

A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar

The influence of the holistic vision in the hospital humanization
La influencia de la visión holística en la humanización del hospital

*Telma Alves de Almeida Fernandes Leite**

*Maria Isabel Strong***

RESUMO: Este trabalho teve como finalidade refletir sobre a influência do emprego da visão holística no processo de humanização da assistência hospitalar. A metodologia aplicada foi a do levantamento bibliográfico relativo ao assunto, tanto em humanização hospitalar e paradigma holístico quanto nos pressupostos de outras áreas de conhecimento. Historicamente, as práticas da saúde tiveram seu início com uma visão mais integrada do ser humano em seu meio. Percebe-se que o processo de desumanização foi resultante de múltiplos fatores, entre eles pelas ciências exatas, tentando explicar objetivamente o ser humano pela retirada dele de todo o caráter subjetivo, coisificando-o; pela veneração à tecnologia, mecanizando-o; e pela especialização excessiva, fragmentando-o. A instituição hospitalar vem sofrendo influências econômicas e culturais. Gerando diversas mudanças que devem ser ponderadas pelo seu potencial intrínseco de afetar a qualidade da assistência e na relação entre profissionais da saúde e usuário. O conceito de saúde, a formação do profissional e a forma com que é realizada a gestão dos recursos humanos nos hospitais também podem influenciar a qualidade da assistência. A visão holística favorece o processo de humanização influenciando os profissionais, os usuários e as relações entre eles.

DESCRIPTORIOS: Saúde holística, Administração hospitalar, Humanismo

ABSTRACT: This work aimed to reflect on the influence of employing the holistic vision in hospital assistance humanization process. The applied methodology was a bibliographical survey on the subject, both regarding hospital humanization in its relation to the holistic paradigm and assumptions coming from other knowledge areas. Historically, health practices began with an integrated view of human beings in their environment. One perceives that the dehumanization process resulted from multiple factors, figuring among them exact sciences effort to explain objectively human beings removing from them all subjective aspects, commodifying them; because of technology veneration, mechanizing them; and by excessive specialization, fragmenting them. Hospital Institutions are increasingly suffering economic and cultural influences and this generates several changes that must have evaluated their intrinsic potential to affect the quality of assistance and the relation between health professionals and users. The health concept, the formation of the professional and human resources management in hospitals can also influence assistance quality. The holistic vision favors the humanization process, influencing the professionals, the users and the relationships between them.

KEYWORDS: holistic health, Hospital administration, Humanism

RESUMEN: Este trabajo buscó reflejar acerca de la influencia del empleo de la visión holística en el proceso de humanización de la ayuda hospitalaria. La metodología aplicada era un examen bibliográfico en el tema, mirando la humanización del hospital en su relación al paradigma y a las asunciones holísticas que venían de otras áreas del conocimiento. Históricamente, las prácticas de la salud comenzaron con una vista integrada de seres humanos en su ambiente. Uno percibe que el proceso del deshumanización resultó de los factores múltiples, calculando entre ellos esfuerzo exacto de las ciencias de explicar los seres objetivo humanos que quitaban de ellos todos los aspectos subjetivos, haciendo de ellos mercancías; debido a la veneración de la tecnología, mecanizándolos; y por la especialización excesiva, los fragmentando. Las instituciones hospitalarias sufren cada vez mas influencias económicas y culturales y éstas generan varios cambios que deben tener evaluado su potencial intrínseco de afectar la calidad de la ayuda y la relación entre los profesionales de salud y los usuarios. El concepto de salud, la formación del profesional y la gerencia de recursos humanos en hospitales pueden también influenciar la calidad de la ayuda. La visión holística favorece el proceso de humanización, influenciando los profesionales, los usuarios y las relaciones entre ellos.

PALABRAS-LLAVE: Salud holística, Administración hospitalaria, Humanismo

*Terapeuta ocupacional. Pós-graduada em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. telmato@uol.com.br.

**Professora Doutora. Docente responsável pela disciplina de Bioética e Responsabilidade Social do Centro Universitário São Camilo

Introdução

O tema humanização vem despertando um interesse cada vez maior entre profissionais de diversas áreas. O empenho do Ministério da Saúde e o comprometimento do pessoal envolvido com o Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado em Brasília em 2001, comprovam que a importância dada à relação humanitária não é apenas mais uma moda e sim, antes de tudo, uma necessidade ética para com os usuários e para com todos os profissionais que atuam no setor da saúde. Conforme afirma Gallian (2001), “nunca como hoje se faz tão necessária à reflexão histórico-filosófica para que se possa re-humanizar a medicina e as ciências da saúde em geral”.

Remetendo à máxima de São Camilo de Lellis, e demonstrando o cuidado com a formação humanitária dos discentes que ingressam na instituição e seu preparo para atuar no campo da saúde, o Reitor do Centro Universitário São Camilo, Prof. Dr. Pe. Christian de Paul de Barchifontaine, pediu, em seu discurso de abertura dos cursos do primeiro semestre de 1998, no campus Ipiranga, que ao trabalhar na área da saúde os futuros profissionais colocassem “o coração nas mãos”. Explicou que nas mãos temos a técnica, mas que para trabalhar com o ser humano a técnica não basta, precisamos do coração, que é a sede do amor (informação verbal).

A visão holística pode ser definida como a visão de um determinado fenômeno como um todo, ou seja, que leve em consideração todos os fatores que podem influenciar o fenômeno observado.

O termo humanização constitui o ato ou ação de humanizar. Humanizar, ou humanar, significa tornar humano. Humano, por sua

vez, é definido como aquilo que é relativo ao homem ou próprio dele. Portanto, a humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele. E o termo humanismo, segundo Molina (2002), “é uma crença no homem, em seu valor [...] na sua capacidade de progredir e construir uma sociedade melhor”.

No caso da influência da visão holística sobre a humanização da assistência hospitalar, trata-se do desenvolvimento de uma visão do ser humano inserido num contexto biopsicossocial, como um ser singular que traz consigo uma história de vida impregnada de valores culturais, vivenciando um momento em que, normalmente, se encontra fragilizado pelo seu problema de saúde e pela própria situação imposta pela internação, ou seja, é uma fase na qual o indivíduo é retirado de seu cotidiano e passa a obedecer às regras institucionais.

Este trabalho teve como finalidade refletir sobre a influência da visão holística no processo de humanização da assistência hospitalar, buscando elementos essenciais a fim de dar subsídios a uma reflexão mais ampla, procurando atingir uma compreensão que sirva de apoio e orientação para a práxis cotidiana de profissionais da saúde e de administradores hospitalares.

Evolução histórica das práticas de saúde

Para compreender as mudanças de paradigmas que vêm orientando as práticas de saúde é importante refletir sobre a evolução histórica dessas práticas. Desde os primórdios, a idéia de saúde e doença no Oriente, conforme Leite (1996) “insere-se no princípio da harmonia do homem (microcosmo) consigo mesmo e com a

natureza (macrocosmo). A saúde deriva desse equilíbrio, cuja ausência causa a doença e pode resultar na morte”. A medicina chinesa, por exemplo, surgiu há pelo menos cinco mil anos, e ainda se mantém inalterada — como no caso da acupuntura —, mesmo convivendo com a medicina ocidental.

Hipócrates, há mais de dois mil anos, também já demonstrava ser possuidor de um enfoque mais amplo do processo saúde-doença, exemplo disso é sua afirmação de que não se deve analisar as doenças de forma isolada, mas sim “no homem vítima da enfermidade, com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a qualidade individual dele, que se fixa com segura visão” (apud Jaeger, citado por Gallian, 2001)

Com o Renascimento, a racionalidade tomou por paradigma o universo matemático e mecânico. A partir do século XVII o homem começou, como explica Gonçalves (1997), “a considerar a razão como único instrumento válido de conhecimento, distanciando-se de seu corpo. [...] Fragmentado em inúmeras ciências, o corpo passou a ser um objeto submetido ao controle e à manipulação científica”.

Mesmo assim, os cientistas da época, segundo Gallian (2001), “não deixaram de reafirmar o caráter amplamente humanístico da medicina, vista não apenas como ciência, mas também como arte”. E explica que “o processo de desumanização é uma das conseqüências do divórcio entre a medicina e as humanidades que ocorreu principalmente a partir de fins do século XIX”. O que remete a Molina (2002, p. 1), quando refere em relação ao humanismo, que “infelizmente, por diversos motivos, essa fundamental característica da ‘arte de cuidar’ do bem-estar e da qualidade de vida da população e de nossos pacientes foi

desaparecendo”. De acordo com Mezzomo et al (2003, p. 28) “a cultura ocidental evoluiu muito, a ponto de se tornar arrogante [...] chegando a menosprezar o saber milenar”.

Visão biomédica

A visão biomédica está fundamentada em princípios filosóficos que valorizam a eficiência técnica e o conhecimento científico e negam a possibilidade de um conhecimento metafísico, implantando o realismo científico. Almeida (1999) observa que, “ao estudar o corpo do homem, o cartesianismo produz um mecanismo de esquecimento que nos impede de nos misturarmos e nos confundirmos com o corpo, cria a imagem de que o corpo é uma máquina”.

Os profissionais educados conforme o paradigma cartesiano-newtoniano tendem a analisar as doenças sob uma óptica essencialmente mecanicista e geralmente não consideram aspectos ambientais e emocionais — os conflitos e as dificuldades existenciais e de adequação social do indivíduo — em seus diagnósticos. Medina (1991) ressalta que o “mau funcionamento é visto exclusivamente como uma avaria em um mecanismo específico que tem que ser reparado por meios físicos ou químicos.” Martim (2003) reforça essa opinião afirmando que “o principal alvo da atenção do profissional da saúde começa a ser a doença e sua cura. Todas as energias são direcionadas no sentido de uma medicina curativa”.

Conhecimento científico e tecnológico

O desenvolvimento tecnológico foi, conforme afirma Gallian (2001), “redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Na medida em que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o

das ciências humanas se desvanecia no meio médico”. De acordo com o PNHAH (2001), “a evolução do conhecimento técnico-científico não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde”. Gallian (2001), vem notando, a partir de suas observações deste fenômeno, que a maior parte dos médicos e cientistas especialistas em saúde da atualidade “continuam demasiadamente entusiasmados com as novas perspectivas da ciência. Não que tais perspectivas não sejam [...] benéficas”.

Pessini et al (2003) alertam para o fato de que a tecnociência tem sido endeusada, e que com isso pode-se notar “ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana [...] [nos quais] a pessoa vulnerabilizada pela doença, deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de determinado fim”. Chamam ainda atenção para o fato de que “a manipulação [...] rouba aquilo que é mais precioso à vida do ser humano: sua dignidade. Entramos num círculo vicioso de coisificação das pessoas e a sacralização das coisas, inversão cruel dos valores!”.

Com essas mudanças de valores torna-se compreensível a tendência do profissional ao abandono da visão holística em favor de um enfoque mais objetivo, até certo ponto seduzido pela tecnologia, pois, por um lado é considerada mais “científica” e por outro há a demanda do próprio usuário, que vive no mesmo contexto histórico, descrito por Pessini et al (2003) como uma época de “insatisfação com a simplicidade da vida e a busca constante de emoções fortes, [...] [de] crença exacerbada da população de que os exames são mais eficazes que o conhecimento do profissional”. Esse mesmo usuário, porém, se ouvido com atenção, clama por transformação.

Especialização

A especialização, que advém da visão biomédica no mundo moderno, com a expansão do conhecimento se tornou indispensável, porém, conforme enfatiza Medina (1991) “sabe-se mais sobre o particular sem, contudo, avançar no sentido de um melhor entendimento de totalidade dos fenômenos humanos e universais”. Em outras palavras, sabe-se cada vez mais, de cada vez menos. De acordo com Mezzomo et al (2003), “o excesso de especialização retalha o ser humano e pode reduzi-lo a um quebra-cabeça difícil de formar o conjunto. Idéia confirmada por Martin (2003) quando esclarece que a especialização “leva à fragmentação do saber médico e do próprio paciente. Em lugar de tratar a pessoa que está doente, o especialista tende a tratar a patologia que é da sua especial competência”. E Gallian (2001) conclui que “o problema é [...] a falta de reflexão crítica sobre ela; sobre suas conseqüências éticas, sociais, culturais e existenciais”.

Desta forma, ao mesmo tempo em que é esclarecedora de certas particularidades, a especialização torna-se perigosa, na medida em que pode levar à perda da visão do todo, reduzindo o corpo a objeto de inúmeras ciências, pois toda especialização distante de uma visão ampla do ser humano em seu mundo leva à fragmentação, que constitui, aos olhos de Medina (1996), “desrespeito à totalidade e à dignidade do ser humano”. E acrescenta que é preciso desenvolver uma “cosmovisão que divida menos e una mais”. Pessini et al (2003) concluem que “surge nesse horizonte a necessidade de políticas de humanização”.

Visão empresarial do hospital

Para embasar a reflexão sobre a humanização da assistência hospitalar torna-se importante estudar também o contexto institucional,

pois assim como a forma de atuação dos profissionais, o hospital também vem sofrendo influências econômicas e culturais, gerando diversas mudanças que devem ser ponderadas, com a devida atenção, pelo seu potencial intrínseco de afetar a qualidade da assistência. Segundo Lepargneur (2003) com essas mudanças, foram se transformando “não apenas os custos, mas também a tradicional e ideal relação [do] médico com seu cliente”.

As pessoas, segundo Berrinelli, Waskievicz, Erdmann (2003) “deixam de ser o centro das atenções, com facilidade, transformadas em ‘objetos’ do cuidado e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal”. O que remete a Martin (2003) quando esclarece que no empenho desmedido em prol da técnica perfeita, o usuário “é transformado em mero objeto de cuidados e seu conforto e bem-estar físico e mental são subordinados às exigências do funcionamento de máquinas ou das restrições econômicas impostas pela administração hospitalar”. O autor adverte porém que “o científico e o econômico devem estar a serviço do ser humano e não o ser humano a serviço da ciência e da economia”.

Berrinelli, Waskievicz e Erdmann (2003) afirmam que “no mundo capitalista e globalizado de hoje, a tecnologia é utilizada com fins econômicos, sobrepujando muitas vezes os padrões éticos e técnicos”. Segundo Martin (2003), “às vezes as conveniências da administração hospitalar e considerações econômicas pesam mais que o bem-estar do paciente e do respeito pela sua autonomia”. Prossegue dizendo que “o hospital, acompanhando esta maneira de praticar a medicina, também começa a se especializar”.

A instituição hospitalar possui características de uma empresa que comporta dentro de si várias outras empresas, como, por exemplo, la-

vanderia, hotelaria e demais serviços. Seguindo a tendência de outras empresas, visando focar sua atividade principal, diversos gestores da saúde têm optado por terceirizar esses serviços, porém, segundo Lepargneur (2003), “a entidade dirigente do hospital não deve esquecer de que ela é responsável pela coordenação do conjunto que dela depende, e portanto da fiscalização correta dos serviços terceirizados”. Assim, os serviços terceirizados também devem ser incluídos nos projetos de humanização da assistência hospitalar.

Mezomo (1979) assegura que a humanização hospitalar não deve ser “confundida com a simples adoção de uma série de medidas isoladas que visam solucionar problemas específicos da administração hospitalar”. O autor entende que a humanização hospitalar “deve ser integrada no quadro geral e mais amplo da melhoria das relações entre administradores e administrados”.

Outro fato que merece atenção é o sistema de normas e rotinas com a padronização de procedimentos. Os protocolos, por um lado, facilitam na formação de custos, mas segundo Berrinelli, Waskievicz e Erdmann (2003) “podem levar à rigidez e impessoalidade da relação, com pouca demonstração de sensibilidade”. Uma outra postura, que se não for acompanhada de reflexão favorece a desumanização, é a rigidez na disciplina no que se refere à rotina hospitalar. De acordo com Mezzomo et al (2003) “as rotinas, uma vez implantadas, passam com o tempo a ser consideradas certas e dificilmente são revistas”. É preciso compreender que o usuário que já se encontra fora de seu lar, de seus afazeres cotidianos, despido de suas roupas e pertences, muitas vezes tem dificuldade em se adaptar às regras e horários da instituição.

Evidenciando uma visão holística Berrinelli, Waskievicz e Erdmann

(2003) afirmam que, “por sua complexidade, o ambiente hospitalar impõe a ampliação da discussão com a sociedade, a fim de estabelecer um quadro ético de referência para o cuidado humanizado”.

Para que o processo de humanização se torne possível é preciso avaliar a instituição de saúde de um ponto de vista holístico. Dessa forma, conforme enfatizam Faiman et al (2003), é imprescindível promover uma profunda “transformação da cultura institucional, que passa a incluir e valorizar os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento”, para que, conforme Mezomo et al. (2003), “o hospital seja um ambiente onde o coração tenha vez e [...] os clamores do espírito sejam ouvidos”.

De fato, há de se enfrentar o desafio de conceber estratégias coerentes voltadas para potencializar mudanças na cultura institucional, com um reposicionamento e um contínuo empenho tanto dos profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde, quanto da comunidade.

Visão holística

A visão holística enfoca sempre o ser humano do ponto de vista do microcosmo e do macrocosmo. Do ponto de vista do microcosmo, cada parte representa o todo, já do prisma do macrocosmo, o todo interage com os seus componentes. Nesse sentido, Pessini et al (2003) afirmam que “o contexto macro influi de modo contundente no condicionamento e na determinação da cultura, nos relacionamentos no contexto micro das instituições”. Berrinelli, Waskievicz e Erdmann (2003) Complementam dizendo que o cuidado à vida “não pode estar desvinculado e descontextualizado dessas circunstâncias, pois

somente será possível exercê-lo se compreendermos o ser humano em sua totalidade, nas suas diferenças, no pluralismo e na diversidade”.

Marques (2004) nota que “toda discussão em torno da falência do conhecimento fragmentado é refletida em uma busca do conhecimento em sua totalidade, [...] a humanidade está tentando resgatar valores para uma nova concepção de homem/mundo”. Blasco (2004) conclui que “vivemos tempos inundados de informação, de comunicação, e absolutamente desnutridos de raízes filosóficas”.

E é neste cenário, marcado pelo descontentamento de usuários e profissionais, que surge a necessidade de um resgate dos valores subjetivos, que foram se perdendo com os avanços da ciência. Para isso é fundamental o desenvolvimento de um novo olhar, de uma nova forma de atuar frente a essa realidade. Não se trata de abandonar as inovações científicas e tecnológicas, mas sim de agregar valores humanos às relações que ocorrem nas instituições de educação e de saúde, buscando uma articulação baseada nos princípios éticos, respeitando e valorizando todos os seres humanos envolvidos nessa teia. Esse parece ser um anseio neste início de milênio.

Processo saúde-doença

Historicamente, os conceitos do processo saúde-doença também vêm se alterando. Rezende (1996) postula que “o estado de sanidade se dá na medida em que interação satisfatoriamente o homem e o meio. Esse intercâmbio, na maioria das vezes, é conflituoso, e é no enfrentamento da adversidade e na resolução dos conflitos que se estrutura o ser humano ativo e a idéia dinâmica de saúde”.

Transcendendo a visão reducionista que observa o processo saúde-doença do ponto de vista estrita-

mente fisiopatológico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe, em sua Carta Magna de 7 de abril de 1948, a seguinte definição: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. E Mezzomo et al (2003) afirmam que “saúde requer a consideração do ser humano em todas as suas dimensões”, e prosseguem dizendo que para um completo bem-estar “não há como não reconhecer a realidade transcendental, e espiritual”.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, resgata uma concepção ainda mais ampla de saúde, assumindo que esta “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde, é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social”.

Essa forma mais abrangente de ver a saúde demanda a compreensão de todos os fatores que balizam o desenvolvimento físico, mental e social e pressupõe uma atuação integral frente a todos os fatores que influenciam na saúde e no bem-estar do ser humano.

Porém, conforme advertência de Mezzomo et al. (2003), é importante comprometer também o cidadão com a própria saúde. E Capra (1982) postula que “a assistência à saúde constituirá em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais. Significará pessoas cuidando da própria saúde [...] com a ajuda de terapeutas”. Salienta porém que “essa espécie de assistência à saúde não pode ser simplesmente ‘fornecida’, ela tem que ser praticada”.

Humanização e os profissionais da saúde

A fim de dar continuidade a presente reflexão é preciso procurar

compreender o significado da humanização da assistência à saúde. Jakobi (2004) define humanização como “uma nova visão do atendimento ao paciente, que ‘humaniza’ no sentido antropológico e psicológico todos os participantes do evento”. Ou seja, valoriza a dimensão humana e subjetiva. E humanizar a assistência, segundo PNHAH (2001) é:

ACEITAR esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se portanto à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

Conforme definição do Ministério da Saúde a humanização do atendimento é a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população. Segundo a definição de Faïman et al (2003)

Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos pacientes e profissionais, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento, por meio da promoção de ações que, à competência técnica e tecnológica, agregam o valor da dimensão subjetiva dos participantes.

Essas definições vêm ao encontro do pensamento de Mezzomo et al (2003), quando chama a atenção para a necessidade da prática de uma atitude ética que transcenda a técnica e o conhecimento científico, “uma ética fundamentada na es-

sência do ser humano, que não perde seus valores e nem diminui sua dignidade quando adoecer”.

Para refletir sobre os profissionais da saúde com um enfoque holístico é necessário considerar dois fatores que influenciam na forma com que tais profissionais prestam a assistência aos usuários. São eles: a formação profissional e a gestão dos profissionais da saúde em hospitais.

Formação dos profissionais

Considerando de um ponto de vista mais amplo, percebe-se que a formação do indivíduo não é apenas a que ocorre na universidade, ela se inicia com a educação que esse sujeito recebe no núcleo familiar, religioso, escolar e nos ambientes em que participa, inserido em um contexto histórico, cultural e social. Assim, torna-se claro o fato de que a pessoa que já recebeu uma formação básica com caráter humanista terá maior probabilidade de atuar de forma mais humana em sua profissão. Segundo Blasco (2004), “humanista é o homem que define atitudes concretas diante da vida, fruto de sua reflexão e como consequência de uma filosofia que norteia sua existência”. O autor define humanitarismo como “a capacidade de comover-se diante da dor e da limitação alheia”.

Os autores estudados concordam que a formação acadêmica tem um papel importante na formação dos futuros profissionais. Segundo a argumentação de Gallian (2001), “há uma grande necessidade de se ‘re-humanizar’ a medicina. De se desenvolver e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação e de atuação do médico e dos cientistas da saúde em geral”. Ele alega que tal necessidade não se dá exclusivamente por uma demanda ética, mas também “por uma exigência fundamentalmente epistemológica; pela própria lógica

do desenvolvimento do conhecimento científico”. E conclui que “só se pode falar em verdadeira evolução do conhecimento [...] quando se procura a integração dos saberes que extrapolam o campo eminentemente físico-experimental”.

Segundo Marques (2004), “a educação que temos dissocia o aspecto material do espiritual, fragmenta o conhecimento e prepara para a competição no mercado de trabalho”. E sugere uma proposta transdisciplinar a qual “visa à restauração da unidade e da integração do conhecimento [...] oposta ao conformismo e à fragmentação, que investe na vida em busca de respostas para as questões primordiais do Ser em sua totalidade”. Dias (2004) postula que “a compreensão do todo exige de nós uma visão epistemológica holística. Isto pressupõe, naturalmente, um enquadramento não só interdisciplinar, como, diria até, transdisciplinar”. E conclui que “necessitamos [...] construir um novo objeto de estudo sobre a pessoa humana com base também num novo quadro teórico”.

Serra (2001) admite que a formação educacional dos profissionais se encontra “atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento”. De acordo com o PNHAH (2001) é de fundamental importância “a revisão da formação dos profissionais”. Segundo Fonseca (2000), a interação entre as diversas ciências é imprescindível, “compondo assim uma visão holística, sinônimo da interdisciplinaridade, [que] se afasta da apropriação cartesiana, compondo [...] um mosaico do saber integrado por todas as disciplinas”. Gallian (2001) diz que “entender o desenvolvimento histórico e relocalar o papel das ciências humanísticas no contexto da formação parece ser o caminho necessário para a (re)humanização da medicina”.

Mantendo a análise do ponto de vista holístico pode-se avaliar desde a estrutura do processo seletivo até as condições oferecidas nos estágios. As provas dão enfoque à capacidade intelectual, não que não seja importante. Mas existe uma preocupação em avaliar a vocação humanística do candidato? Em resposta a esta indagação Blasco (2004) argumenta que no passado os indivíduos que almejavam ser profissionais da saúde e freqüentavam as universidades, tinham já esta atitude reflexiva implícita. Hoje, por um processo seletivo repleto de deficiências, não [se] conseguem apurar parâmetros do que poderia ser a vocação médica. Mas se a usina de médicos é a faculdade de medicina, ela deve enfrentar este desafio e suprir, na medida do possível, as deficiências do processo seletivo.

Outro ponto importante é o fato de que o objeto de estudo dos profissionais da saúde é o ser humano, circunstância que se torna de extrema complexidade na formação desses profissionais, em decorrência de sua natureza subjetiva. O fenômeno de tornar sujeito em objeto de estudo advém do raciocínio lógico formal, que para Medina (1991) parece “mais bloquear do que abrir perspectivas para a compreensão do universo e da existência humana”.

Conforme Gonçalves (1997), o conceito behaviorista causa uma cisão entre o sentimento e a razão. O mesmo autor ressalta ainda que: “Anulando-se o sentimento, anula-se o corpo, que se torna [...] um objeto mecânico que pode ser manipulado”. Esse conceito influencia tanto a educação quanto a saúde.

O resultado desse tipo de formação se expressa em usuários sendo tratados por suas patologias e número de leito, e não por seus nomes. E no caso de hospital-escola o desrespeito pode ser ainda maior, pois segundo Martin (2003), o usuário

corre o risco de “ser manipulado sem o mínimo respeito pelos seus sentimentos, nem mesmo pelo seu pudor, como um mero objeto de estudo”. Por esse motivo, Gallian (2001) enfatiza que “mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser [...] um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais”.

Assim, torna-se imprescindível que os currículos contemplem disciplinas que favoreçam a formação humanística e que adotem o paradigma holístico, não apenas com o objetivo de suprir a carência oriunda da formação básica, mas também porque os desafios éticos gerados pelos avanços da ciência vêm exigindo dos profissionais uma reflexão que precisa se embasar em valores humanísticos sob um ponto de vista holístico. Blasco (2004) postula que o ensino com este enfoque “tem se mostrado de importância notável para o aprendizado deste hábito de pensar, para treinar a reflexão e facilitar um aprendizado que integra, simultaneamente, a ciência e a arte ao raciocínio clínico e ao ético”.

De acordo com PNHAH (2001), no decorrer de todo o processo de “habilitação dos profissionais de saúde, devemos considerar a fragilização física e emocional provocada pela doença e as suas consequências na relação entre o profissional e o usuário”.

Além disso, pode-se refletir sobre a forma como os cursos se organizam. Na maioria dos casos os discentes são cobrados a realizar grande quantidade de tarefas acadêmicas em curto espaço de tempo, não raro se ouve estudantes dizendo: “Pensam que sou uma máquina!”. Tirando uma porcentagem de queixas infundadas, per-

cebe-se que muitas vezes o ensino se torna desumano. O que remete ao pedido feito aos docentes pelo reitor do Centro Universitário São Camilo, professor dr. padre Christian de Paul de Barchifontaine, em seu discurso de inauguração dos laboratórios do campus Ipiranga: que não massacrem os seus alunos (informação verbal), evidenciando mais uma vez a preocupação com a formação humanitária dos discentes da instituição, preparando-se para atuar no campo da saúde.

Por outro lado, o professor é também muitas vezes colocado em situação desumana, o que se torna evidente, por exemplo, quando ouvimos docentes alegando que é humanamente impossível dar conta de todo o conteúdo da disciplina em tão pouco tempo. A faculdade, por sua vez, e por vários motivos, não se vê em condições de alongar os cursos. Percebe-se que a raiz do problema encontra-se nas políticas de ensino, apontando para a importância da humanização no sistema educacional. Porém, não cabe a este trabalho aprofundar-se nesse tema, mas sim levantar a reflexão sobre a questão.

Gestão dos profissionais da saúde em hospitais

O segundo fator que exerce influência na assistência hospitalar é o tratamento dado aos colaboradores que atuam nos hospitais. A instituição hospitalar é uma organização basicamente humana, assim, pouco adiantaria um bom projeto de humanização se o hospital não contasse com pessoal sensibilizado e habilitado, pois em tal situação a possibilidade de implantar e manter uma assistência humanizada seria muito remota.

Desta forma, é importante praticar com todos os profissionais que atuam no hospital os mesmos valores que se espera deles em relação aos colegas de trabalho e aos usu-

ários, ou seja, oferecer um tratamento humanizado, buscando a promoção de valores destinados a harmonizar e fortalecer todas as relações que ocorrem no ambiente hospitalar. Esta postura deve ter total comprometimento e apoio da alta direção e demais lideranças, que precisam, ouvir os colaboradores a fim de identificar as suas necessidades e procurar supri-las de forma a favorecer o seu bem-estar.

Estudar as carências dos colaboradores, em seu ambiente de trabalho é uma rica fonte de dados que pode fornecer ao hospital informações sobre quais são as ações básicas a serem implementadas. Faiman et al (2003) citam vários estudos sobre os riscos ocupacionais em profissionais da saúde, entre eles os acidentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, e enfatizam os riscos à saúde mental, destacando que o estresse e a “violência institucional como determinante de sofrimento psíquico no trabalho [...] decorre do modo como historicamente se organizam os serviços de saúde, dentro da sociedade capitalista”.

Analisando esse cenário, Martin (2003) refere que em muitos hospitais os profissionais “deixam de ser profissionais liberais autônomos que recebem honorários e se transformam em funcionários assalariados da instituição”. E explica que desta forma o profissional “perde muito da sua autonomia. Ele acaba atendendo apenas aquele que o hospital admite e encaminha para ele”. Molina (2002) afirma que “o atual sistema não valoriza a qualidade da assistência, mas sim a quantidade” e enfatiza que:

Os trabalhadores da saúde estão se proletarizando ou se tornando “biscateiros free-lance”. Além disso, vêm sendo submetidos a um altíssimo nível de estresse, causado pelas péssimas condições de trabalho, baixíssima

remuneração, gigantesca duração da jornada de trabalho diária e semanal, falta de tempo para lazer, leitura e estudo e, não menos importante, por terem se tornado os “bodes expiatórios” de todas as mazelas do sistema.

O incremento da ciência tecnológica e a excessiva especialização transformaram, segundo Gallian (2001), os profissionais da saúde em técnicos, “em função das transformações nas condições sociais de trabalho, [...] restringindo barbaramente a disponibilidade deste para o contato com o paciente, assim como para a reflexão e a formação mais abrangente”. Martin (2003) alerta para a dificuldade gerada pelo esquema de plantões, em que “corre-se o risco de não conseguir desenvolver um relacionamento minimamente interpessoal com o paciente”. E conclui que “o paciente acaba sendo da instituição [...] e com isso perdem-se os laços mais personalizados que humanizavam a tradicional relação”.

O PNHAH (2001) aponta como fundamental a “contratação de profissionais em número suficiente para atender à demanda [...] [por] humanização das condições de trabalho. [...] atendimento da instituição hospitalar em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas”.

O trabalho absorve um terço, ou mais, das horas do dia do ser humano que está envolvido em algum tipo de atividade profissional, adquirindo grande importância em sua vida. Os profissionais da saúde, em geral, são pessoas que se qualificam com o anseio de cuidar das pessoas que os procuram para manter ou recuperar a saúde. Mas, quem cuida de quem cuida?

Faiman et al (2003) propõem a seguinte reflexão: “Como resgatar a subjetividade do paciente se a do profissional se vê cada vez mais ex-

cluída?”. Como resposta a essas indagações, o PNHAH (2001) sugere “a humanização das condições de trabalho do profissional de saúde [...] por meio de uma política de resgate do respeito e da valorização da vida humana”.

Jakobi (2004) afirma que o profissional precisa de “maturidade emocional e pessoal para lidar com serenidade e firmeza com um evento que apela para a vida e a morte, desencadeando fortes emoções” e adverte que por este motivo carecem de apoio psicológico. O tratamento humanizado aos profissionais conforme o PNHAH (2001) resulta em um “indivíduo bem capacitado, respeitado como profissional e como pessoa pela instituição a que pertence, com espaço para ser ouvido em suas dúvidas, angústias e necessidades, e com recursos adequados às exigências de seu trabalho, [estando] mais apto a atender com eficiência e qualidade”.

Portanto, ao realizar um planejamento para a implementação do processo de humanização da assistência hospitalar, deve-se ter clara a idéia de que um colaborador que se sinta valorizado como pessoa, satisfeito profissionalmente, bem informado e sintonizado com os propósitos da instituição é o melhor agente de mudanças. Para isso:

É fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo: cultura organizacional pautada pelo respeito pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários. (PNHAH, 2001, p. 6)

Assim, é importante adotar um sistema de gestão dos recursos humanos que providencie cursos de ca-

pacitação e que estimule: a construção do conhecimento, a criação de propostas de cunho humanizador, a reflexão, as soluções criativas, o engajamento no trabalho em equipe, a cooperação, a integração entre os diversos setores, e que além disso ofereça apoio aos colaboradores para que se sintam motivados como sujeitos e agentes de sua prática.

Influência da visão holística na humanização

Estudar o processo de humanização por meio da visão holística auxilia a transcender os limites do atendimento ao usuário e seus familiares. De acordo com o PNHAH (2001) o sucesso de todo o processo de humanização “está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, [...] com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável e o singular”. Esclarece que “trata-se de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno”, e afirma que é imperioso “repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de diferentes formas de atendimento [...] que preserve este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais”.

Conforme orientações contidas no PNHAH (2001), o uso de modo “competente e eficaz das técnicas empregadas no atendimento à saúde deve estar associado a uma forma de atendimento que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional”. De acordo com o documento, humanizar significa considerar a dimensão subjetiva “um eficiente instrumento de compreensão e manutenção da saúde do usuário e do profissional diante das exigências do trabalho.

Humanizar é portanto alcançar benefícios mútuos para a saúde”. E recomenda sua inclusão na práxis profissional. Partindo desse pressuposto pode-se refletir sobre a influência holística de um tratamento humanizado para a qualidade de vida dos profissionais e dos usuários.

Usuários dos serviços hospitalares

Na percepção dos usuários, segundo Serra (2001) “a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais”. Conforme Mezzomo et al (2003) o usuário não se sente satisfeito apenas “com a competência profissional, que muitas vezes nem consegue saber se existe ou não. O que se avalia de imediato [...] é a forma de atendimento, a maneira como as ações técnicas são praticadas”.

A grande maioria dos usuários procuram o hospital por necessidade de recuperar a sua saúde. Eles são portanto indivíduos emocionalmente mais sensibilizados. Blasco (2004) adverte que “a experiência da doença nos reduz a uma dependência de crianças. Precisamos ser cuidados, e de alguém que nos tire a dor da doença e a dor da incerteza”. Por este motivo, essa assistência deve ser pautada na ética, ou seja, deve procurar respeitar a autonomia do usuário. Selli (2003) postula que “um atendimento beneficente supõe permitir que o paciente manifeste seus desejos e entenda quais benefícios ele considera deveras importantes para si mesmo, como sujeito autônomo e titular de direitos”.

Mezzomo et al (2003) explicam que “a satisfação, pela qualidade humana da assistência, uma vez sentida pelo usuário, [...] gera bem-estar, segurança e alívio, potencializando o próprio restabelecimento da saúde”.

O autor chama a atenção para o fato de que ao se encontrar hospitalizada, “a pessoa enferma manifesta desejos e aspirações [nos quais], na vida normal, muitas vezes nem pensa. São necessidades espirituais”. Ele explica que “a realidade da vida abafa a dimensão espiritual, enquanto o sofrimento e o risco de vida a revela com intensidade”. E observa que “os pacientes, quase nunca as verbalizam porque os trabalhadores da saúde não são vistos como receptores dessas realidades”. Desta forma, pode-se notar a importância da visão holística tão fundamental no atendimento humanizado.

Profissionais da área da saúde

Faiman et al (2003) esclarecem que conceber a humanização apenas como uma empreitada a mais que os profissionais devem realizar em prol do usuário “é uma simplificação que desconsidera o fato de que o mesmo processo de violência social também é sofrido pelos profissionais”. Para isso é importante refletir sobre a influência do trabalho no processo de humanização do indivíduo. Conforme expressa Boff (1999), “primitivamente o trabalho era mais interação do que intervenção”. Avaliando a importância do trabalho significativo para o homem ele afirma que “no ser humano [...] o trabalho se transforma em modo-de-ser consciente e assume caráter de um projeto e de uma estratégia com suas táticas de plasmação de si mesmo e da natureza”.

Segundo Selli (2003), “na prática humanitária, a pessoa/profissional se permite ser humana, sentir-se em relação com um outro, também humano, manifestar sua sensibilidade, criar empatia, estabelecer relação sujeito/sujeito”. E Jakobi (2004) esclarece que o processo de humanização torna os colaboradores:

mais ricos em humanidade, em sensibilidade, em afetividade,

[...] traz à tona sua grandeza, sua força, sua sabedoria, [...] permite a experiência do mistério da vida, da dor e da vitória, do riso e da alegria, [...] dando-lhes mais profundidade de compreensão do processo da doença e sua prevenção, mais segurança para lidar com ele, tornando-os pessoas mais plenas.

Conforme o PNHAH (2001) a observância, o respeito e a consideração “aos aspectos subjetivos que existem na atividade do profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo às carências do usuário”. Esclarece que, no aspecto “profissional, considerar essas dimensões permite oferecer a ele melhores condições de enfrentar o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites na realização de seu trabalho”, e afirma que a “disposição para consideração e respeito da singularidade exige sempre algum grau de adaptação e mudança; em contrapartida, abre espaço para a criatividade..”.

Relação interprofissional

A relação entre os profissionais é uma questão importante para que possa existir uma assistência hospitalar holística e humanizada. Há, assim, a necessidade de um empenho para a realização de um trabalho conjunto coeso, envolvendo diversos agentes, desde a recepção do usuário até a alta administração.

A abordagem multidisciplinar, que é aplicada desde a formação acadêmica, é amplamente praticada entre os profissionais da saúde. Para Ramos (2001), “multidisciplinar é sinônimo de um amontoado de diferentes profissionais, de diferentes formações, que não interagem entre si”. Explica que “nesse modelo esses profissionais apenas empurram

o problema para outro — ‘Agora não é mais comigo (médico), agora é com a assistente social’”, e conclui que “isso não é uma equipe, é um amontoado de gente competindo entre si”. Ou seja, o trabalho multiprofissional estabelece fronteiras de atuação, incorrendo no risco de haver falhas na assistência nos espaços fronteiriços e na visão do usuário como um ser humano em interação consigo e com o mundo.

Para Fonseca (2000), “a visão interdisciplinar significa a integração entre os diversos ramos do conhecimento científico, diferentemente da simples colaboração entre as áreas disciplinares”. Assim, nessa abordagem, o maior intercâmbio entre os profissionais diminui o risco de falhas nas regiões de fronteira, pois cada um sabe até onde cada colega está atuando e há uma visão mais ampla sobre o caso.

Ramos (2001) vai além do enfoque interdisciplinar, sugerindo a abordagem transdisciplinar, que segundo ele ainda é de difícil compreensão, em razão da “formação cartesiana de disciplinas distintas, [...] totalmente independentes e isoladas, que mascaram a unidade da ciência. [...] O que parece evidente nesse modelo de ciência é de se vivenciar uma total solidão na práxis”. E esclarece que o modelo transdisciplinar “requer uma unificação conceitual entre as disciplinas”.

Segundo o PNHAH (2001), a abordagem em equipe “transdisciplinar pode contemplar uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos [...] de um modo que seria impossível alcançar apenas com recurso da visão focal do especialista”. Dessa forma, o enfoque transdisciplinar compõe-se de um conhecimento sem fronteiras que ultrapassa todas as disciplinas.

Para que esse trabalho se desenvolva, de acordo com PNHAH

(2001), “são fundamentais a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões”.

A composição de grupos de estudo e de discussão de casos clínicos e a prática de proceder reuniões com profissionais de todos os níveis para encontrar solução de conflitos favorece muito a criação da visão holística, tão necessária ao trabalho em equipe transdisciplinar e, conseqüentemente, à humanização da assistência hospitalar. Para isso é fundamental que os componentes da equipe empenhem-se em manter um cuidado ético e o espírito democrático e participativo.

Relação entre profissionais da saúde e usuários

De acordo com o PNHAH (2001), para que exista profissionalismo na assistência é preciso perceber que certos aspectos — por exemplo: “sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, erotismo e compaixão são inevitáveis em qualquer contato humano. Estarão, portanto, presentes nas relações nos serviços de saúde”. Em outras palavras, para que a assistência seja humanizada, é preciso, em primeiro lugar, aceitar o fato de que profissionais e usuários são seres humanos. E o documento explica que “esses aspectos precisam ser reconhecidos, estar sob controle e a serviço da compreensão das necessidades do usuário e dos profissionais”. Esclarece que “esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde”.

Observando do ponto de vista holístico, torna-se inegável a influência recíproca subjetiva que

ocorre em todas as relações entre usuários e profissionais, não podendo ser subestimada. Dessa forma, a visão holística pode fornecer subsídios para que esta relação seja humanizadora. Selli (2003) afirma que “o processo relacional estabelecido na ação [...] humanizada suscita, na pessoa fragilizada, o desejo de enfrentamento pessoal diante da situação vivenciada, seja ele dor, resignificação ou morte”. E chega à conclusão de que “o relacionamento marcado pela atenção humanitária leva a fazer frente à própria fragilidade e enfrentar as instabilidades a que, como humanos, somos submetidos”.

Pessini et al (2003) postulam que “humanizar a saúde é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É suportar as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente”. Berrinelli, Waskiewicz, Erdmann (2003) argumentam que se faz imprescindível “em cada encontro, a tomada de consciência quanto à pluralidade dos modos de viver, e à especificidade da situação vivenciada”. E chegam à conclusão de que “se acreditarmos nesses pressupostos, que a vida humana, como bem fundamental, é resultante de um conjunto de experiências e vivências, teremos maiores condições de demonstrar atitudes éticas no agir profissional”. Por esses motivos, Molina (2002) recomenda aos trabalhadores da área da saúde que se conscientizem “da importância do poder intrínseco da relação com o paciente, assim como do teatro terapêutico, do efeito placebo e da tríade ‘informação, apoio e carinho’ — que possui em muitos casos tanta eficiência quanto as mais altas tecnologias”. E Blasco (2004) lembra que o usuário procura no profissional que o atende não só conhecimento técnico e científico aliado à experiência, “mas também

que seja capaz de apreciar cada paciente como um ser humano que tem sentimentos e desejos, que possa entendê-lo e ajudá-lo explicando-lhe sua doença e amparando-o no sofrimento”.

Para Capra (1982):

O primeiro e mais importante passo em direção a uma abordagem holística da terapia será considerar o paciente, o mais completamente possível, da extensão de seu desequilíbrio. [...] Isso significa que seus problemas terão de ser situados no amplo contexto de onde promanam, o que envolverá um cuidadoso exame dos múltiplos aspectos da enfermidade pelo terapeuta e paciente. [...] Só o reconhecimento desse contexto — da teia de padrões inter-relacionados que levam ao distúrbio — já é altamente terapêutico, porquanto diminui a ansiedade e proporciona esperança e autoconfiança.

Faiman et al (2003) explicam que apoiar e atribuir um significado “...ao sofrimento é reintroduzir uma possibilidade de ordem a uma experiência vivida como caos. [...] Este efeito, exclusivo do contato humano, repercute no paciente e no profissional de saúde, que sente seu trabalho mais profícuo e, por que não dizer, mais humano”.

Boff (1999) faz uma reflexão interessante a quem se dispõe a cuidar, postulando que “a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. [...] A relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-relação. [...] Cuidar é entrar em sintonia com”. De fato, cuidar é superar a cisão sujeito e objeto. Em outras palavras, para uma relação genuinamente

humanizada é preciso empatia.

Selli (2003) explica que “o exercício profissional humanizado oferece, ao destinatário da ação, elementos humanos que podem auxiliá-lo nas transições existenciais implicadas no processo saúde/doença, vida/morte”. E prossegue dizendo que a humanização “oferece elementos que favorecem o desencadeamento de um processo de assimilação, enfrentamento, autotranscendência e mesmo de resignificação da vida”. E Faiman et al (2003) afirmam que “o acolhimento do sofrimento do paciente por meio do contato humano, com a possibilidade de conferir-lhe um sentido mediante uma linguagem compartilhada, é em si um cuidado, e tem efeito terapêutico”. E concluem que “a aliança de confiança que se estabelece desta forma é um fator indispensável que se associa a eventuais outras medidas de cunho médico”.

Conclusão

A humanização da assistência hospitalar analisada sob o prisma holístico evidencia que a noção de qualidade em saúde necessita transcender o senso de conformidade técnica dos agentes sobre o objeto de sua prática, para considerar que um ato técnico se realiza num campo simbólico de trocas, em uma relação intersubjetiva que se inicia com o acolhimento ao outro, com a construção do vínculo e repercute intensamente em todos que dela participam pelo princípio da alteridade que ocorre em todo contato humano.

Os conhecimentos advindos da visão biomédica são muito importantes para a atuação profissional,

porém de igual importância tem-se o estudo do ser humano com todas as suas facetas, em seu meio de relação. Assim, qualquer inclinação, para um lado ou outro, do que se considera um todo, incorre no risco de um tratamento fragmentado, desumanizado e, portanto, alienado e alienante.

Ao refletir sobre a influência da visão holística no processo de humanização da assistência hospitalar, conclui-se que esse tema nunca estará completamente esgotado, já que os elementos dessa interação estão em permanente transformação, portanto essa reflexão está em constante processo de evolução.

Ressalta-se como importante o aprofundamento das reflexões levantadas acerca da influência da visão holística na formação dos futuros profissionais, com o objetivo de reavaliar e criar caminhos possíveis na educação pautada na ética em prol do processo de humanização da assistência. Outro estudo interessante seria quanto ao estilo de liderança e seus efeitos na assistência, partindo do pressuposto de que o resgate da humanização hospitalar guarda íntima relação com a mudança dos paradigmas administrativos e com a democratização dos modelos de gestão.

Considera-se, ainda, um último aspecto sobre a influência da visão holística no processo de humanização, como visto no decorrer do presente estudo. A assistência humanizada é em si um recurso terapêutico de extremo valor, que não atua em uma simples relação de causa e efeito, mas o envolve como uma presença e faz com que todos os envolvidos no processo, se tornem mais humanos.

REFERÊNCIAS

- Almeida MVM. A arquitetura do movimento: da reabilitação ao devir pelo corpo na Terapia Ocupacional. In: 6º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: trajetórias e perspectivas da terapia ocupacional. Águas de Lindóia: 28 de set. a 01 de out. de 1999.
- Berrinelli LA, Waskievicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *Mundo saúde* 2003; 27:231-239.
- Blasco PG. A medicina de família: um caminho para humanizar a medicina. 2004. Disponível em: URL: <http://www.hottoπος.com/notand9/pablo.htm>.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Secretaria de assistência à saúde; 2001.
- Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982. 411 p.
- Dias FN. Fundamentos epistemológicos da ação humana. 2004. Disponível em: URL:<http://www.sociuslogia.com/artigos/fudam01.htm>.
- Faiman CS, Danesi D, Rios IC, Zaher VL. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. *Mundo saúde* 2003; 27:254-257.
- Fonseca SM. Interdisciplinaridade e desenvolvimento sustentável. 2000. Disponível em: URL:<http://br.groups.yahoo.com/group/ecoturismo-br/message/276>.
- Gallian DMC. A (re)humanização da medicina. 2001. Disponível em: URL:<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>.
- Gonçalves MAS. Sentir, pensar, agir: Corporeidade e educação. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1997. 195 p.
- Jakobi HR. A humanização do atendimento nas unidades do SUS: evolução histórica. [s.d.] Disponível em: URL:<http://www.jakobi.com.br/humanizacaoatendimentoSUS.htm>.
- Leite EM. Evolução histórica dos conceitos e das práticas de saúde e de cura no Oriente. In: Simpósio "saúde integral no limiar da era da alta tecnologia". São Paulo: 10-12 de maio de 1996.
- Lepargneur H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. *Mundo saúde* 2003; 27: 219-230.
- Marques WFS. Pensar para além das disciplinas. 2004. Disponível em: URL:<http://www.psicopedagogia.com.br/opinio/opinio.asp?entrid=153>.
- Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. *Mundo saúde* 2003; 27:206-218.
- Medina JPS. A educação física cuida do corpo... e "mente". 14ª. ed. Campinas: Papirus; 1996.
- Medina JPS. O Brasileiro e seu corpo. 3ª. ed. Campinas: Papirus; 1991. 135 p.
- Mezomo JC. Hospital humanizado. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde; 1979. 182 p.
- Mezomo, AA. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003. 410 p.
- Molina A. Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas. 2002. Disponível em: URL:http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm.
- Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. São Paulo: *Mundo saúde* 2003; 27:203-205.
- Ramos DLP. Fundamentos e princípios de bioética. Conferência proferida em 31 de maio de 2001. Disponível em: URL:<http://www.presbiteros.com.br/Moral/Bio%E9tica/Fundamentos%20e%20Princ%EDpios%20de%20Bio%E9tica.htm>.
- Rezende ALM. Processo saúde-doença, In: Rezende ALM. Saúde-dialética do pensar e fazer. São Paulo: Cortez; 1996. p.86.
- Selli L. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. *Mundo saúde* 2003; 27:248-253.
- Serra J. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Disponível em: URL:<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
-

Recebido em 8 de novembro de 2005
Versão atualizada em 10 de janeiro de 2006
Aprovado em 2 de fevereiro de 2006