

Percepções da humanização na atuação profissional de psicólogas em um hospital escola

Perceptions of humanization in the professional performance of psychologists in a teaching hospital

Percepciones de humanización en el desempeño profesional de psicólogos en un hospital escuela

Recebido: 22/03/2022 | Revisado: 29/03/2022 | Aceito: 07/04/2022 | Publicado: 12/04/2022

Matheus Carvalho Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7960-0038>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: matheuscmnds@gmail.com

Beatriz Oliveira Valeri

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6492-5959>
Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
E-mail: beatriz.valeri@uftm.edu.br

Resumo

Levando em consideração como o profissional da Psicologia concebe o indivíduo e como as diretrizes e os princípios da política de humanização direcionam o cuidado, percebe-se uma aproximação entre o psicólogo e o construto da humanização. Sendo assim, torna-se imprescindível compreender como esse profissional, tão importante para que haja a implementação da prática dessa política, compreende o significado de humanização e como visualiza, em seu cotidiano, sua prática em consonância a esse construto. Objetiva-se acessar a compreensão de profissionais da Psicologia sobre o conceito de humanização, além de analisar em que medida as condutas humanizadas contemplam sua compreensão do conceito, bem como identificar os aspectos que favorecem ou não tal prática. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e qualitativa, possuindo como método a análise de conteúdo, a partir das respostas a uma entrevista elaborada para contemplar os objetivos estudo. Foi possível compreender que as profissionais de Psicologia possuem amplo conhecimento sobre a concepção de humanização. Observou-se que este conhecimento vai muito além do que conseguem implementar na prática profissional. Tal prática encontra diversos dificultadores para atingir um caráter idealmente humanizado, uma vez que se mostraram resistentes, atravessando o cotidiano da assistência. Foram identificados menor quantidade de facilitadores quando comparados aos dificultadores. Todavia, tais facilitadores mostraram-se ser um suporte relevante para que as profissionais tentem, no seu cotidiano, superar os desafios para realização de uma assistência humanizada e de qualidade.

Palavras-chave: Psicologia; Humanização; Hospital.

Abstract

Taking into account how the professional of Psychology conceives the individual and how the guidelines and principles of the humanization policy direct care, it is possible to see an approximation between the psychologist and the humanization construct. Therefore, it is essential to understand how this professional, so important for the implementation of the practice of this policy, understands the meaning of humanization and how they visualize, in their daily lives, their practice in line with this construct. The objective is to access the understanding of Psychology professionals about the concept of humanization, in addition to analyzing the extent to which humanized behaviors include their understanding of the concept, as well as identifying the aspects that favor or not such practice. It is a cross-sectional, descriptive and qualitative research, having as a method the content analysis, from the answers to an interview designed to contemplate the study objectives. It was possible to understand that Psychology professionals have extensive knowledge about the concept of humanization. It was observed that this knowledge goes far beyond what they manage to implement in professional practice. This practice encounters several obstacles to achieving an ideally humanized character, since they proved to be resistant, crossing the daily care. Lesser number of facilitators were identified when compared to hinderers. However, such facilitators proved to be a relevant support for professionals to try, in their daily lives, to overcome the challenges in order to provide humanized and quality care.

Keywords: Psychology; Humanization; Hospital.

Resumen

Teniendo en cuenta cómo el profesional de la Psicología concibe al individuo y cómo los lineamientos y principios de la política de humanización dirigen el cuidado, existe una aproximación entre el psicólogo y el constructo de humanización. Por tanto, es fundamental comprender cómo este profesional, tan importante para la implementación de la práctica de esta política, comprende el significado de la humanización y cómo visualiza, en su vida cotidiana, su

prática em consonância com este constructo. El objetivo es acceder a la comprensión de los profesionales de la Psicología sobre el concepto de humanización, además de analizar en qué medida las conductas humanizadas incluyen su comprensión del concepto, así como identificar los aspectos que favorecen o no dicha práctica. Es una investigación transversal, descriptiva y cualitativa, teniendo como método el análisis de contenido, desde las respuestas hasta una entrevista diseñada para contemplar los objetivos del estudio. Se pudo comprender que los profesionales de la Psicología tienen un amplio conocimiento sobre el concepto de humanización. Se observó que este conocimiento va mucho más allá de lo que logran implementar en la práctica profesional. Esta práctica encuentra varios obstáculos para lograr un carácter idealmente humanizado, ya que demostraron ser resistentes, atravesando la rutina del cuidado diario. Se identificó un menor número de facilitadores en comparación con los obstaculizadores. Sin embargo, dichos facilitadores demostraron ser un apoyo relevante para que los profesionales intenten, en su día a día, superar los desafíos para brindar una atención humanizada y de calidad.

Palabras clave: Psicología; Humanización; Hospital.

1. Introdução

A humanização começou a ser discutida amplamente a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH), visando à implementação de estratégias que viabilizassem o contato humano entre profissionais da saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (Chernicharo, Silva & Ferreira, 2011). Representando a interligação de todos os atores que fazem parte da saúde, a política de humanização se distancia da ideia de unidirecionalidade, em que a saúde está encarregada de ser ofertada apenas pela equipe de saúde, mas sim, com propostas que resultam na concepção de saúde em que todos os participantes (trabalhadores, gestores e usuários) possuem um modo de atuação importante em todo processo assistencial (Martins & Luzio, 2017). Dessa forma, a PNH se contrapõe de forma contra-hegemônica à racionalidade médica, investindo em processos de subjetivação (Amorim, 2020).

Os princípios dessa política são: transversalidade; indissociabilidade entre gestão e atenção; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. No bojo do conceito de transversalidade, deve-se compreender que transversalizar é reconhecer que diferentes especialidades e práticas de saúde dialogam com a experiência de quem é assistido. O segundo princípio preconiza que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de decisão. Ao mesmo tempo, o usuário e sua rede sociofamiliar devem se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo o protagonismo no cuidado de sua saúde. Por fim, em conformidade com o último princípio, as mudanças requerem o reconhecimento do papel de cada ator na saúde. Um SUS humanizado valoriza e incentiva cada pessoa na produção de saúde, pois a humanização apresenta um potencial importante como ferramenta para a promoção da saúde e para o fortalecimento do SUS (Brasil, 2013; Mezzalana et al., 2022).

Para que haja a implementação da PNH, inicialmente, é necessário um corpo de profissionais capacitados e engajados. Percebendo a importância desse assunto, Calegari et al. (2015) realizaram um estudo para compreender a percepção de médicos e enfermeiros sobre a humanização da assistência à saúde. Os participantes relacionaram o significado da humanização hospitalar ao respeito, ao acolhimento e à empatia. Dentre os fatores que facilitam a humanização da assistência, foram relacionados aspectos relativos à cultura organizacional, à equipe multiprofissional e à autonomia. Já em relação ao aspecto dificultador, foi evidenciado que a sobrecarga de trabalho é o componente que mais dificulta a humanização.

A partir destes achados, evidencia-se que a percepção que o profissional possui sobre a humanização é de grande valia para reflexões acerca do funcionamento dessa política, pois de acordo com as diretrizes da PNH (Brasil, 2013), alterar a maneira de trabalhar e interferir nos processos de trabalho no campo da saúde é essencial para a promoção da cultura da humanização (Calegari et al., 2015).

Entretanto, a existência da política não necessariamente significa que tais concepções são colocadas em prática de forma homogênea nas instituições de assistência à saúde. Na contramão da humanização, em muitos ambientes hospitalares, os internados por vezes são assistidos de forma mecânica, com procedimentos invasivos, expostos a um vocabulário difícil e

desconhecido e os problemas de natureza psicológica ignorados. O usuário convive com situações que geram medo, insegurança e ansiedade. Todo esse cenário agrega o aumento do nível de ansiedade, a ocorrência de dores, a vivência de condutas de emergência agressivas e dolorosas e a ausência de familiares, contribuindo para a piora da qualidade do tratamento e alongamento da recuperação. O hospitalizado passa a ficar à mercê da equipe de saúde, experimentando uma fase de passividade no cuidado à própria saúde (Gomes & Fraga, 1997).

Tão logo, a hospitalização implica em perdas inevitáveis e marca a adaptação a uma nova realidade. Essas perdas demandam um luto para que se possa internalizar o essencial e seguir em frente (Neves, Gondim, Soares, Coelho & Pinheiro, 2018). Ou seja, é um processo que solicita atenção e cuidado específicos e integrais, já que exigem uma gama de recursos tanto para os profissionais quanto para os usuários. Essa atenção rogada pelo hospital, uma instituição hierarquizada e marcada pela "urgência" do cotidiano do trabalho, faz com que a política de humanização seja imprescindível (Pereira & Neto, 2015).

Diante desse contexto, um profissional em especial, acaba sendo extremamente importante no período de hospitalização: o psicólogo. O profissional da saúde mental volta sua atenção aos aspectos subjetivos e emocionais em torno do adoecimento visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. Esse servidor olha, então, como um todo para o paciente, ou seja, não faz dicotomia entre mente e corpo, causas físicas e mentais, psiquismo e orgânico (Moreto & Simonetti, 2006, citado por Cantarelli, 2009). Percebe-se, portanto, uma aproximação entre o psicólogo e o construto aqui estudado. Por isso, tal profissional tem um papel extremamente importante no contexto da humanização do ambiente hospitalar, pois além do olhar diferenciado ao hospitalizado/usuário, ao integrar a equipe de saúde, favorece o funcionamento interdisciplinar, facilitando, quando necessário, a comunicação entre seus membros, e entre membros e usuários do hospital (Almeida, 2000).

Nesse sentido, é imprescindível acessar e refletir como esse profissional, tão importante para que haja a implementação da prática da política de humanização, compreende o significado de humanização e como visualiza, em seu cotidiano, sua prática em consonância a esse construto. Faz-se importante, então, reconhecer quais os dificultadores que impõem barreiras e os facilitadores que apoiam o profissional da Psicologia na construção de uma prática humanizada, além de identificar o campo de possibilidades dentro da instituição.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e qualitativa, realizada a partir de uma entrevista semiestruturada cujas perguntas procuraram contemplar os objetivos do presente estudo. O presente projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, com o parecer no. 4.491.974/2020.

As participantes eram profissionais de Psicologia formadas que trabalhavam em um hospital escola geral, de nível terciário, do sul do estado de Minas Gerais. Os critérios de inclusão foram: (a) Ser profissional de Psicologia formado; (b) Ser funcionário da instituição hospitalar há pelo menos um ano. O critério de exclusão foi: ser profissional com expectativa de tempo de trabalho marcado (por exemplo, profissionais formados, mas que trabalham no hospital apenas fazendo parte do programa de residência multiprofissional em saúde).

Inicialmente, o pesquisador entrou em contato com a psicóloga Responsável Técnica pela subunidade de Psicologia, com o intuito de recrutar participantes que se adequavam aos critérios de inclusão. Conforme exposto pela Responsável Técnica, o serviço de Psicologia contava naquele momento com dez profissionais, todas elegíveis para participarem do estudo. Foi então realizado o convite, no entanto, oito aceitaram participar, as quais compuseram a amostra final do estudo.

Antes da realização das entrevistas com as participantes, realizou-se de uma entrevista piloto, a fim de avaliar a pertinência das perguntas e em que medida as respostas alcançadas respondiam aos objetivos do estudo. A profissional convidada para participar desta entrevista piloto trabalhava como psicóloga em outra instituição hospitalar com o mesmo

perfil. Ela sugeriu pequenas alterações, tais como diminuição do tamanho de algumas perguntas e da repetição temática em mais de uma pergunta, além de pequenas modificações de redação. Todas as sugestões da profissional foram refletidas pelos pesquisadores, implicando em exclusões de algumas perguntas e encurtamento de outras. Os dados adquiridos nesta entrevista não foram incluídos na análise qualitativa do presente estudo.

Para que a coleta ocorresse, as participantes indicadas pela Responsável Técnica e que aceitaram o convite receberam um formulário informativo sobre os objetivos das pesquisas, seus direitos enquanto participantes, o sigilo dos dados, etc. Neste formulário foi anexado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as participantes assinaram neste a confirmação do aceite da participação na pesquisa e o aceite sobre a gravação da entrevista para que pudesse ser transcrita posteriormente.

À medida que as participantes confirmavam consentimento, era agendada a data da coleta. Desta forma, a coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada (Minayo, 2013), composta, inicialmente, por questões que visaram caracterizar as participantes mediante dados sociodemográficos e, posteriormente, por indagações cujos temas buscaram proporcionar a reflexão sobre o conceito de humanização, bem como identificar as percepções e práticas de cuidado humanizado dessas profissionais de Psicologia no trabalho de um hospital universitário. Todas as entrevistas ocorreram de forma remota, respeitando as orientações de biossegurança do local devido à pandemia de Sars-Cov-2. Em média, as entrevistas duraram 53 minutos e 32 segundos, sendo a maior duração uma hora, 33 minutos e 36 segundos e a menor duração 28 minutos e cinco segundos.

Ao final de todo o processo de coleta de dados, as entrevistas foram transcritas integralmente e a investigação qualitativa dos instrumentos deste estudo decorreu por meio de análise temática (Bardin, 1977; Minayo, 2013; Souza, 2020), conforme as seguintes etapas: pré-análise, investigação do material, discussão dos dados obtidos e interpretação. Desse modo, os dados foram explorados por dois pesquisadores que realizaram a leitura exaustiva do material para fins de codificação e constituição de categorias.

A partir da exploração do material identificou-se discursos semelhantes, dos quais foram extraídas quatro categorias temáticas que compuseram o corpus da análise, a saber: Concepção de humanização; Dificultadores no exercício da humanização; Facilitadores no exercício da humanização; e O possível entre o saber e o poder. As categorias foram analisadas a partir do referencial teórico sobre humanização.

3. Resultados e Discussão

Na seção a seguir, serão apresentados os Resultados e Discussão, os quais estão divididos em cinco partes. Inicialmente, serão exibidos os dados pertinentes para caracterização profissional das participantes. Em seguida, serão relatadas as quatro categorias identificadas na análise de conteúdo, bem como a discussão relacionada aos resultados de cada categoria.

Perfil profissional das participantes

Participaram do estudo oito profissionais, todas de Psicologia. A equipe do hospital é composta por 10 profissionais desta categoria; no entanto, duas recusaram o convite para participar do estudo. Todas as participantes são do sexo feminino, possuem idade entre 33 e 62 anos (média de 42 anos) e o número de filhos variou entre zero e três. O tempo de experiência profissional na instituição variou entre quatro e 36 anos. Além disso, possuíam graduação em Psicologia e pós-graduação em diversas áreas. Tais dados podem ser observados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Tempo de experiência na instituição por profissional.

Tempo de experiência profissional na instituição (anos)	Número de profissionais	Tempo médio de experiência (anos)
04	02	9 anos e 8 meses
05	01	
07	03	
08	01	
36	01	

Fonte: Entrevista semiestruturada.

Como pode ser observado na Tabela 1, o tempo médio de experiência profissional na instituição foi de 9 anos e 8 meses. Sete participantes possuíam menos de 10 anos de experiência e apenas uma possuía um tempo maior que a média. A seguir, na Tabela 2, serão apresentados os dados referentes a pós-graduação das participantes.

Tabela 2: Pós-graduação das participantes.

Tipo de pós-graduação (em andamento ou finalizada)	Quantidade de profissionais
Especialização (sem especificação citada na entrevista)	05
Mestrado	05
Doutorado	03
Pós-graduação em Psicologia Hospitalar	03
Residência em Cuidado Paliativo	01
Residência Multiprofissional	01
Pós-graduação em Dependência Química	01
Pós-graduação em Teoria Psicanalítica	01
Pós-graduação em Abordagem Sistêmica Familiar	01
Formação na escuta Psicanalítica	01
Especialização em Psico-oncologia	01
Especialização em Oncologia	01

Fonte: Entrevista semiestruturada.

A partir do apresentado na Tabela 2, é possível notar que cada participante possuía, no mínimo, uma pós-graduação, seja concluída ou em andamento. Quanto às unidades hospitalares onde as participantes prestavam assistência no momento da coleta de dados, destaca-se que cada participante atuava, respectivamente, nos seguintes setores, de acordo com a Tabela 3, a seguir. Importante ressaltar que uma das participantes também era a Responsável Técnica pela Subunidade de Psicologia, a qual está vinculada à Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital.

Tabela 3: Número e tipo de setores atendidos e quantidade de profissionais.

Setores/clínicas/ambulatórios	Número de setores/clínicas/ambulatórios	Quantidade de psicólogas responsáveis
Ginecologia e obstetrícia, ambulatório que presta atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e ambulatório de cromossopatia	03	01
UTI adulto e UTI coronariana	02	01
Neurologia, ambulatório de clínica de dor e ambulatório de doenças desmielinizantes	03	01
Ortopedia	01	01
clínica cirúrgica e ambulatório do centro de reabilitação	02	01
UTI neonatal e pediátrica e unidade de cuidados intermediários neonatal	02	01
Pronto-socorro adulto e onco-hematologia	02	01
Onco-hematologia da ginecologia e obstetrícia, clínica médica e ambulatório de cuidados paliativos	03	01
Número total	18	8

Fonte: Entrevista semiestruturada.

De acordo com a Tabela 3 acima, existe um total de 18 setores/clínicas/ambulatório cobertos pela equipe de oito profissionais de Psicologia participantes do estudo. É válido ressaltar que estes 18 setores não são referentes ao número total de setores do hospital. Assim, paralelamente ao trabalho das psicólogas, existem os plantões, chamados de interconsulta, em que ficam de sobreaviso com a possibilidade de serem chamadas para os atendimentos em qualquer setor assistencial dentro de determinado horário.

A seguir serão apresentados os dados qualitativos das categorias temáticas identificadas na análise das entrevistas. Para ilustrar e discutir cada uma dessas categorias serão descritos trechos das falas das participantes identificadas, para fins de sigilo, por P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8, sem ordem específica.

Concepção de humanização

A partir da pergunta “O que você entende por humanização?” foi possível observar um intenso processo de reflexão das participantes. A humanização foi descrita como ações que vão desde o cuidado ao paciente até a gestão institucional/administrativa. Revelou-se que humanização é atender o sujeito (paciente) de forma ampla; respeitar e incentivar a autonomia e o protagonismo deste; cuidar com qualidade, de forma integralizada e com dignidade; realizar o acolhimento de forma responsável; propiciar a comunicação entre a equipe e o paciente de forma eficaz e cuidadosa; e, ainda, uma comunicação mais horizontal da gestão.

Em relação ao conceito de humanização sob uma perspectiva mais ampla, compreendeu-se que a humanização dentro do hospital requer a leitura abrangente do sujeito, considerando todas as suas dimensões no tratamento. Uma das participantes utilizou a palavra “biopsicossocioespíritual” para explicar que, atualmente, há uma inclinação para incorporar a parte espiritual a esse entendimento, que engendra aspectos biológicos, psicológicos e sociais, formando uma compreensão cada vez mais integral do sujeito. Isso pode ser exemplificado pela fala da participante P1: “Eu entendo que seja assistir o paciente de forma ampla. Que nós tenhamos uma leitura ampla desse sujeito. Algumas pessoas falam até da dimensão espiritualista”.

Considerando essa fala, Barboza, Sousa e Morais (2020) apontam que humanização é tratar o paciente de forma íntegra, não o reduzindo ao seu fator patológico. Isso não significa que há restrição no que se refere especificamente ao tratamento demandado pelo corpo, mas é necessária a multidimensionalidade do cuidado a fim de evitar a exclusão de demandas psicossociais associadas. No mesmo sentido, tornar uma assistência humanizada é evidenciar os valores que constituem o ser humano como pessoa de forma abrangente e completa (Brito & Carvalho, 2010). Isso significa que a

concepção de humanização precisa estar alinhada à concepção integral do sujeito. Onde há a divisão, há risco de as práticas não corresponderem à humanização. A integralidade faz parte da base da política, pois a humanização se faz presente quando o paciente passa a ter sua subjetividade incluída no tratamento, onde seus sentimentos podem ser expressos genuinamente, sua história e suas relações sejam consideradas, e não mais associado a algum número de leito (Mota et al., 2006).

Não obstante, o respeito e o incentivo à autonomia e ao protagonismo do sujeito aparece conectado com a consciência de que o paciente possa “participar, ser ouvido e ter papel ativo no seu tratamento” (P1). Além disso, torna-se importante o respeito por decisões e vontades que o paciente expresse. Foi citado que “o silêncio do paciente pode ser uma forma de se comunicar e que é necessário respeitá-lo” (P2) e “Quando eu ouço falar de humanização, o que me vem muito a mente a princípio é sobre o protagonismo da pessoa, do usuário, a autonomia dele, o levar em consideração o que ele deseja, deixar bem informado” (P6).

Corroborando com o exposto, Mota et al. (2006) afirmam que uma das características da humanização hospitalar é a autonomia do paciente. O reconhecimento deste aspecto, além de facilitar a humanização, é primordial no que tange à saúde, afinal, esta é tradicionalmente delegada ao cuidado médico, onde somente este tem legitimidade para deliberar decisões. As decisões, para além dos profissionais de saúde, devem ser refletidas em conjunto, possibilitando ao sujeito condições de tomá-las em alinhamento com a equipe, resguardando a autonomia de seu próprio cuidado.

É importante pontuar que diversas condições clínicas minam a autonomia e, mesmo com capacidade de exercitar algum nível de escolha, o paciente é subjugado às determinações da equipe ou da rotina institucional, o que se constitui em um processo de atendimento desumano (Calegari et al., 2015). Este processo de atendimento desumano pode ser analisado sob a perspectiva de ações que não valorizam os usuários, não os inserem como protagonistas do seu próprio cuidado (Luiz et al., 2017). Ou seja, a autonomia é um dos pilares da concepção de humanização pois, uma vez não implementada no cuidado, o atendimento pode se constituir um processo contrário do esperado, ou seja, um processo de desumanização.

Outrossim, a comunicação horizontalizada da gestão parte do pressuposto que a humanização vai além do simples, mas importante, cuidado entre profissional e paciente. Logo, a comunicação horizontal foi apontada como mais um pilar conceitual, onde “os trabalhadores possam participar dos protocolos e da discussão de problemáticas dos diversos setores do hospital” (P1). A gestão menos verticalizada é menos impositiva, construída de forma coletiva e coerente com a realidade da assistência oferecida na instituição, assim como dito por P1: “Eu acredito que seja uma comunicação horizontal, que não seja uma comunicação vertical, de cima pra baixo. Que seja uma construção de uma comunicação mais horizontalizada”.

Sendo assim, os processos de cuidar e de gerir esse cuidado são inseparáveis, pois não há como mudar os modos de atender a população em um serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação (Souza & Pegoraro, 2009). O modelo de cuidado, então, está articulado com o modelo de gestão, sendo processos intrínsecos que se influenciam mutuamente. Para existir um cuidado humanizado, é necessária uma gestão humanizada.

Além disso, os saberes diversos dos profissionais de saúde e o diálogo entre estes, os pacientes, familiares e gestores possibilitam um entendimento ampliado das individualidades humanas, algo que é proposto pela própria política de humanização. Particularmente, a política problematiza a inclusão do profissional da Psicologia no campo da gestão institucional. A Psicologia e os profissionais desta ciência podem contribuir de forma produtiva para a discussão das práticas, assim como colaborar nas estratégias, fomentar ações de inclusão, construir espaços de encontro e diálogo e inventar modos de fazer e saber (Calegari et al., 2015; Romero & Pereira-Silva, 2011). Entretanto, a possibilidade dessa contribuição requer abertura institucional para tal, bem como flexibilidade estrutural e hierárquica para construção coletiva.

Considerando a questão da comunicação com a gestão, também se mostrou importante a comunicação entre a equipe e o paciente de forma eficaz e cuidadosa. Isso significa escutar o paciente, fornecer informações coerentes e verdadeiras, além

criar espaços de troca entre a própria equipe no estímulo ao cuidado interdisciplinar, no qual cada especialidade profissional seja estimada equitativamente proporcionando o cuidado ético e autêntico. Isso se mostra no trecho: “Quando eu chego e converso dessa forma, isso é um cuidado humanizado. Quando eu comunico tudo pro paciente, isso é um cuidado humanizado” (P6).

A comunicação é um fator diferencial para o atendimento humanizado. Ela deve ir além das palavras e das informações, porque aquele que está internado perde sua privacidade e expõe seu corpo, e, neste momento, a comunicação se dá, também, através deste. Isto significa que, para prestar uma assistência humanizada, é primordial conhecer os elementos que compõem o processo de comunicação, bem como o que interfere negativa e/ou positivamente (Luiz et al., 2017). A comunicação é uma forma de se conectar ao paciente, na qual a equipe tem acesso aos processos, potencializando a assistência. Destaca-se, ainda, que para que ocorra uma junção eficaz e qualificada de saberes, é imprescindível que haja uma comunicação efetiva. O trabalho multidisciplinar favorece a prestação de cuidados humanizados, pois a interação de conhecimentos das mais diversas áreas da saúde proporciona melhor planejamento terapêutico a quem procura assistência (Barboza et al., 2020).

Como citado pelas participantes, o cuidado de forma integral, e com dignidade faz parte da compreensão do que é humanização. Esse cuidado integral é possível através de uma equipe amparada nestes princípios, enfatizando o papel de cada um e ao mesmo tempo mesclando conhecimentos. A dignidade neste cuidado se dá por meio da própria humanização: cuidar do sujeito de forma humanizada é cuidar do sujeito considerando todos os aspectos da concepção. Como dito por uma participante, “eu acho que humanização é você ofertar dignidade ao paciente, e aí engloba tudo, né? Engloba tudo que a gente pode entender como sujeito. Aí, acho que entra a empatia, a delicadeza, a escuta ativa, adequar-se à cultura do paciente”. (P8)

Neste sentido, é importante ressaltar que, tanto o profissional de saúde de Psicologia, quanto a própria ciência, contribuem ao assumir um papel de compromisso social legítimo, baseada numa postura de inclusão, revalorizando um atendimento integral. Em seu exercício, é preciso que haja uma escuta ativa, resolutive, dinâmica, empática e estabelecadora de vínculo (Romero & Pereira-Silva, 2011), ou pelo menos, a noção de que esses conceitos, mesmo quando não atingidos, são fundamentais e precisam ser pretendidos. Pela análise da fala das participantes neste trabalho, esses conceitos estão presentes e são constantemente esforçados.

Por fim, a realização do acolhimento de forma responsável foi citada como um primeiro passo do exercício da humanização. Este primeiro passo é ter a oportunidade de ser bem acolhido em todo processo de assistência. É importante frisar que este acolhimento responsável pode ser realizado por todos os profissionais que constituem o quadro ocupacional do hospital. A participante P4 diz: “Primeiro, é o acolhimento ao paciente. O primeiro passo é realmente ser bem acolhida por todos, desde a portaria até na sua consulta e depois na sua internação”.

As falas das participantes são corroboradas pelas conclusões de Caverzan et al. (2017) e Calegari et al. (2015), os quais evidenciam que humanizar se refere ao acolhimento do outro, ou seja, os conceitos destes processos são indivisíveis. A humanização depende do acolhimento como parte do processo e vice-versa. Por conta de sua importância, o acolhimento não é um instrumento feito especificamente por apenas uma categoria profissional. Ele é um dispositivo de humanização que pode e deve ser utilizado por toda a equipe em prol do melhor atendimento ao paciente por meio da contribuição de todos os profissionais envolvidos na assistência. Ele pode ser entendido como uma postura ética, que não exige um espaço ou local, pois não implica um profissional ou uma hora específica para realizá-lo, mas pressupõe compartilhamento de saberes, angústias, invenções, concepções e práticas (Menezes & Escóssia, 2018).

Além disso, não há como existir um bom acolhimento se não houver comunicação com o mínimo de efetividade e clareza. Isso vai ao encontro de um dos dificultadores citados pelas profissionais na categoria seguinte. A comunicação afeta diversos procedimentos, entre eles o acolhimento. É perceptível que a humanização possui vários fatores que são indispensáveis quando pensamos nesse processo como um todo (Luiz et al., 2017).

Dificultadores no exercício da humanização

Nesta categoria, serão discutidos os principais aspectos apontados como dificultadores no que diz respeito à prática de humanização. Foi relatado que os principais dificultadores neste exercício são a estrutura física; os protocolos inefetivos; a preponderância do discurso biomédico; a comunicação pouco clara; a preparação deficiente para lidar com sofrimento; a sobrecarga de trabalho; a compreensão deficiente sobre o conceito de humanização; a compreensão deficiente do papel do psicólogo hospitalar; e a falta do trabalho multi e interdisciplinar.

A estrutura física foi classificada como precária, dado que as profissionais se empenham para que a inadequação do espaço físico não seja um empecilho no atendimento. Desta forma, a estrutura física demarca um lugar institucional, expressando como a instituição insere a Psicologia no cuidado. Ainda que as profissionais se reinventem na criação de settings improvisados, existe a necessidade de espaços adequados que garantam o sigilo e a privacidade para o profissional de Psicologia e para o sujeito em atendimento. A participante P2 contribui: “É aí, você percebe que você não tem estrutura física para ter um acompanhante dentro desse setor. É um salão com oito macas, às vezes você não tem cadeira, não tem onde por uma poltrona, não tem copa para as pessoas almoçarem, não tem banheiro as pessoas irem. Às vezes são dificuldades bem concretas mesmo”.

Nesta perspectiva, é possível depreender que a estrutura e o funcionamento hospitalar ainda podem reforçar, em grande parte, a passividade do sujeito no próprio cuidado, além de ter a capacidade de delimitar espaços supostamente apropriados às categorias profissionais existentes dentro deste ambiente. Pode-se associar tal fato à característica histórica de disciplinarização do hospital, em que a organização produz o assujeitamento dos indivíduos ao produzir a crença de que os profissionais são os únicos detentores do saber. Profissionais os quais, neste modelo, são totalmente técnicos e visam o tratamento da saúde em uma ótica cartesiana, preocupados exclusivamente com o corpo (Menezes & Escóssia, 2018).

Em sucessão, os protocolos inefetivos foram citados como dificultadores, pois foi assimilado que não se discute sobre os protocolos ou, criam-se protocolos que não são implementados ou mantidos. Na mesma lógica, faltam capacitações mais práticas. Foi identificado que as capacitações focam mais na parte teórica, revelando uma lacuna na padronização do que seriam as práticas humanizadas que os profissionais teriam como direcionamento. A partir disso, uma vez que há uma lacuna nesta padronização, outro dificultador é identificado: compreensão deficiente sobre o conceito de humanização. Acerca disto, P1 relata: “Não se discute ou se criam protocolos que não são efetivados, cria-se porque tem que criar, porque precisa estar no papel, mas não avança, não caminha”. No mesmo sentido, P6 comenta: “Eu acho que faltam capacitações mais práticas, a gente fica muito na parte teórica. Falar “isso é humanização. Quando eu chego e converso dessa forma, isso é um cuidado humanizado. Quando eu comunico tudo pro paciente, isso é um cuidado humanizado”.

Em ratificação a este achado, Chernicharo et al. (2011) sugerem que, avançar na implantação da Política Nacional de Humanização exige um maior investimento no preparo de profissionais para que estes tenham uma abordagem mais humana e menos protocolar. Isso significa que a falta de preparo interfere na qualidade do cuidado e naquilo que se entende por humanização. Entretanto, os protocolos que devem ser evitados são os protocolos tecnicistas e redutivistas, em contraste com a necessidade de criação de discussão de protocolos que sejam adequados à humanização, ao ambiente em que é realizada e à equipe.

Um dos dificultadores mais citados pelas participantes foi a preponderância do modelo biomédico. A formação biomédica é entendida como um dificultador, “pois os profissionais estão sendo cada vez menos formados com cuidado” (P2). O médico ainda é visto como detentor de um saber de autoridade, em detrimento do saber do paciente e, às vezes, do saber dos outros profissionais. Isso significa que o trabalho da equipe está submetido ao trabalho do médico, o que acaba dificultando a horizontalidade da prática humanizada. Quando esse trabalho não é integral, outro dificultador pode ser compreendido: a carência do trabalho multi e interdisciplinar. As participantes citaram que, se houvesse espaços para trocas de experiência e

ideias, a visão individual poderia contribuir para a construção do outro envolvido no cuidado. Além disso, esse trabalho exige que cada profissional tenha a mesma oportunidade de contribuir em prol de uma melhor assistência.

O que dificulta é ainda muito a supremacia do saber médico, que vem de uma academia ainda arcaica, em que o médico tá nessa categoria de autoridade ou até autoritária, às vezes, em detrimento do saber do paciente. Eu acho que o que mais dificulta é a gente não ter isso na formação médica. E aí, a gente fica muito preso a questões pessoais, né? “Ai, esse médico é bonzinho, esse médico é humano”. Eu acho isso um absurdo, porque a gente tá falando de prática. Deveria ser protocolo de trabalho. (P3)

Além da P3, a participante P7 complementa que “Essa questão de poder, da hierarquia também, atrapalha bastante porque é uma instituição muito centrada no modelo biológico. Muito centrada na figura do médico”. Desse modo, por um lado, o modelo biomédico ainda concebe uma concepção fragmentada de saúde, em que a queixa e o sintoma são biologizantes. Isso reforça a visão de um modelo de clínica reduzida, medicocentrada, hospitalocêntrica e individualista, assim como apontado pelas participantes (Romero & Pereira-Silva, 2011). Neste campo, o mecanicismo do cuidado e da individualidade se tornam presentes, barrando aspectos fundamentais da humanização como a integralidade tanto da equipe quanto do sujeito. Isso leva a compreender que vários fatores vistos como antítese da humanização são frutos da ênfase dada à técnica e à racionalidade científica, em detrimento dos aspectos subjetivos intrínsecos ao ato de cuidado (Roseiro & Paula, 2015).

Por outro lado, o modelo biopsicossocial, proporciona a escuta do paciente em suas dimensões física, psíquica e social. Esta, inclusive, sustenta a prática do psicólogo no hospital. No trabalho de Souza e Pegoraro (2009), os profissionais de saúde participantes destacaram, em seus depoimentos, assim como as profissionais do presente trabalho, a predominância do paradigma biomédico na formação do estudante de Medicina. Além disso, afirmaram a necessidade de reestruturação do currículo na formação dos profissionais de saúde, com a modificação do paradigma biomédico para o biopsicossocial.

Em consonância, é adequado compreender que as práticas psicológicas que se inserem no hospital vêm propor uma concepção, e conseqüentemente, uma prática que vai na contramão ao que antes era pensado sobre o processo saúde-doença. O profissional de Psicologia tem a oportunidade de contribuir com um olhar diferenciado, no qual a doença passa a fazer parte da história de uma pessoa, que por sua vez, está contextualizada em uma realidade biopsicossocial. Esta perspectiva traz para o cuidado questões sociais e emocionais, que influenciam o processo de adoecimento biológico (Melo et al., 2018). Assim, ainda que o profissional de Psicologia traga esta concepção em seu fazer, não é restrito a ele esta função.

Assim como exposto pela fala da entrevistada P2, “eu acho que esses entraves da comunicação pouco clara, da comunicação pouco clara sobre a morte, da comunicação pouco clara sobre prognóstico, dificultam o meu trabalho, dificultam o meu cuidado”, a comunicação foi um fator que aparece como dificultador quando é realizada com pouco esclarecimento ou cuidado. Esta comunicação é tanto entre a própria equipe quanto com os pacientes. Quando há um entrave entre a equipe, a comunicação pode ser feita em partes que se perdem e nem todos os profissionais acabam sendo ouvidos igualmente. Quando há um entrave entre a equipe com os pacientes, pode-se colocar em risco a autonomia do sujeito, citada anteriormente. Ainda, lapsos na relação entre comunicação interdisciplinar e atuação em equipe podem originar complicações irreversíveis de saúde aos pacientes e, por consequência, extenuar a eficiência dos cuidados prestados (Barboza et al., 2020).

Paralelamente à comunicação, a sobrecarga de trabalho também foi um tópico frequentemente identificado. As profissionais citaram inclusive que as barreiras na comunicação podem estar associadas à sobrecarga de trabalho, como pode ser visto no trecho: “Eu acho que se a gente pudesse ter espaços para trocas de experiência, de ideias, eu acho que a visão individual pode contribuir muito para a construção do outro que também tá ali nesse mesmo contato. E é algo que é difícil que a gente tenha aqui, né? Não é só aqui nessa instituição, mas acho que toda instituição. É algo que para você conseguir construir esse espaço para a conversa é muito difícil, porque você tem várias outras demandas também que são exigidas dos profissionais, né?” (P5)

As profissionais participantes (n=8) cobrem um total de 18 setores, clínicas e ambulatórios. Isso indica que, no mínimo, cada psicóloga responde a duas unidades e algumas administram mais que duas, além dos plantões de atendimento. Calegari et al. (2015) apontam o fato de que não é possível a humanização ao paciente se não houver a humanização para o trabalhador. Ou seja, o cuidado está inteiramente ligado ao profissional que o executa, seu estado psicológico, físico e mental. Assim, o cansaço físico e a escassez de funcionários podem ser fatores desfavoráveis para executar essa prática (Brito & Carvalho, 2010).

Outro dificultador analisado foi a preparação deficiente para lidar com sofrimento, assim como citado pela participante P2: “O que dificulta também é que, como tem muito sofrimento, às vezes as pessoas cindem. Então, para dar conta de cuidar, elas preferem não entrar em contato com o fato de que o Seu João é avô de 4 netos e gosta de feijoada, porque senão não dão conta”.

As profissionais apontaram que como há muito sofrimento no hospital, às vezes, os profissionais, para dar conta de cuidar, preferem não entrar em contato com os aspectos subjetivos e características psicossociais do paciente tratado. Desta forma, nota-se que alguns profissionais se distanciam do contato com a subjetividade do outro como mecanismo de defesa para desempenhar seu trabalho (Mota et al., 2006).

Este, inclusive, é um dado obtido por Calegari et al. (2015) ao revisarem o documento da Política Nacional de Humanização (2013). À época antes de sua criação, um dos diversos motivos pelos quais a política foi idealizada foi porque a insensibilidade dos trabalhadores da saúde frente ao sofrimento das pessoas e os decorrentes tratamentos desrespeitosos foram vistos como negativos para a população atendida. Isso revela que a insensibilidade frente ao sofrimento sempre foi vista como postura desumanizada, sendo, inclusive, parte do berço de dificuldades que deram início a política aqui discutida.

A compreensão deficiente sobre o conceito de humanização foi apontada como mais um dificultador. Afinal, como fazer parte, manter e incentivar uma política que não faz parte do conhecimento? É fato que, os próprios profissionais da equipe, podem ter compreensões divergentes sobre o significado de humanização. O exposto encontra evidência no trabalho de Brito e Carvalho (2010), em que foi visto, mais especificamente em relação ao trabalho da equipe de Enfermagem, que humanizar o atendimento tem sido um desafio constante, pois ainda se encontra resistência entre os próprios profissionais. Ademais, segundo Mélo et al. (2021), há a necessidade de intervenção no tema da humanização e desumanização, pois apesar de identificar instituições que apresentam no seu currículo a abordagem das humanidades, nem sempre este é seguido e praticado de forma plena.

Por fim, as participantes comentaram sobre o último fator aqui colocado: a compreensão deficiente do papel do psicólogo hospitalar. Elas alegaram que este é um dificultador que entra no caminho do serviço do trabalho da Psicologia hospitalar em geral. Elas possuem “pleno domínio sobre a ciência da profissão, mas os outros profissionais não têm” (P7). Isso acaba colocando a Psicologia como uma profissão alheia de seu bojo prático e técnico, fazendo com que, além de todo o trabalho da própria profissão, precisem reivindicar seu espaço na instituição e na equipe. Isso tudo acaba dificultando que o trabalho de humanização seja realizado de maneira adequada. Diante disso, é imprescindível que haja consonância e cooperação mútua, tendo em vista que os cuidados humanizados devem partir de todos os profissionais inseridos na assistência. Essas trocas de experiências multiprofissionais, aliadas à comunicação efetiva e à humanização na assistência, ainda que com muitos desafios a serem enfrentados, asseguram ao paciente um tratamento eficaz e de qualidade, permitindo a reabilitação de sua saúde (Barboza et al., 2020).

Facilitadores no exercício da humanização

Nesta categoria, as participantes esclareceram os principais fatores que elas identificam como facilitadores ao exercício da humanização na instituição. Os principais facilitadores compreendidos foram o apoio da equipe de Psicologia e

Serviço Social; socialização de saberes; valorização e conhecimento do trabalho do psicólogo hospitalar; e inserção da gestão no processo de humanização.

Um dos facilitadores mais citados pelas participantes foi o apoio da equipe de Psicologia e serviço social. Elas comentaram que facilita ter um grupo onde elas podem se apoiar, pois as auxiliam a ter recursos internos para ter práticas humanizadoras e acreditar no próprio trabalho através de equipes com a mesma visão e o mesmo norte de trabalho. Além disso, comentaram que a equipe de Psicologia a qual pertencem é formada por profissionais sensíveis, empáticas e acolhedoras, o que por si só constitui uma rede de apoio. Segundo a participante P3, “o que facilita vai muito do que é de iniciativas pessoais mesmo, de você construir ali uma rede e tá com pessoas que defendem esse ponto de vista”.

Essa integração relatada faz parte, tanto da humanização da equipe, quanto da humanização do ambiente. Evidencia-se que a valorização e o respeito entre os profissionais são primordiais, ocorrendo, assim, um reflexo positivo na relação entre eles. Essa integração é determinante porque, além de impactar a relação entre os profissionais, ela sensibiliza o paciente. O sujeito se sente mais confiante, mais seguro e mais tranquilo no que se refere à sua internação e aos cuidados prestados. Isso faz com que ocorra diminuição de sua ansiedade, o que predispõe um ambiente hospitalar mais promissor (Brito & Carvalho, 2010). Se, por um lado, grande parte das participantes apontam a integração das profissionais da Psicologia como um facilitador, por outro lado, isto representa um dificultador quando não acontece nas equipes multiprofissionais onde são referências.

Por conseguinte, como citado pela entrevistada P3, “a troca com pares ajuda bastante. Vamos dizer, socialização de saberes”. Esta socialização também é tida como um facilitador, pois, segundo as participantes, a troca entre os pares tem um potencial auxiliador significativo, uma vez que ela consegue ser feita com a base de uma comunicação clara e eficiente entre a equipe. Isto posto, a valorização e o conhecimento do trabalho do psicólogo hospitalar também se tornam um facilitador, pois com este fator, as psicólogas comentaram que o trabalho possui maior significado e maior abertura com a equipe, priorizando a junção de saberes ao invés da divisão. Isso acontece, pois, a interação de conhecimentos das mais diversas áreas da saúde proporciona melhor planejamento terapêutico a quem procura assistência (Barboza et al, 2020). Este fator facilita o processo de humanização, dado que além de acionar a comunicação efetiva entre a equipe, constitui o cuidado mais global ao sujeito e o respectivo respeito aos diversos saberes dos profissionais.

Por fim, outro facilitador considerado foi a inserção da gestão no processo de humanização. Foi observado que é importante que haja metas, capacitações, objetivos criados pela administração e fiscalizados por ela. Complementou-se que esse maior processo de participação poderia ser o fator que seria um passo a homogeneização da teoria e prática de humanização. Afinal, construir uma metodologia de trabalho para implantação de projetos de humanização nas diversas instituições favorecerá o desenvolvimento de ações voltadas para os usuários e às condições de trabalho para os profissionais, fortalecendo espaços de troca e produção de conhecimento voltado para uma melhor qualidade de trabalho e saúde (Mota et al., 2006). Este tópico pode ser representado pela seguinte fala de P6: “É igual aquela questão da gestão e atenção, que elas são juntas sempre na humanização, eu acho que é isso. É você trazer uma prática para algo que você vai ser avaliado, o profissional vai ser avaliado para aquilo. Então, existe um projeto, existe uma avaliação, isso é bem legal. Então, acho que isso ajuda quando há de fato, às vezes, até inserção em questões da gestão mesmo, de metas, de capacitações e tudo mais”.

O possível entre o saber e o poder

Nesta categoria são abordadas as possíveis práticas que são realizadas pelas entrevistadas, além de problematizações acerca das possibilidades dentro da instituição e as repercussões dos limites que existem e constituem o possível, o impossível e o encontro destas duas características.

Todas as profissionais entrevistadas exemplificaram o conceito de humanização de acordo com a prática, descrevendo

ações da rotina diária profissional. À vista disso, as principais práticas obtidas a partir da análise das entrevistas foram a escuta qualificada e sem julgamentos; preparação para o atendimento a partir da demanda do sujeito e não somente o que foi dito sobre ele pela equipe de saúde; pequenas atividades que fogem da especificidade da própria Psicologia - como oferecer um copo d'água, criar um lugar para o acompanhante se acomodar, fazer contato com a família que não está no hospital; proporcionar ao paciente o exercício de sua autonomia no cuidado, fazendo uso de uma linguagem acessível ao usuário.

Uma das profissionais entrevistadas exemplificou uma prática humanizada implementada de forma exitosa e com desfecho permanente, ocorrida no contexto de comunicações difíceis:

“Você, por exemplo, vai fazer uma comunicação difícil, é você atentar o médico do tipo ‘nossa, vamos fazer essa comunicação ali, essa sala tá liberada, vamos ali na sala’. Então, pode parecer pequeno, mas com isso eu previno um tanto de coisa. (...) Então, são coisas que não são da Psicologia, mas que são cuidado. Então, eu consegui prever que a partir de uma notícia difícil isso pode ter um impacto emocional tão grande nessa pessoa a ponto dela desmaiar, cair, desmoronar etc., eu tomo pequenos cuidados anteriores. (...) Começou a residência médica faz dois anos. Era um residente muito diferente. (...) Ele já chegou fazendo as comunicações na sala de atendimento que é sigilosa. (...) A próxima residente que entrou, já entrou e já tinha isso como norma. Então, agora, já é a prática mais comum no setor, independente de eu estar ou não. (...) Eu acho que isso é cuidado, né? Você transferir uma comunicação que era no corredor para uma sala mais privativa, faz toda diferença.” (P2)

Esta passagem pode ser complementada por outra passagem da mesma entrevistada, que diz: “Porque eu acredito que a Psicologia faz sentido no hospital como uma prática de cuidado do sofrimento que é inerente ao adoecimento, do tratamento, mas eu não entendo como você catar caco de coisas que não deveriam ter quebrado”.

Relatos como estes evidenciam em que medida o trabalho de profissionais de Psicologia resgata a qualidade, o respeito e a dignidade do cuidado – características da humanização – adaptado aos limites impostos pelo próprio ambiente institucional. É possível notar que a concepção de cuidado humanizado descrita pelas participantes condiz com sua práxis. Entretanto, o campo da realidade em que a atividade está incluída se mostra mais limitante do que o campo das ideias onde se encontra a concepção a qual carrega a prática ideal. Nesse sentido, apesar do conhecimento existir e reger a prática, as barreiras e dificuldades contextuais impedem que o conhecimento seja transferido para a atuação em sua totalidade. Para além disso, é urgente que a concepção de uma prática humanizada seja implementada por meio de protocolos padronizados, promovendo a indissociabilidade entre a clínica e a política nacional de humanização que podem convergir na prática psicológica. (Romero & Pereira-Silva, 2011).

Estando posto a humanização na instituição como uma possibilidade de processo ao invés de algo já implementado em sua totalidade, o psicólogo hospitalar teria uma vantagem em relação às outras formações, podendo até ajudar os outros colegas da equipe na compreensão biopsicossocial (Souza & Pegaroro, 2009). Entretanto, este apoio, na prática, se torna uma realidade distante, visto que para poder ser o suporte da humanização no hospital, antes, este profissional necessita ter condições plenas de exercer sua função conforme este referencial, para, assim, poder compartilhar seu saber com outras categorias.

De toda forma, a atuação do psicólogo hospitalar torna-se vital no decurso da humanização, sendo ele um elemento que ouve o paciente de modo que este seja não somente escutado, mas, sobretudo, compreendido em toda a sua dimensão humana (Melo et al, 2018). Para tal, o saber mais importante do ponto de vista psicológico, para além do conhecimento explícito e formalizado, é o saber inserido na prática cotidiana. A práxis que, na maioria das vezes é implícita, permite que os sujeitos mantenham o controle de sua própria existência, vivência e cuidado (Romero & Pereira-Silva, 2011).

Paralelamente, foi mencionado em diversas falas o movimento gerado pela expectativa da participação no presente estudo. Isto possibilitou a mobilização de diálogos entre as profissionais para reflexão do construto humanização. Estas

discussões e trocas entre as profissionais que aceitaram o convite para participar das entrevistas, revelam a potencialidade das pesquisas sobre humanização com profissionais de Psicologia, reconhecendo suas contribuições para esta temática, dado a escassez de pesquisas que abordam humanização no saber e fazer psicológico. A ideia do profissionalismo ético e sensível na humanização da assistência remete à necessidade dos profissionais se colocarem no lugar dos usuários, pensando como gostariam de ser atendidos, quais ações considerariam importantes para seu tratamento e de que maneira gostariam de ser ouvidos e tratados (Luiz et al., 2017). A reflexão e o debate mobilizados pela coleta de dados do presente estudo podem sinalizar os primeiros e importantes passos rumo à construção e manutenção da humanização no contexto hospitalar.

4. Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo acessar a compreensão de profissionais da Psicologia sobre o conceito de humanização, além de analisar em que medida a prática profissional reflete a concepção, bem como identificar os aspectos que favorecem ou não tal prática e as possibilidades no encontro entre o saber e o poder.

Observou-se que as profissionais de Psicologia possuem amplo conhecimento sobre a concepção de humanização. O saber expresso pelas participantes vai muito além do que é possível transferir para a prática. Diversas barreiras atravessam a prática profissional, vistas como aspectos dificultadores, dado que resistem e perpassam o cotidiano da assistência. Por outro lado, em comparação aos dificultadores, foram identificados menor número de facilitadores. Apesar disso, tiveram papel relevante de apoio entre as profissionais para que pudessem transpor os desafios cotidianos para execução da prática humanizada e de qualidade.

Ressalta-se que o profissional de Psicologia, por muitas vezes, recebe o papel de porta-voz, apontado como o representante da humanização no ambiente hospitalar. Este fato pode ser compreendido a partir de duas perspectivas. Por um lado, de fato, o psicólogo tem a formação do saber profissional voltado à subjetividade e ao conceito biopsicossocial do sujeito. Por outro lado, quando se pensa que esse profissional é o único detentor deste saber, cria-se uma imposição implícita de que é função somente desta categoria profissional implementar as estratégias de humanização. Esta ideia contraria o entendimento de que o cuidado integral – que envolve sujeito, equipe e gestão – é intrínseco à humanização, uma vez que nenhuma categoria profissional, isoladamente, se torna referência técnica ou promove a humanização na sua amplitude. Uma assistência de fato humanizada requer estratégias de cuidado que vão desde à gestão institucional até o usuário.

Isto posto, compreende-se que a política requer a discussão, participação e implementação de todos os níveis estruturais que possibilitam a assistência. Quando não há esta cooperação, pode haver, além de sobrecarga, distorção das funções do profissional de Psicologia, supostamente, visto como o responsável pela humanização. Este cenário impacta negativamente o cuidado, gerando processos desumanizados de trabalho e, por consequência, de assistência. Isto se reflete ao ser identificado maior quantidade de dificultadores do que de facilitadores para realização de uma prática humanizada. Além disso, nota-se que há também a sobrecarga institucional, dado que a equipe de Psicologia não dispõe de quantidade de profissionais suficiente para atuar em todos os setores do hospital. Ainda que cada profissional seja responsável, em média, por mais de dois setores, a escassez de recursos humanos representa uma barreira para a prestação de assistência humanizada.

Assim, os resultados e as reflexões deste presente estudo evidenciam como a humanização se faz presente no campo teórico e prático dos profissionais de saúde da psicologia em hospitais escola. Faz-se interessante compreender, também, como é a conexão entre essa compreensão do profissional e como as reflexões e ações sobre humanização chegam aos usuários, instigando a futuras pesquisas e discussões a caminhos que podem sugerir mudanças e melhorias essenciais para o serviço de saúde brasileiro.

Através desta pesquisa, então, evidencia-se a estreita conexão entre a política de humanização e o profissional de Psicologia, uma vez que partem de visões de cuidado semelhantes. Notadamente, a humanização deve embasar o processo de

formação profissional em saúde, para que não seja aplicada como uma política facultativa, mas sim como quesito ético de todo profissional de saúde. Por fim, destaca-se a necessidade de estudos que discutam o papel do profissional de Psicologia na equipe hospitalar, tanto para se construir uma humanização mais subjetiva, quanto uma Psicologia mais humanizada.

Referências

- Almeida, E. C. (2000). O psicólogo no hospital geral. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 20(3), 24-27.
- Amorim, A. C. (2020). A Política Nacional de Humanização no SUS: a palavra como “dádiva” na subjetivação da atenção e gestão em saúde. *Research, Society and Development*, 9(1), 1-24.
- Barboza, B. C., Sousa, C. A. L. C., & Morais, L. A. S. (2020). Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. *Rev. Sobecc*, 25(4), 212-218.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (L.A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH, Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, N. T. G., & Carvalho, R. (2010). A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. *Einstein*, 8(2 pt 1), 221-227.
- Calegari, R. C., Massarollo, M. C. K. B., & Santos, M. J. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Rev Esc Enferm USP*, 49(2), 42-47.
- Cantarelli, A. P. S. (2009). Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista da SBPH*, 12(2), 137-147.
- Carvalho, D. B., Santana, J. M., & Santana, V. M. (2009). Humanização e Controle Social: O Psicólogo como Ouvidor Hospitalar. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 29(1), 172-183.
- Caverzan, T. C. R., Calil, A. S. G., Araujo, C. S., & Ruiz, P. B. O. (2017). Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arq. Ciênc. Saúde*, 24(4), 37-41.
- Chernicharo, I. M., Silva, F. D., & Ferreira, M. A. (2011). Humanização no cuidado de enfermagem nas percepções de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery*, 15(4), 686-693.
- Dimeinstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Gomes, L. C., & Fraga, M. N. O. (1997). Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. *R. Bras. Enferm., Brasília*, 50(3), 425-440.
- Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. (2017). Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, 70(5), 1095-1103.
- Martins, C. P., & Luzio, C. A. (2017). Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Comunicação: Saúde e Educação*, 21(60), 13-22.
- Melo, A. K., Brasil, C. C. P., Figueiredo, I. A., Catunda, M. L., & Carioca, S. P. B. (2018). Atuação do psicólogo hospitalar no hospital geral com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*, 31(4), 1-7.
- Mélo, C. B., Alexandre, A. T. N., Borges, A., Santana, F. M., Lima, A. M. da C., Araújo, T. P. de, Piagge, C. S. L. D. (2021) Humanização nos cursos de graduação da área de saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10).
- Menezes, A. A., & Escóssia, L. (2018). A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(3), 322-329.
- Mezzalira, D. P., Ferreira, A. C., Andrade, G. H, Teo, C. R. P. A., Mattia, B. J. (2022). A humanização na educação médica no Brasil. *Research, Society and Development*, 11(1).
- Minayo, M. C. S. (2013). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec.
- Mota, R. A., Martins, C. G. M., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330.
- Neves, L., Gondim, A. A., Soares, S. C. M. R., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. M. (2018). O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Esc Anna Nery*, 22(2), 01-08.
- Pereira, A. B., & Neto, J. L. F. (2015). Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em hospital geral público. *Trab. Educ. Saúde*, 13(1), 67-87.

Romero, N. S., & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332-339.

Roseiro, C. P., & Paula, K. M. P. (2015). Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos de Psicologia*, 32(1), 109-119.

Souza, K. O. J., & Pegoraro, R. F. (2009). Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia*, 29, 73-87.

Souza, K., Schneck, S., Pena, É., Duarte, E., & Alves, V. (2020). Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 25.