendo que se prevê um aumento dramático deste problema até 2020 (Gilles & Peytremann-Bridevaux, 2014). De acordo com Gilles e Peytremann-Bridevaux (2014), esta escassez prende-se com três tendências: o envelhecimento da população, o envelhecimento da força de trabalho da Saúde e as duras condições de trabalho na Saúde. Neste sentido, a diminuição da força de trabalho combinada com o aumento da procura dos cuidados de saúde pode enfraquecer a sua qualidade, bem como a segurança dos doentes (Gilles & Peytremann-Bridevaux, 2014). A este respeito já dizia Woodward (2000a) que os Profissionais da Saúde estão a enfrentar desafios difíceis, uma vez que têm que prestar mais e melhores serviços de saúde com menos recursos. Será, pois, aceitável ambicionar-se a prestação de cuidados de saúde humanizados diante “de um trabalhador quase sempre mal remunerado, algumas vezes pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho”? (Hennington, 2008, p. 557). Tal como preconizado pela OMS, os sistemas de saúde necessitam de um número suficiente de pessoas e bem treinadas para prestar serviços de alta qualidade (Rechel & Mckee, 2014). Uma boa gestão de recursos humanos pode influenciar os cuidados prestados ao doente, nomeadamente no que diz

respeito à forma como os profissionais lhes aplicam quer os seus conhecimentos quer as suas capacidades técnicas e relacionais (Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson, & Lawrence, 2014). Estas melhorias ao nível da qualidade e segurança do doente são indispensáveis em qualquer processo de acreditação hospitalar (Greenfield et al., 2014). A acreditação tornou-se uma marca registada para a qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (Saleh, Sleiman, Dagher, Sbeit, & Natafqi, 2013). Segundo a definição da ISQUA (International Society for Quality Assurance), que foi adoptada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), a *acreditação* “é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente” (Christo, 2014, p. 6).

Pelo exposto, é importante pensar-se em qualidade, até porque, ainda, há cuidados inadequadamente prestados e os eventos adversos ainda são uma constante na prestação dos serviços de saúde (Woodward, 2000b). Woodward (2000a) refere que a estrutura conceitual da prestação dos cuidados de saúde divide-se em três aspectos: estrutura, processo e resultado, conforme representado na Figura 1.



Figura 1. Estrutura conceitual da prestação de Cuidados de Saúde Adaptado (Woodward, 2000a)

Os cuidados centrados no doente implicam o envolvimento dos doentes (ou dos seus representantes) em actividades relacionadas com o planeamento, a concepção ou a avaliação da Gestão da Qualidade nos hospitais (Groene et al., 2014). Segundo os dados divulgados pela OCDE (2015a), a prestação de cuidados de saúde responsável e centrada no doente desempenha um

papel cada vez mais importante na política dos cuidados de saúde dos países da OCDE. A mesma fonte refere que os esforços para medir e monitorizar as experiências dos doentes têm levado a melhorias na qualidade dos cuidados de saúde (OCDE, 2015a).

Na definição dos cuidados centrados no doente não deve ser negligenciado o foco simultâneo nos profissionais de saúde. Nesse sentido, a abordagem centrada no doente, para ser bem-sucedida, deve considerar a experiência dos profissionais, que poderá ficar incontestavelmente comprometida se estes não cuidarem de si próprios, uma vez que a prestação de cuidados centrados no doente e na família exige que os Profissionais de Saúde dêem o máximo de si, quer física quer emocionalmente (Frampton et al., 2008). Deste modo, pode afirmar-se que os sistemas de saúde centrados na pessoa dependem, assim, dos seus Profissionais, uma vez que a melhoria dos seus resultados depende da disponibilidade, da acessibilidade, da aceitabilidade e da qualidade da força de trabalho da Saúde (OMS, 2015). Ter a perspectiva das pessoas significa, portanto, que os prestadores devem ver a pessoa como um todo (OMS, 2016b).

Neste contexto, a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas com uma série de sintomas, doenças ou deficiências (Moore, 1999).

Na opinião de Moreira et al. (2015), a humanização pode ser entendida como um vínculo, entre os profissionais de saúde e os doentes, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, reflectindo-se num comportamento ético e humano. Por outro lado, a humanização está associada à qualidade dos cuidados, que inclui o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos doentes (Moreira et al., 2015).

No contexto português, a humanização representou o ponto de partida para a elaboração da “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, publicada pelo Ministério da Saúde em 1997, e que veio dar origem à “Carta dos Direitos do Doente Internado”. A “Carta dos Direitos do Doente Internado”, apresentada pela DGS em 2005, engloba direitos preconizados em vários textos legais, nomeadamente na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na “Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia”.

Em suma, pode afirmar-se que a humanização consiste na “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Cotta et al., 2013, p.172).

O presente estudo assume-se, assim, de elevada importância, porque a revisão bibliográfica indicou que a padronização de actos e procedimentos despersonaliza e, por conseguinte, desumaniza. De acordo com Howard, citado por Simões (2008), “o conteúdo mais evidente da desumanização é a transformação do doente num objecto, num número, a sua ‘coisificação’. Fazendo-o perder as suas características pessoais e individuais, prescindindo dos seus sentimentos e valores” (p. 8). Acresce, ainda, que, conforme afirmam Oliveira, Collet e Viera, (2006), “o desenvolvimento científico e tecnológico tem trazido uma série de benefícios, sem dúvida, mas tem como efeito colateral a inadvertida promoção da desumanização” (p. 284).

Neste sentido, vários estudos têm demonstrado que o cumprimento de metas e indicadores, fruto da acreditação hospitalar, torna os cuidados de saúde mais impessoais. Apesar da revisão bibliográfica indicar que a humanização está relacionada com os direitos dos doentes e com a qualidade dos cuidados, não há instrumentos que avaliem essa humanização.

O presente estudo visa verificar se a adopção de um atendimento humanizado contribui para o aumento do índice de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados.

Este estudo restringe-se ao internamento hospitalar, uma vez que “embora se saiba que a assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente” (Oliveira, Collet, & Viera, 2006, p. 282).

MÉTODO

Participantes

A população-alvo será constituída pelos doentes internados nos serviços de Cirurgia e Ortopedia, de três hospitais da zona Norte do País (um Hospital acreditado, um Hospital não acreditado e um Hospital não acreditado mas cujo lema é “humanizar para cuidar”), num determinado período de tempo. Os critérios de inclusão serão os seguintes: 1) estar internado nos serviços de Cirurgia ou Ortopedia; 2) idade superior a 18 anos; 3) não apresentar alterações do foro neurológico ou psiquiátrico.

A recolha de dados é feita a partir de três questionários de avaliação: o da satisfação dos utentes e o de avaliação da satisfação dos profissionais

de saúde (ambos em uso nos hospitais estudados); e do questionário de avaliação da humanização nos cuidados de saúde (construído e submetido a um pré-teste e validação, no âmbito desta investigação). Os pedidos de autorização de recolha de dados seguiram as regras instituídas nos hospitais, incluindo o consentimento informado para participação no estudo.

Material

Variáveis Sócio-demográficas – o sexo, a idade, a educação, o serviço e o tipo de hospital, usadas para descrever a amostra e como variáveis de controlo.

Variáveis da satisfação do utente internado – a simpatia, disponibilidade e rapidez do atendimento; a informação sobre o tratamento e medicação; a qualidade da alimentação; o conforto, higiene e limpeza das instalações; o silêncio e a privacidade, num total de 23 itens.

Variáveis de satisfação dos profissionais de saúde – o compromisso profissional; a segurança no trabalho; a supervisão, trabalho de equipa e cooperação; a organização do trabalho e boas práticas; a carreira e o desenvolvimento profissional, num total de 44 itens.

Variáveis de avaliação da humanização – a dignidade, a singularidade, a autonomia, a confidencialidade e a privacidade, num total de 25 itens.

Procedimento

A análise cuidada da “Carta dos Direitos do Doente Internado” e uma exaustiva revisão bibliográfica foram a base da construção do questionário de avaliação da humanização. A Tabela 1 apresenta as linhas de orientação para a análise e a validação do instrumento.

Tabela 1

Directrizes para o Desenvolvimento e Análise de Escalas Adaptado (Hinkin, Tracey, & Enz, 1997)

Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5	Passo 6	Passo 7
Criação de itens	Adequação do Conteúdo	Administração do Questionário	Análise Factorial	Consistência Interna	Validação do Construto	Replicação

Serão aplicadas metodologias de análise estatística de forma a se poder aferir o índice de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, em contexto hospitalar. Serão testados os pressupostos de aplicabilidade das metodologias de análise estatística aplicadas. O nível de significância usado será de 5% e as análises serão efetuadas com recurso aos softwares SPSS versão 23.0 e EQS 6.1.

RESULTADOS

Espera-se que, ao avaliar a humanização nos cuidados de saúde, se possa, também, identificar medidas para a incrementar, assim como algumas causas de um atendimento não humanizado.

No sector da saúde, a investigação desenvolvida sobre a satisfação do doente tem demonstrado uma ligação entre a qualidade do serviço e a satisfação (Kitapcia, Akdoganb, & Dortyolb, 2014).

Conforme referido por Pedro, Ferreira e Mendes (2010) “a satisfação do utente constitui a sua avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde que lhe foram prestados, podendo-se definir como o grau de congruência entre as expectativas do utente e a sua percepção da qualidade dos cuidados recebidos” (p. 176). Pelo exposto, sendo a avaliação da satisfação do doente um instrumento imprescindível para o sucesso na prestação dos melhores cuidados de saúde, com foco no doente, dando-lhe a possibilidade de participar no processo de avaliação (Agheorghiesei & Copoeru, 2013), a avaliação da humanização nos cuidados de saúde, em contexto hospitalar, torna-se, pois, num instrumento imprescindível para garantir plenamente a promoção do preconizado na “Carta dos Direitos do Doente Internado”.

DISCUSSÃO

A “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015”, realizada pela OCDE (2015b) refere que Portugal possui uma

impressionante gama de iniciativas de monitorização e melhoria da qualidade e que tem uma arquitectura de qualidade robusta que, ao contrário de muitos países da OCDE, cobre quase todo o sistema de saúde. Apesar disso, Portugal poderia fazer mais para fortalecer o papel do doente, no que diz respeito à garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente recolhendo e divulgando o *feedback* dos doentes (OCDE, 2015b).

A referida Revisão, salienta o facto de Portugal ter uma “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, deste 1997, que garante uma protecção oficial aos doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como atribui ao doente a responsabilidade de cuidar da sua própria saúde, de cumprir as normas e os requisitos do sistema de saúde e de evitar despesas desnecessárias para o SNS (OCDE, 2015b). No entanto, na prática, o envolvimento do doente na tomada de decisão, ao nível do sistema de saúde, parece relativamente fraco, pelo que o fortalecimento do papel do doente, na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, deve ser uma prioridade, porque os doentes tem de estar mais envolvidos com o seu estado de saúde e também porque a satisfação com o sistema de saúde português tem sido historicamente baixa (OCDE, 2015b), facto que vem reforçar a necessidade do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Agheorghiesei, D.-T., & Copoeru, I. (2013). Evaluating patient satisfaction a matter of ethics in the context of the accreditation process of the Romanian hospitals. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 82, 404-410. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.283
- Christo, F. H. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde – Direcção-Geral da Saúde.
- Cotta, R. M. M., Reis, R. S., Campos, A. A. O., Gomes, A. P., Antonio, V. E., & Siqueira-Batista, R. (2013). Debates atuais em humanização e saúde: Quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 171-179. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n1/171-179/pt>
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S. B., & Stone, S. (2008). *Patient-centered care improvement guide*. Camden: Picker Institute, Inc.

- Gilles, I., Burnand, B. & Peytremann-Bridevaux, I. (2014). Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: A comparison across five occupational categories. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 2, 158-166. doi: 10.1093/intqhc/mzu006
- Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 372-377. doi: 10.1093/intqhc/mzu039
- Groene, O., Sunol, R., Klazinga, N. S., Aolinwang, Dersarkissian, M., Thompson, C. A., Thompson, A., & Arah, O. A. (2014). Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: Implementation and impact on patient-centred care strategies. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(S1), 81-91. doi: 10.1093/intqhc/mzu022
- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*, 42(3), 555-61. <https://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>
- Hinkin, T. R., Tracey, J. B., & Enz, C. A. (1997). *Scale construction: Developing reliable and valid measurement instruments*. Nova Iorque: Cornell University.
- Kitapcia, O., Akdoganb, C., & Dortyolb, I. T. (2014). The impact of service quality dimensions on patient satisfaction, repurchase intentions and word-of-mouth communication in the public healthcare industry. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 148, 161-169. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.07.030
- Moore, F. I. (1999). *Functional job analysis – Guidelines for task analysis and job design*. EUA: World Health Organization.
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B. V., & Duarte, M. C. S. (2015). Public humanization policies: Integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3231-3242. doi: 10.1590/1413-812320152010.10462014
- OCDE. (2015a). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2015b). *OECD Reviews of health care quality: Portugal 2015 – Raising standards*. Paris: OECD Publishing.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N. & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(2), 277-84. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>

- OMS. (2015). *Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people-centredness*. Dinamarca: Regional Committee for Europe.
- OMS. (2016a). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- OMS. (2016b). *MEETING REPORT: Final consultation meeting of the European framework for action on integrated health services delivery*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos – Tourism & Management Studies*, 6, 175-189. doi: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ec/n6/n6a16.pdf>
- Rechel, B., & McKee, M. (2014). *Facets of public health in Europe*. Inglaterra: Open University Press – McGraw-Hill Education.
- Saleh, S. S., Sleiman, J. B., Dagher, D., Sbeit, H., & Natafqi, N. (2013). Accreditation of hospitals in Lebanon: Is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 284-290. doi: 10.1093/intqhc/mzt018
- Simões, J. A. R. (2008). A prestação dos cuidados de saúde em Portugal. A visão de um médico católico português. *Revista “Acção Médica”*, 72(2), 95-106.
- Woodward, C. A. (2000a). *Improving provider skills – Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – A process of change*. Genebra: World Health Organization.
- Woodward, C. A. (2000b). *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – A process of change*. Genebra: World Health Organization.