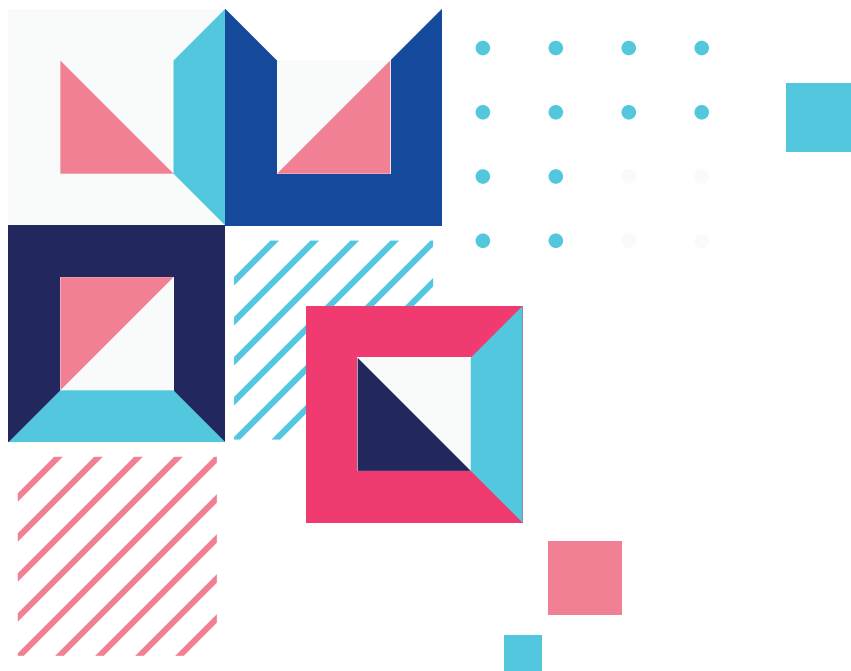
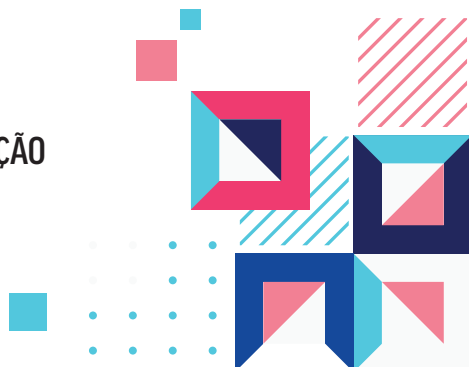




HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

UM VALOR INTEGRAL

COMISSÃO NACIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS



HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE
UM VALOR INTEGRAL

TÍTULO	Humanização em Saúde – um Valor Integral
COORDENAÇÃO	Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS
EDITORIAL	Fernando J Regateiro (Coordenador), Ana Sampaio, António Filipe N Tavares Calinas, Carina Alexandra Peixoto Ferreira, Carla Marisa Guerra Antunes, Fernando Manuel Pinheiro Roques, Filipe Nuno AS Almeida, João Manuel Pedroso Lima, Margarida Rodrigues, Maria Elisabete Chaves dos Reis, Mariana Ribeiro Fiadeiro
AUTORES	Alexandra Seabra, Alexandra Teixeira, Ana Paula Martins, Ana Rita Sanches, Angelina Francisco, Carina Ferreira, Catarina Alvarez, Elisabete Reis, Eunice Teixeira, Fernanda Rodrigues, Fernando J Regateiro, Helena Almeida, Helena Rosário, Ilda Geraldo, Ivete Monteiro, João José Casteleiro Alves, José Carlos Bermejo, Lídia Toscano, Margarida Ornelas, Mário Lino Barata Raposo, Miguel Castelo-Branco Sousa, Nuno Miguel Abreu, Paula Fernandes, Paula Guimarães, Rita Martins, Rui Pedro Capelo Paixão, Sara Cadima, Sara Mendes Moreira, Sérgio Medina do Rosário, Sílvia Oliveira, Sofia Mariz, Susana Magalhães, Tânia Gonçalves Pedro, Teresa Bandeira, Tiago Menino, Vítor Manuel Pinheiro Pereira, Walter Osswald.
DESIGN DA CAPA	Paulo Oliveira
CONCEPÇÃO GRÁFICA	Paulo Oliveira
EDIÇÃO	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. 1ª edição - julho 2025
ISBN DIGITAL	978-989-36368-1-7

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

UM VALOR INTEGRAL

COORDENAÇÃO
COMISSÃO NACIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS

ÍNDICE

SESSÃO DE ABERTURA

MOTIVAÇÃO E PROPÓSITO DA CNHCS-SNS.....	13
Fernando J Regateiro	
SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS	15
Walter Osswald	
SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS	17
Miguel Castelo-Branco Sousa	
SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS	19
João José Casteleiro Alves	

CONFERÊNCIA: HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL	23
José Carlos Bermejo	

PAINEL I: A HUMANIZAÇÃO COMO VALOR

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR TERAPÊUTICO	47
Miguel Castelo-Branco Sousa	
A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NO CUIDAR.....	51
Angelina Francisco	
A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NA GESTÃO	57
Tânia Gonçalves Pedro	
A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NA DOENÇA.....	65
Catarina Alvarez	

MESA: A REALIDADE QUE TEMOS – RESULTADOS DE QUESTIONÁRIO NACIONAL

A REALIDADE DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL	73
Carina Ferreira, Elisabete Reis	

PAINEL II: A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O LUGAR DA MEDICINA NARRATIVA	81
Susana Magalhães	
A IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO	89
Fernanda Rodrigues	

PAINEL III: BOAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

MÚSICA EM MEDICINA.....	99
Sofia Mariz	
INFLUÊNCIA DO CONTROLO DE RUÍDO NAS BOAS PRÁTICAS RELACIONAIS	101
Teresa Bandeira	
COMUNICAÇÃO COMO VEÍCULO DE HUMANIZAÇÃO.....	103
Sara Mendes Moreira	
MÚSICA NO LUGAR CERTO	105
Margarida Ornelas	
A DIVERSIDADE DA HUMANIZAÇÃO	107
Helena Almeida	
COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO: GABINETE DE APOIO AO PROFISSIONAL	111
Sílvia Oliveira	
HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: UM LAÇO COM A COMUNIDADE	113
Nuno Miguel Abreu	
JARDIM SENSORIAL: DA DEFESA À CONEXÃO COM A NATUREZA	117
Ilda Geraldo	
DIÁRIO DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE	119
Paula Fernandes e Sara Cadima	
POR UMA SAÚDE MENTAL POSITIVA (+).....	121
Rui Pedro Capelo Paixão	
CUIDAR DE QUEM CUIDA, UM OLHAR VOLTADO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	123
Rita Martins	
CAMPANHA PARA PROMOÇÃO DO SILÊNCIO	125
Ana Rita Sanches	
A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO NA ULS OESTE.....	127
Alexandra Seabra	
ALA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO.....	129
Tiago Menino	
A DIVERSIDADE E INCLUSÃO: OS CUIDADOS DIFERENCIADORES NA ULS S. JOSÉ.....	131
Ivete Monteiro	
HUMANIZAR +	133
Paula Guimarães	
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA – CUIDADOS MAIS HUMANIZADOS	135
Helena Rosário	
SERVIÇO DE HUMANIZAÇÃO	137
Eunice Teixeira	
ONCONSIGO.....	139
Alexandra Teixeira e Lúcia Toscano	
TELECONSULTA	141
Sérgio Medina do Rosário	

SESSÃO DE ENCERRAMENTO	
ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO	145
Fernando J Regateiro	
ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO	149
Vitor Manuel Pinheiro Pereira	
ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO	155
Mário Lino Barata Raposo	
MENSAGEM DE ENCERRAMENTO DA MINISTRA DA SAÚDE	159
Ana Paula Martins	

1º SEMINÁRIO

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE | UM VALOR INTEGRAL

PROGRAMA

09h00 – Abertura do secretariado

10h00-10h15 – Sessão de abertura

Presidente:

Representante da Direção Executiva do SNS

Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI

Dr. João José Casteleiro Alves

Presidente do Conselho de Administração da ULS Cova da Beira

Intervenção: A CNHCS-SNS – motivação e propósito**Prof. Doutor Fernando J. Regateiro**Professor Catedrático Jubilado Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e UniCV Universidade de Cabo Verde
Coordenador da CNHCS-SNS

10h15-11h00h – Conferência e debate

Humanização em saúde – um valor integral**Presidente: Prof. Doutor Filipe Almeida**

Pediatra, Professor Universitário aposentado

Conferencista: Prof. Doutor Carlos Bermejo

Director do Centro San Camilo - Centro Asistencial y de Humanización de la Salud, Madrid

11h00-11h15 – *coffee break*

11h15-12h15 – PaineI I

A humanização como valor**Moderador: Dra. Eva Falcão**

Presidente do Conselho de Administração do IPO de Lisboa

Um valor terapêutico**Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco**

Diretor da Faculdade de Ciências da Saúde, UBI

Um valor no cuidar**Enf. Angelina Francisco**

Vogal do Conselho Diretivo Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Um valor na gestão**Dra. Tânia Gonçalves Pedro**

Administradora da ULS Castelo Branco

Um valor na doença**Dra. Catarina Alvarez**

Associação Alzheimer Portugal

Discussão**12h15-12h45 - A realidade que temos – resultados de questionário nacional****Moderador: Prof. Doutor Fernando J Regateiro**

Coordenador da CNHCS-SNS

Apresentação dos resultados do questionário**Dra. Carina Ferreira**

Médica de MGF da ULS Braga, UCSP e ECCI de Vieira do Minho

Enf. Elisabete Reis

Enfermeira gestora da ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

12h45-14h00 – Almoço

14h00-15h00 – PaineI II

A humanização em saúde**Moderadora: Dra. Cândida Cancelinha**

Médica do Hospital Pediátrico de Coimbra, ULS Coimbra

O lugar da Medicina Narrativa**Prof. Doutora Susana Magalhães**i3S Instituto de Investigação e Inovação em Saúde- Universidade do Porto
Universidade Fernando Pessoa**A formação para a humanização****Equidade e justiça social na saúde mental****Dra. Linda Vaz**

Presidente da Delegação Regional do Centro da Ordem dos Psicólogos Portugueses

A implementação da humanização**Prof. Doutora Fernanda Rodrigues**

Presidente da Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais

Discussão

15h00-17h00 – PaineI III

Boas práticas de humanização nos cuidados de saúde em Portugal**Moderador: Prof. Doutor João Pedroso Lima**

Médico e Professor Universitário

Apresentação e discussão de exemplos de boas práticas

17h00h – Sessão de encerramento

Presidente: Prof. Doutora Ana Paula Martins

Ministra da Saúde do XXIV Governo de Portugal

Prof. Doutor Mário Lino Barata Raposo

Magnífico Reitor da UBI

Dr. Vítor Manuel Pinheiro Pereira

Presidente da Câmara Municipal da Covilhã

Prof. Doutor Fernando J Regateiro

Coordenador da CNHCS-SNS

GRANDE AUDITÓRIO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UBI | UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

COVILHÃ

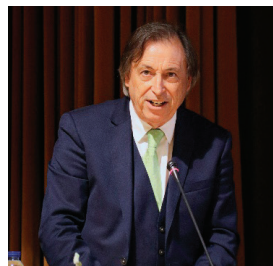
4 DE JULHO 2024

INSCRIÇÕES:



SESSÃO DE ABERTURA

MOTIVAÇÃO E PROPÓSITO DA CNHCS-SNS



FERNANDO J REGATEIRO

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coordenador da CNHCS-SNS

Muito bom dia a todos. Vamos dar início ao Seminário Nacional “Humanização em Saúde – um Valor Integral”.

Saúdo os membros da mesa de abertura, a Dra. Ana Correia de Oliveira, vogal do Conselho de Gestão da Direção Executiva do SNS (DE-SNS), que preside, o Prof. Miguel Castelo-Branco Sousa, diretor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, e o Dr. João Casteleiro, presidente do CA da ULS Cova da Beira. Saúdo também todos os presentes.

Por deliberação da DE-SNS, de 2024, foi nomeada a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (CNHCS-SNS) e enquadrados os seus objetivos. Iniciada a atividade, a Comissão elaborou um Plano de Ação, também ele aprovado pela DE-SNS, que enquadra e define os trabalhos a desenvolver. A missão da CNHCS-SNS é, fundamentalmente, trabalhar para não deixar ninguém para trás.

Mais do que falar, desde já, da motivação e do propósito da CNHCS-SNS, ou antecipar perspetivas e reflexões que serão desenvolvidas ao longo do dia, gostaria de o fazer, homenageando, trazendo para o presente, vultos

e ações que nos trouxeram até aqui. Como acontece com qualquer iniciativa humana do presente, também temos ombros de gigantes que suportam as nossas ações e que nos robustecem. E em cada geração, qual é a missão? Acrescentar algo, para merecermos a herança destes gigantes!

Um dos gigantes da área da humanização dos cuidados de saúde, foi e é o Prof. Walter Osswald. Nos anos 90 do século anterior, dirigiu uma Comissão Nacional de Humanização e Qualidade em Saúde, como seu presidente.

O Professor Walter Osswald, que tive o privilégio de convidar para nos distinguir com a sua presença neste Seminário, declinou o convite não porque não gostasse de estar presente, mas por invocação da sua propecta idade – que o mantém no pleno domínio das suas superiores capacidades mentais e de muitas das suas capacidades físicas. Ainda assim, preserva-se de grandes deslocções.

Contudo, deu-me o gosto, e seguramente a todos nós, de enviar uma preciosa mensagem manuscrita. Com a leitura da sua mensagem, logo pela sua voz bem mais avalizada do que a minha, permitam-me que diga tudo o que tinha para dizer, também sobre a motivação e o propósito da CNHCS-SNS.

Que cada participante tenha uma boa estadia na Covilhã, que este Seminário corresponda aos objetivos e às expectativas que criaram e que, no final deste dia, possamos dizer, convictamente: valeu mesmo a pena!

Muito obrigado.

SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS¹



WALTER OSSWALD

Quem tem afectos e os partilha com outros, facilmente estabelece pontes de amizade com eles. Daí que, tendo dedicado anos de vida à causa da humanização me atreva a chamar-vos amigos a todos os que acorreram a esta magna reunião e, como eu próprio, têm por urgente, necessária e virtuosa a incrementação da humanização dos cuidados de saúde.

De facto, conceder traços mais humanos a instituições, serviços, comportamentos e atitudes, nesta área essencial para o bem-estar das populações, é tarefa tão importante quão sempre inacabada.

Não podemos, por isso, remetermo-nos a uma plácida atitude de aceitação da presente situação, consolados com os avanços, entretanto verificados, no respeito pela autonomia e pelos direitos dos utentes, ignorando os riscos e malefícios de uma progressiva tecnização dos cuidados e uma deterioração da relação profissional de saúde – doente, que deveria ser a de um encontro amigável entre uma competência e uma confiança.

Esta definição provém de Duhamel, que foi médico e romancista, mas é posta em risco diariamente pela intervenção de terceiros, no que deveria

¹ Mensagem manuscrita enviada pelo Prof. Walter Osswald, lida na sessão de abertura pelo Coordenador da CNHCS-SNS, Prof. Fernando Regateiro

ser uma relação bipolar: para além do médico ou enfermeiro, lá temos o computador, a administração, a burocracia, e até, quando despersonalizada, a telemedicina.

Por isso, sobretudo, é que os doentes se queixam, refletindo de forma certamente desproporcionada e injusta, a insatisfação de largas faixas da população, a falta de confiança nos serviços e seu funcionamento; sobretudo as longas esperas, desde as desagradáveis mas de reduzida importância em salas de espera desconfortáveis até às mais sérias que resultam de escassez de meios humanos e materiais, da sua deficiente gestão, e que levam a que intervenções terapêuticas, mormente cirúrgicas, possam ultrapassar todos os prazos que o próprio Estado estabelece. Acolhimentos e encaminhamentos burocráticos e frios, desrespeito pelas preferências, gostos e opiniões dos doentes, negação da sua qualidade de parceiro (e não de subordinado), tudo isto acontece; mesmo que se trate de tristes exceções, estes acidentes do percurso da saúde cavam fossos de desconfiança e até de inimizade entre pessoal de saúde e doente.

Todos sabemos que a atitude empática, solidária, disponível e tecnicamente correcta, por parte do pessoal de saúde, constitui o substrato fundamental para a prática dos gestos de humanização que eficazmente sirvam para a correção das situações de dissenso já referidas.

Permitam-me que conclua com a singela afirmação constante de meia dúzia de textos que a este respeito escrevi:

Se é da sabedoria popular (e bíblica) que não faças aos outros o que não desejas que a ti façam ou, na sua formulação mais virtuosa, age com os outros como pretendes que ajam contigo, a observância deste simples conselho conduzirá, no domínio da saúde, a que se instale o clima de confiança e verdade que seja apropriado para alcançar o objetivo último, que é o de estabelecer uma aliança entre prestador e doente. Para tal, é fundamental e urgente a tarefa da humanização.

A todos os intervenientes neste encontro desejo, muito cordialmente, apresentar as minhas saudações e os votos de um excelente trabalho nesta seara sem fim e nunca esgotada da dedicação à humanização de todas as intervenções em saúde.

SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS



MIGUEL CASTELO-BRANCO SOUSA

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Cumprimento a mesa, a Dra. Ana Correia de Oliveira, o Dr. João Casteleiro, o Prof. Fernando Regateiro, o Prof. Pedroso de Lima, os moderadores e todos os participantes presentes e à distância neste Seminário.

É um privilégio para a Faculdade de Ciências da Saúde receber este Seminário, integrado no Plano de Ação para a humanização em saúde da Direção Executiva do SNS.

Agradecemos à Comissão Organizadora por escolher a nossa Faculdade, no interior do país, para este evento. Esta escolha sublinha a dimensão geográfica da humanização e o papel crucial das instituições como a nossa e a Unidade Local de Saúde da Cova de Beira. Contribuímos para a ação do Serviço Nacional de Saúde e da humanização, e estamos comprometidos com a qualidade de vida da nossa região.

O nosso curso de Medicina, com 25 anos, sempre teve como objetivo um desenvolvimento equilibrado a nível nacional. A expansão para outras Unidades Locais de Saúde – de Castelo Branco, da Guarda, de Viseu-Dão-Lafões – reflete essa estratégia. Apesar dos desafios, das dificuldades, a aposta na qualidade e na humanização dos serviços tem trazido melhorias

significativas. A introdução de unidades curriculares das humanidades reforça este compromisso, equilibrando o avanço tecnológico com a dimensão humana.

Este Seminário é um espaço de reflexão e transformação, onde adaptamos e repensamos as nossas práticas. O nosso objetivo é fortalecer o Serviço Nacional de Saúde, tanto na qualidade dos cuidados como na dimensão humana.

Apelo a todos os participantes para que se envolvam ativamente neste processo de transformação.

Que este dia seja de reflexão e ação, para que possamos sair daqui com uma energia renovada e um compromisso ainda mais forte com a construção de um SNS que, mais do que tratar, cuide genuinamente das pessoas.

Muito obrigado.

SAUDAÇÃO DE BOAS-VINDAS



JOÃO JOSÉ CASTELEIRO ALVES

ULS Cova da Beira

Cumprimento, em primeiro lugar, a Dra. Ana Correia de Oliveira, o Prof. Miguel Castelo Branco, o Prof. Fernando Regateiro, o Prof. João Pedroso Lima, os senhores palestrantes, os senhores participantes no Seminário.

Em segundo lugar, agradeço, pelo facto de terem realizado o primeiro Seminário de Humanização em Saúde, na Covilhã, aqui na UBI, no interior. Este nosso interior, quantas vezes secundarizado pela distância, pese embora a melhor qualidade de vida profissional, ambiental, social e até de segurança de que aqui usufruímos.

Não vou fazer uma intervenção de fundo sobre a humanização. No entanto, gostaria de dar um testemunho pessoal.

Comecei a minha vida profissional, como médico, em 1979. Comecei, exatamente, com o SNS e mantenho-me, até hoje, sempre no SNS. Fiz o Internato Geral, o tal Internato de Policlínica, o Serviço Médico à Periferia e o Internato Complementar ou de Especialidade de 6 anos em Cirurgia Geral. Fiz provas de final do Internato em 1989.

No meu currículo, na altura, apresentei e escrevi: “a cirurgia não se confina só à mesa de operações; como ouvimos dos nossos mestres, não tratamos doenças, tratamos doentes”.

É nesta frase que entra a componente humanista, hoje tão falada e exaltada, e que referi, na altura.

Não me parece, no entanto, que ela, a humanização, pudesse ser alguma vez esquecida, já que faz parte integrante de qualquer ato clínico. Pode ter sido menos valorizada por quem tem da medicina um conceito mais tecnológico. Mas é uma componente demasiado importante para ser minimizada por quem, diariamente, exerce a sua atividade à beira do doente, lendo, quantas vezes, nos seus olhos angustiados, um pedido mudo de auxílio e, sobretudo, de solidariedade.

Como veem, esta frase foi escrita há 35 anos. Portanto, espero que hoje continuemos, como dizia o Prof. Walter Osswald, a “tarefa inacabada”, que hoje continuemos aqui a chamar a atenção e a valorizar a humanização como uma componente tão ou, por vezes, mais importante do que a medicação no tratamento dos nossos doentes.

Com esta pequena mensagem, desejo a todos um profícuo dia de trabalho.

Bem-hajam, por terem vindo à Covilhã.

CONFERÊNCIA
HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL



JOSÉ CARLOS BERMEJO

INTRODUÇÃO À CONFERÊNCIA

FILIPE ALMEIDA

Muito brevemente, tenho o gosto de apresentar o Professor José Carlos Bermejo. Professor da Universidade Ramón Llull de Barcelona, da Universidade Católica Portuguesa e da Camillianum de Roma.

O Professor Bermejo é autor de numerosos livros e artigos, é um especialista de humanização em saúde, luto e bioética, e mestre em aconselhamento, pós-graduação em luto, humanização, gestão e pastoral da saúde.

A sua experiência e conhecimento são uma mais-valia na procura de uma abordagem mais compassiva e centrada na pessoa, nos diferentes cenários da vida. Dirige o Centro de São Camilo, Centro de Assistência à Saúde e Humanização em Madrid, que é uma referência na promoção da humanização e da saúde integral da pessoa, uma plataforma de divulgação da cultura humanista, que visa promover a sua aplicação nos domínios da saúde social e educacional.

O título da conferência que dá o enfoque à nossa reunião de hoje é “Humanização em Saúde, um valor integral”.

Dirigindo-se, naturalmente, a humanização a todos os atores em saúde, doentes e profissionais, concordaremos certamente que a centralidade da humanização é, na verdade, o doente, na sua expressão mais radical de ser pessoa, que é, quando se está doente.

O que é que pode significar acompanhar um doente?

É dar, naturalmente, segurança científica, tão robustas são as ferramentas diagnósticas e terapêuticas de que hoje dispomos.

Mas é também despertar-lhe a confiança no rigor dos procedimentos e no empenho firme da nossa ação. É respeitar a sua autonomia, não lhe negando a possibilidade de, no limiar da sua vulnerabilidade, nos confiar a sua própria liberdade. Isto é de uma responsabilidade tremenda.

Acompanhar um doente é, ainda, estar disponível para fazer aquilo que ele necessita. E é também, ao mesmo tempo, ser capaz de o escutar, trilhando sulcos de uma medicina que desaguará em intensa comunicação humana, preenchida com palavras, gestos e silêncios.

Acompanhar este doente é, finalmente, abrir-lhe as portas de uma medicina narrativa que sabe dobrar-se sobre si mesma.

A humildade é um valor muito importante na nossa atividade. Uma medicina que sabe dobrar-se sobre si mesma, reconhecendo naturalmente o seu fulgor, mas também os seus próprios limites.

Intercetam-se aqui, portanto, na nossa relação com os doentes, a ciência, a ética, a antropologia, quiçá a teologia.

A humanização é, portanto, um valor, um valor maior, porque é capaz de integrar estas múltiplas dimensões de um cuidar de autêntica proximidade humana.

Estimado Professor Bermejo, bem-vindo a Portugal. Muito obrigado por vir.

Estamos aqui para escutá-lo.

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE – UM VALOR INTEGRAL

JOSÉ CARLOS BERMEJO

Muito bom dia. Saúdo-vos com ternura.

No Centro que dirijo, declarámos este ano como o ano da ternura, o que nos está a servir para pensar, investigar, falar, e tentar converter-nos à dinâmica da ternura.

Muito obrigado por me convidarem. Dirijo o Centro de Humanização da Saúde há 43 anos. São muitos anos pensando, investigando e pondo em prática, não só palavras, mas também programas e assistência humanizada.

Convidaram-me e atribuíram-me a primeira intervenção, não sei se porque sou velho na história da humanização ou porque falo muito bem espanhol e isto pode servir para praticar a língua!

Gostaria de começar desta maneira.

Celebravam-se as festas patronais numa cidade, onde todos os anos se celebram e, para um momento importante, a missa maior das festas patronais do povo, da cidade, decidiram convidar um sábio eremita – tinha fama de ser sábio e ainda não o tinham ouvido.

Convidaram-no, aceitou, e chegou o momento esperado por todos, o sermão da missa maior das festas patronais da cidade. Todos estavam com os ouvidos apurados, e o eremita começou assim: “sabem o que vos vou dizer”? “Não”, responderam todos. E o eremita disse: “deveriam saber o que há que dizer no sermão da missa maior das festas patronais da cidade. Por não o saberem, não lhes digo”. E assim acabou!

No ano seguinte (segundo Congresso), celebraram-se as festas novamente e convidaram o eremita – tinha fama de ser sábio, todos esperavam as suas palavras.

Quando começou a falar, disse: “sabem o que vos vou dizer?”. Lembraram-se do que havia acontecido no ano anterior, e então, desta vez, todos disseram: “sim”. E o eremita disse-lhes: “se o sabeis, para que quereis que lhes diga?” E assim acabou!

No ano seguinte (esta é a minha conferência), voltaram a convidar o eremita – tinha fama de ser sábio! Haviam ensaiado e disseram: se começa da mesma maneira, uma metade dirá que sim, a outra metade dirá que não

(vamos ver se começa, como estão esperando que eu faça agora ...)! Chegou o momento, de que todos estavam à espera. O eremita, efetivamente, voltou a começar assim: “Sabem o que vos vou dizer?”.

Haviam ensaiado: uns disseram “sim” e outros disseram “não”. E o eremita disse: “quem o sabe, que o diga a quem não o sabe”. E assim acabou.

Bem, este poderia ser o meu esquema. Sabeis o que vos vou dizer?

Disseram-se já muitas coisas aqui. Falou-se de dignidade, de personalização, falou-se de empatia, falou-se de medicina narrativa, falou-se de encontro amigável, de respeito pela autonomia. Foram ditas, provavelmente, as coisas mais centrais da humanização. Eu venho preparado com o meu esquema, de todas as formas.

Venho do Centro de S. Camilo, que dirijo há mais de 30 anos. É um Centro para pessoas idosas, doentes, para doentes no final da via. Morrem 600 pessoas por ano, vivem os últimos 17 dias em ambiente de cuidados paliativos. O espaço está muito humanizado, não parece um hospital. É o resultado de um objetivo de humanização dos espaços.

Poderia contar muitos detalhes: os espaços estão pensados para as pessoas doentes, para as suas famílias e para os trabalhadores e os voluntários. Não aparenta ser um hospital para doentes, porque nos acostumámos a que os hospitais sejam brancos, feios, inóspitos. O maior paradoxo: inóspitos.

O corredor da unidade está decorado com pintura, escultura, arquitetura e música. No S. Camilo de paliativos, há um piano no corredor – durante as manhãs, um voluntário toca se não incomodar ninguém. Os quartos têm, além da cama, um sofá para a família, a mesa de trabalho, o frigorífico e a televisão. Cada quarto tem uma identidade diferente. Também o quarto de banho tem uma identidade diferente, mesmo que não se veja, mas tem um estilo diferente no interior.

Os doentes podem levar as camas para os terraços, felizmente, quando há bom tempo. E é um prazer ver os doentes no exterior a apanhar sol. Podem cozinhar e, em família, com frequência, celebrar a sua última ceia, a última vez que comem juntos, que se reúnem. Há também muitos lugares para a cultura, para a festa, para a celebração.

Também é um centro docente, onde ensinamos intervenção em luto, algumas metodologias particulares, como seja a câmara de GESEL para

supervisionar a comunicação com o doente, como se dão más notícias, como se gerem situações difíceis. Temos uma unidade móvel que sai para o mundo rural e para outras cidades, para tentar sensibilizar para a humanização, para o valor da escuta e do acompanhamento nas situações de sofrimento.

Mas não me pediram para falar do nosso Centro, escolhi apenas algumas imagens. Pediram-me que fale, sim, da humanização como chave de valor. Então, utilizarei esta meia hora para explorar com o meu próprio esquema, algo que já publiquei em vários livros sobre humanização, nestes anos, algum já traduzido para português.

A minha pergunta é: o que aconteceu? Perdemos a essência mais íntima, nossas vísceras que nos definem, nossa capacidade de sentir e de dar significado e valor às nossas experiências? Ficámos vazios de interioridade?

O que aconteceu, para que precisemos de falar de humanização? Perdemos a compaixão?

Talvez a tenhamos perdido. Eu não sou moralizante no meu discurso, ou pretendo não o ser, porque neste momento, sobre a humanização como movimento global, no mundo inteiro há discursos moralizantes, emotivos, acusando as políticas, acusando a universidade. O meu discurso não quer ser moralizante, antes quer identificar o que está acontecendo.

O que está acontecendo e o que significa humanizar? Eu vejo, viajando muito pelos diferentes continentes, que é um movimento global. Por exemplo, na América Central, vários países têm planos de humanização da assistência em cuidados de saúde. O que querem? Eliminar os maus-tratos, eliminar a violência na relação profissional. Este é o seu objetivo. Em outros lugares, querem qualificar a gestão da qualidade, porque se burocratizou em absoluto – tudo tem a ver com a qualidade na gestão dos programas e dos serviços de saúde.

Desenvolverei o meu tema, dizendo que falamos de algumas chaves de valor. Alguns referentes históricos podemos talvez apenas citá-los, particularmente na medicina. Também pretendo motivar para que procuremos referentes no nosso país, na nossa cultura, na nossa história da medicina e da saúde, e no estado da arte, ou seja, como estão as coisas neste momento. Naturalmente, centrar-me-ei na minha experiência, que não é em Portugal. Em Portugal, o que faço é dar aulas em Viseu, Castelo Branco e na Universidade Católica de Lisboa, e no passado também no Porto.

De que falamos, quando falamos de humanizar? Há alguns anos, dirigi esta pergunta a uma doutora em Filologia, e pedi-lhe que fizesse uma investigação sobre a palavra humanizar. É uma palavra moderna, que alguns criticam, dizendo que não há nada que humanizar. A assistência em cuidados de saúde já é o mais humano que podemos fazer. Nós, seres humanos, já atendemos à vulnerabilidade, à fragilidade, à doença, ao morrer. Só por isso, somos a expressão profissionalizada da humanidade dos povos, da ternura dos povos. No entanto, é verdade que, mesmo que as profissões da saúde sejam expressão de humanização, podemos desumanizar-nos.

De que falamos? A origem da palavra humanizar, nas nossas línguas, é outra, mais velha: *humanar*. *Humanar*, etimologicamente, é o que podem fazer os deuses, que podem sair de si, a divindade, e humanar-se. O dicionário diz abrandar-se, encarnar-se, baixar simbolicamente, sair, entrar na natureza humana. Daí vem a palavra humanizar. A origem é *humanar*.

Fizemos este estudo, publicámo-lo e, em algum momento, pensei: não deixa de ser um pouco ridículo que falemos de humanizar. Se agora viessem algumas vacas inteligentes, ou ovelhas inteligentes, e nos perguntassem o que estão a fazer os seres humanos, e o tentássemos explicar – queridas vacas, estamos falando de humanizar – rir-se-iam de nós e diriam: nós não fazemos congressos para falar de “vacarizar”! Somos vacas, seremos vacas, fomos vacas, quando comemos, quando dormimos, somos vacas. Por que falam de humanizar, se são humanos, se têm sido humanos? Além disso, são profissionais de saúde. E acontece que teríamos de explicar às vacas (loucas), teríamos que explicar-lhes que, na natureza humana, não é o mesmo ser humano e viver e comportar-se humanamente. Somos humanos também quando nos matamos, também quando nos maltratamos!

Por isso, é necessário falar de humanizar ou, como outros propõem, de humanismo nas profissões da saúde. Seja como for, humanização ou personalização, acho que há motivos suficientes para falar de humanizar ou de re-humanizar, ou de humanismo.

Por que temos que falar disto? Certamente que estamos expostos ao perigo da colonização tecnológica. Não é que humanizar seja moralizar, falar negativamente da tecnologia. Claro que não. Tive alguns incidentes também em países muito pobres e pensei: se tiver um acidente, prefiro estar na Europa. Se eu puder escolher, prefiro um sistema de saúde onde haja

muita tecnologia, porque será mais fácil responder às minhas necessidades diagnósticas, de controlo de sintomas, de tratamento e de palição.

A tecnologia não é o oposto da humanização, é uma das expressões da humanização. Mas, este processo galopante de digitalização, de medicina de precisão, pode levar-nos a perder o objetivo, que é o ser humano, a pessoa concreta, doente, a sua dimensão relacional, a sua família. Não podemos utilizar apenas a técnica, não podemos ser meros tecnocratas, meros funcionários que utilizam a tecnologia ao serviço dos processos de saúde.

A demonização da técnica é uma questão muito antiga, que a mitologia grega se encarregou de pensar. Talvez o mito de Prometeu a represente, quando os deuses roubaram o fogo, que representava a capacidade de transformar a natureza e, por roubá-lo, foram castigados, atados a uma coluna, e uma águia devoraria seu fígado permanentemente, por terem querido transformar a natureza com o poder divino.

Desde então, pensamos que talvez a tecnologia possa desumanizar, porque é como convertermo-nos em deuses. Algum filme já o terá mostrado em alguma cena – o início do filme, os alunos de medicina e o grande médico que diz “farei de vocês algo mais do que homens, farei de vocês médicos”. Lembram-se do filme, do médico, do seu início? Intitula-se “El doctor”!

Efetivamente, a tecnologia pode tornar-se uma barreira que despersonaliza, o computador pode converter-se numa barreira, mas a minha crítica não é moralizante sobre o desenvolvimento tecnológico. Ortega e Gasset dizia que, no ser humano, uma mesma coisa é técnica e humanidade. Não é que a humanidade seja o contrário ou a outra face da nossa condição. A tecnologia é a expressão da nossa identidade humana. Mas, com o seu uso, efetivamente, podemos despersonalizar. Podemos tratar as pessoas como casos clínicos, de uma maneira seriada, despersonalizada.

O bioeticista espanhol Javier Gafo, catedrático de Bioética da Universidade de Comillas, foi, para mim, quem primeiro escreveu sobre humanizar do ponto de vista ético, tendo dito que a humanização é o primeiro desafio ético. A desumanização é o primeiro problema, antes que a eutanásia, que o aborto, que os problemas da relação. Para ele, a desumanização era igual a despersonalização nas relações profissionais.

Efetivamente, estamos recebendo, eu com gosto, mas também com atitude reflexiva, os poderes que têm incluída a inteligência artificial, para nos suportar, para nos ajudar, para praticarmos a evidência nos processos. Há coisas que me assustam! Com a inteligência artificial, as pessoas enlutadas podem “ressuscitar” os seus mortos para continuar a falar com eles. Alguns, podem patentear esta “ressuscitação”, “digitalizar” os mortos e ter, como propriedade privada, as pessoas mortas, reconstruídas a partir do rasto digital. Dou as boas-vindas ao poder que tem a inteligência artificial, à qual já perguntei o que penso sobre um tema. E a inteligência artificial respondeu, numa página, dizendo o que eu penso sobre o luto e a inteligência artificial. Já sabe o que penso, elaborando sobre toda a informação que há na rede.

Alguns se perguntam, não só com a telemedicina ou a inteligência artificial, se estamos já no final da medicina com rosto humano! Eu espero que não. Espero também que a humanização não seja uma decoração, uma pseudo-personalização de alguns processos, de alguns produtos, porque isso também o faz a empresa que vende carros, “personalizando” o produto: de que cor o quer, quanta potência, e a parte de frente, e a parte de trás? Tu pagas, tu és o centro, tu és o cliente! Espero que não vamos atrás destas propostas de pseudo-personalização que nos apresenta o mundo do mercado.

Há motivos, efetivamente, para falar de desumanização. Seguramente que a temos como experiência, como doentes. Eu também a tive, como doente na pandemia: fui gritado, fui maltratado e não era necessário. Não era necessário! Fui atendido sem me olharem para a cara. Isto é o que dizem todos os doentes: não olhou para mim, olhou apenas para o “écran”. Isto é uma realidade. São motivos que também justificam que falemos de desumanização.

Uma das causas de desumanização costuma ser a reivindicação de que estamos com *burnout*. Bem, isto também pode ser um discurso fácil. Em 1974, um psicanalista alemão, Freudenberger, começou a estudar a síndrome do *burnout*. Depois, alguns autores criaram instrumentos para medir quanto *burnout* há nos grupos profissionais. Colocou-se de modo a falar de *burnout* em todos os congressos, para reivindicar. Estamos em *burnout*! Precisamos que cuidem de nós! É uma realidade, mas também pode ser um discurso fácil, para justificar algumas reclamações. É verdade que também contribui para a desumanização.

Às vezes, a atitude dos utentes parece um mercado. Alguns espaços de saúde parecem um mercado. Faça-me isto! Ou tratam mal aos profissionais. Pode-se ver o resultado da agressão pela própria população! Também precisa de conjugar o verbo que os profissionais de saúde e da assistência em saúde querem conjugar.

Para mim, se me perguntassem: José Carlos, porque tem que falar de humanização? Em primeiro lugar, eu responderia assim: não há igual acessibilidade aos recursos de saúde e de prevenção, no mundo inteiro. Não é o mesmo, numa ilha como no continente, numa região de um país como noutra, num país como noutro, num continente como noutro. Enquanto não tivermos os recursos e a proteção da saúde globalizados, com acesso universal no mundo inteiro, penso que temos, só por isto, motivo suficiente para falar de desumanização.

Alguns já fizeram muitos discursos sobre humanização, fizeram também fundamentação filosófica, antropológica. Os discursos mais sólidos buscam os fundamentos filosóficos e jurídicos. Para mim, devemos falar de humanização, não em termos de causas, sim em termos de fundamentos. Sabem que é o símbolo universal da dignidade. Da dignidade!

Todos temos a mesma dignidade, todos os seres humanos: velhos, jovens, meninos, brancos, negros, os que ainda estão dentro da mãe ou que já saíram, homens e mulheres com capacidades cognitivas ativas, somente em potência ou já deterioradas por Alzheimer ou outras demências. Todos temos a mesma dignidade! Fundamentou a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, nasce da nossa radical vulnerabilidade.

O nascimento da solidariedade para recuperar as capacidades humanas é o fundamento da origem da hominização ou da humanização. Uma jornalista norte-americana localiza a origem da “humanidade” a partir da imagem de cura de uma fratura do fémur que não podia ser curada sem a ajuda de outra pessoa. Outros referem, como indicador, a condição conhecida como “avô desdentado”. É o crânio de um velho que não tinha dentes e que, na sua idade, só poderia viver se alguém o ajudasse, se alguém tivesse compaixão para que sobrevivesse.

A vulnerabilidade com a compaixão é a origem do nosso discurso, a fundamentação que poderíamos desenvolver muito, filosófica ou antropológicamente. O fundamento, no final, é dizer que essa dignidade justifica

que possamos dizer que temos direitos universais, todos os seres humanos, igualmente. Outros dizem que é uma questão emocional, a gestão do intangível, do subjetivo, da experiência de como vivemos, como significamos, cognitiva e emocionalmente, a doença e a saúde.

Para mim, humanizar é uma questão ética, quer dizer, tem a ver com os valores. A ética é essa parte da filosofia que pensa o que é bem e o que é mal, o que é justo e o que é injusto. Não que responda, mas que pensa e busca a resposta. Em qualquer serviço, em qualquer país, num grupo, numa grande instituição, onde nos perguntemos o que é bem e o que é mal, estamos a humanizar. Esta sala de espera é boa ou má? Está bem assim? Ou deveria estar melhor? O “deveria” é a expressão da busca ética, do mundo dos valores.

Conseguiríamos muitas mudanças, se considerássemos que humanizar é uma questão ética. Em primeiro lugar, teríamos que dizer, pelo menos em saúde, que não provocamos dano. Dito em latim, *primum non nocere*. Em primeiro lugar, há que não fazer mal. Mas sabeis que na ética também há outras regras de carácter superior. A regra de ouro é esta: trata os outros como gostarias que te tratassem a ti. Este é um modo de falar, de humanizar o trato.

Mas o trato não é o único que temos que humanizar. Temos também que humanizar a política, a gestão, a coordenação, a universidade, o currículo dos médicos e das enfermeiras, o morrer e a saúde mental. Tem que se aquilatar, para ver se nos tornámos “veterinários de corpos humanos” ou se, realmente, estamos atendendo à vulnerabilidade.

Não sei se se lembram da segunda formulação do princípio categórico de Kant. Dizia ele: comporta-te de tal maneira que possas propor a tua conduta como lei universal. Esta seria a regra de platina, poderíamos dizer. Trata os outros como gostarias que te tratassem a ti, quiçá seja uma projeção dos teus desejos, mas, comporta-te de tal maneira que o possas dizer assim em qualquer lugar, isto é proponível como lei universal.

Bem, assim quis definir, humildemente, o que entendo por humanização, e os motivos por que devemos falar de humanização. Vou tentar dar algumas chaves, só apresentá-las – podemos investigar sobre elas, descrevê-las.

Para mim, uma das chaves para humanizar inclui um necessário olhar o ser humano de forma multidimensional. Somos filhos, muito, de uma

cultura dualista: o corpo e a alma, o material e o imaterial, o corporal e o psicológico.

A Organização Mundial de Saúde, quando definiu a saúde, deu-nos uma visão tridimensional da saúde, como o mais perfeito estado biopsiossocial. Mas não é suficiente continuar nestas três dimensões. Para mim, poderíamos apresentar a multidimensionalidade do ser humano que a humanização nos reclama, desta forma: temos uma dimensão física, claro, mas muito sofrimento vem dos pensamentos. Como significamos a doença? Como vemos o que é a medicina? Como conceptualizamos a saúde e o morrer? Muito sofrimento está na significação que damos ao que vivemos.

Outra parte do sofrimento, não só doença e sofrimento, está no mundo emocional, nesse modo íntimo como vibramos com o que se passa connosco por fora e por dentro. Experimentamos ansiedade, alegria, tristeza, medo, raiva. Somos todos assim. Temos dimensão emocional. Temos também dimensão relacional.

Humanizar, para mim, significa olhar o ser humano, o doente, nestas dimensões. Mas o doente também tem família, tem filhos, tem avós, tem preocupação com o seu trabalho, tem papéis.

Como seres humanos, além disso, temos uma dimensão de valores que não é a emocional, não é a racional. Pinto-a assim: o coração do coração. Apreciamos a justiça, a paz, a saúde. Isto são valores, não são sentimentos.

Também temos uma dimensão espiritual, o mundo da busca do sentido ou da angústia e do não sentido, a transcendência horizontal ou vertical.

Estas seis dimensões, para mim, justificam que falemos de humanizar, quero dizer, de um olhar multidimensional dirigido à pessoa, ao doente e a nós mesmos, que também somos multidimensionais. Ou seja, não é apenas uma atenção integral, holística, multidimensional, mas um modo de olhar o ser humano, o profissional e o doente, nesta chave de multidimensionalidade.

Uma segunda chave de valor, para mim, aporta ao modelo de atenção centrado na pessoa, ao paradigma de humanização como atenção personalizada, que espero que seja multidimensional.

Se olharmos também para nós mesmos como multidimensionais, poderemos, talvez, dar um passo no que foi, para a nossa história, a

medicina que insistiu muito na beneficência e criticarmos a medicina paternalista. Hoje, queremos dizer que humanizar significa reconhecer o princípio de autonomia, a liberdade que o paciente tem de gerir, de decidir, não um subordinado, mas um interlocutor. Nestes momentos, somos desafiados a humanizar, o que, para mim, significa buscar o equilíbrio entre o antigo paternalismo criticado e o exagero em que caímos da hipertrofia do princípio de autonomia, que nos aconteceu porque fomos todos correndo atrás do paradigma principialista dos americanos – os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Fomos todos correndo, esquecendo a chave das virtudes, que é mais própria da cultura própria do Mediterrâneo.

Bem, outra chave de valor para mim, para humanizar, é definir o que entendemos por saúde. Se a saúde é apenas o silêncio do corpo, bastam máquinas que nos ajudem a conseguir que haja harmonia no funcionamento dos órgãos. Mas a saúde para os seres humanos é muito mais, é experiência, é biografia, é experiência biográfica, é projeto, é tarefa, é responsabilidade.

Olhar a saúde no seu sentido físico, mental, emocional, social e espiritual, é uma chave de humanização com implicações concretas na gestão dos programas e dos serviços para as pessoas, antes de adoecer e depois de se adoecer, e no morrer.

Eu penso também que o nosso sistema tem sido um pouco louco e desproporcionado. Não tem colocado em justo equilíbrio o significado e a importância da prevenção e tem exaltado, sobretudo, a importância do curar. Muito pouco o reabilitar. Por trás, há muito sofrimento. Por isso, temos que falar do inevitável, se for sofrimento inevitável, mas há sofrimento evitável. Temos, pois, que falar de humanização.

Há menos investimento no cuidar de nós mesmos e em como nos cuidar. Parece que cuidar é de segunda categoria e curar é de primeira categoria. Pagamos aos enfermeiros que trabalham no hospital, muito mais que aos poucos, já não há na Europa, enfermeiros que trabalham nas instituições de cuidado, como casas de misericórdia, residências, lares, residências de velhos. Parece que cuidar é de segunda categoria e curar de primeira, esquecendo que, na realidade, curar é uma forma de cuidar. Curar é uma forma mais de cuidar!

Também penso que temos muito pouco desenvolvida a cultura e os programas e serviços em chave de palição. Para mim, humanizar é também buscar esse equilíbrio necessário que responda às nossas verdadeiras necessidades.

Para mim, outro modo de dizer o que é humanizar, expressá-lo-ia desta maneira: alguns pensariam que, sendo nós profissionais, a humanização é a outra face. Eu digo, a humanização é o desenvolvimento da competência profissional. Mas a competência profissional não é só a competência científico-técnica.

Um aluno disse-me, uma vez, quando ensinava na Faculdade de Medicina – e colocou-o por escrito na parede da faculdade: ensinam-nos a contar mitocôndrias até com os dedos dos pés, mas não nos ensinam a escutar. E ensinar a escutar e aprender a escutar faz parte da competência profissional. E não é só o escutar, é também o confrontar, persuadir, motivar, conseguir a aderência, porque com a comunicação informámos bem e ganhámos a motivação para seguir o tratamento.

Sermos bons profissionais é também promover a competência emocional. Muita desumanização vem da má gestão de alguns sentimentos nas equipas. Por exemplo, a inveja. Um companheiro meu escreveu um livro inteiro sobre o poder que tem este sentimento destrutivo das equipas. Muitos profissionais foram à universidade seis, oito anos, não sei quantos, eu fui onze, e não receberam nem uma hora de formação sobre como gerir os próprios sentimentos ou os sentimentos do doente – a ansiedade, a tristeza, a raiva projetada, a negação como mecanismo de defesa.

Para mim, falar de humanizar é também falar de competência ética, capacidade para detetar conflitos e analisá-los, ver os valores que estão em jogo, saber discernir, deliberar com prudência – *fronesis* – para tomar decisões prudentes. Isto é ser um bom profissional.

Cada vez mais se está falando de competência espiritual. Nisto, eu estou enriquecendo-me mais em Portugal do que em Espanha, porque vocês investigam mais. Por exemplo, um tema muito concreto: como influi a esperança, que é uma chave de natureza espiritual, um dinamismo espiritual, na recuperação de uma prótese da anca ou de um transplante de rim. Estas questões estão a ser investigadas, mas ainda temos muito pouco profissionalizada a tarefa de diagnosticar espiritualmente, fazer tratamento

e acompanhamento com profissionais especialistas em angústia existencial, em vazio, em sofrimento existencial. Por exemplo, os irmãos de S. João de Deus estudaram o sofrimento existencial como sintoma refratário que justifica a sedação paliativa no final da vida. Não os sintomas físicos ou psicológicos ou relacionais, mas o sofrimento espiritual, existencial, a experiência de vazio, por exemplo, que faz muitas pessoas desejar a morte. Saber responder a estas dimensões pode ser lido como competência espiritual.

Cada vez se fala mais da necessidade de competência cultural. Para mim, esta é uma chave de humanização, uma chave de valor. A promoção de competências transversais (“soft skills”), requer formação universitária e contínua, com conteúdos explícitos e metodologias específicas. Este é o meu convencimento, porque é também a minha experiência. Na Faculdade de Medicina de Santiago de Chile transformámos a disciplina de comunicação em medicina em disciplina obrigatória, com metodologias concretas e programa com conteúdos específicos.

Uma quinta chave é o que está acontecendo com a palavra empatia. Está sendo ultrapassada, em parte, pela palavra compaixão, legitimamente, mas cedo, já que ainda não explorámos a empatia como atitude. As atitudes na psicologia social têm uma dimensão cognitiva, uma dimensão afetiva e uma dimensão comportamental. Pensamos que a empatia é sentimento, é bidirecional e merece ser estudada. Dediquei-lhe um livro chamado Empatia Terapêutica.

Alguns estudiosos estão a ajudar-nos a ver que a empatia também pode ser usada para o mal. Por exemplo, uma empatia explorada ao serviço do conhecimento da vulnerabilidade do outro para o roubar via redes sociais, internet, para fazer bullying, para tanto mal, como fruto de um bom desenvolvimento da empatia.

Em todo caso, que bom se explorarmos a empatia e a vincularmos com a compaixão, essa capacidade de explorar o mundo dos sentimentos, dos significados. Que bom, se falarmos de relações de ajuda da medicina narrativa, de ajudar com a escuta como terapia, a escuta como tratamento, a escuta como resposta que ajude a gerir o próprio sofrimento do doente. Que bom, se aprendermos a responder com a palavra que devolve a compreensão.

Por trás disto, é necessário treinamento. Que bom, se nos treinarmos para personalizar a comunicação. Personalizar! Há autores que o dividem em várias subcompetências: personalizar o significado, personalizar o problema, personalizar o sentimento, personalizar a finalidade. Fá-lo Carkhuff, discípulo de Rogers, no contexto da psicologia humanista.

Que bom, se nos treinamos para aprender a usar a palavra como se fazia na Antiguidade. Na Antiguidade havia toda uma disciplina que tinha a ver com o estudo do uso da palavra na relação clínica. Chamava-se retórica. Era estudada não só para usar em público, para a política, por exemplo, ou para a comunicação, como eu agora, mas também como um bem para a informação, a comunicação, a persuasão, para a relação pessoal – a palavra que persuade. Pedro Lain Entralgo fez um estudo sobre o desenvolvimento do uso da palavra na tradição médica. Deu-nos um grande presente.

Na sexta chave tem-se falado, nos últimos anos, do paradigma do curador ferido, em alguns contextos. Também lhe dediquei um livro inteiro. É um aproveitamento do mito de Quíron, de onde vem a palavra “quirófono”, em espanhol, o que corresponde a bloco cirúrgico. No mundo das lutas entre os deuses, um deus que queria seduzir uma deusa que não o queria, transformou-se em cavalo para o conseguir. Lograram o encontro, nasceu um Quíron, um centauro. Foi ferido numa perna e transformou-se num grande terapeuta dos outros, com muita capacidade e muita delicadeza, mas não podia curar-se a si mesmo. Esta reflexão da mitologia é hoje pensada, por exemplo, por Carl Jung, como metáfora do curador ferido.

Aplicado ao nosso mundo da saúde, isto tem um potencial impressionante, já que consiste em reconhecer que não só somos profissionais da ajuda aos feridos, mas também somos cuidadores feridos. Por exemplo: eu também tenho uma mãe, minha mãe também adoeceu, minha mãe também teve Alzheimer, eu também tenho problemas em casa. Isto pode converter-se na minha vulnerabilidade, no meu sofrimento, nos meus limites, pode converter-se em cátedra, numa cátedra onde posso aprender o melhor da natureza humana. Nada humano me é estranho, disse Terencius – basta que me olhe ao espelho e encontre ali a vulnerabilidade que vejo nos doentes. Assim, como não hei-de compreender a raiva deste doente, se eu também me enraiveço? Como não hei-de compreender a sua tristeza, a

sua ansiedade, se eu tenho ansiedade por motivos menos relevantes que os dos doentes?

Este paradigma é muito potente para olharmos para nós mesmos, como ajudantes dos outros, mas também feridos, para integrar a nossa própria finitude e vulnerabilidade. Pode ser a melhor escola, o melhor caminho, para humanizar, para tratar o outro como sinto que preciso, também eu, de ser olhado.

Termino, dizendo que há algumas referências no mundo que, para mim, merecem ser consideradas:

Albert Schweitzer, que foi médico, filósofo, teólogo e músico franco-alemão, dizia: um bom médico deve escutar como um sacerdote, dos que escutam bem, raciocinar como um cientista, dos que raciocinam bem, atuar como um herói e falar como uma pessoa normal. É uma grande proposta de humanização.

Gregório Marañón dizia: há que nos atrevermos a dizer muito alto que, para o médico, a técnica é secundária – a técnica não é ruim, é secundária em relação ao encontro.

Santiago Ramon y Cajal chamava a atenção sobre o perigo da vaidade dos profissionais, particularmente ele como médico, que nos persegue até morrermos. A vaidade, ou como dirá outro autor, a soberba do saudável.

Pedro Lain Entralgo era médico espanhol. Conheci-o, trabalhamos juntos em vários lugares, era filósofo. Fez um trabalho sobre o uso da palavra ao longo da história da medicina, o modo como a palavra se utilizava também como medicina, não só como instrumento para a comunicação.

Albert Jovell, também o conheci, trabalhei com ele, era oncologista, teve cancro. Agora, há uma fundação que propõe o seu modelo, modelo afetivo-efetivo, e há prémios à humanização com o seu nome. Ele falava do perigo da soberba do são – quando nos vestimos e nos colocamos elementos que dizem a todos que sou médico, sou profissional da saúde, estou no meu terreno.

Hoje em dia, o tema da humanização, para mim, parece um poliedro, em alguns discursos parece um salpicão de iniciativas boazinhas. Não me agrada muito quando se coloca tudo dentro de um capítulo “humanizar”: musicoterapia, pintura e magia no hospital infantil, muitas iniciativas que se podem perder das necessárias transformações radicais do mundo da

saúde. Também há o perigo de que a humanização se torne num verniz superficial, sem orçamento para a realização de iniciativas concretas, sem pessoas que trabalhem para desenvolver programas. Em alguns contextos, parece-me que vendem fumo: antes chamavam-se de gestão da qualidade, agora chamam-se de humanização; antes segurança do doente, agora humanização; antes formação contínua dos trabalhadores, agora desta forma. Pode ser uma moda, esperemos que não seja uma moda, que seja um modo de trabalhar, um modo de olhar.

O nosso Centro tem mais de 40 anos. Algumas das suas iniciativas servem para motivar, como o reconhecimento através de prémios – fomos nós, quem começou em Espanha. Agora já há várias instituições dedicadas à humanização. Acredito que a identificação de boas práticas e a sua divulgação são uma boa abordagem.

Por exemplo, há uma fundação que nasceu para humanizar os cuidados intensivos – Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Que bom! Tornou-se uma fundação, humanizando. Também atribui prémios. Propuseram, no início, algo muito humilde – que as unidades de cuidados intensivos não fossem tão fechadas. Parecia que os doentes eram propriedade privada dos trabalhadores. Justificávamos isto com medo do contágio e separávamos a mãe do seu filho, apesar da gravidade. Há outra fundação – Fundación Humans – que também atribui os seus prémios e faz a sua investigação, menos as suas publicações, o que é mais difícil e que creio que é imprescindível.

Hoje, há teses de doutoramento e investigação sobre estes temas e estão em curso mudanças sérias em torno da humanização, mudanças sérias concretas nos diferentes programas e serviços. Encontramos já diversas publicações.

Em Espanha, onde a saúde é gerida por regiões, agora quase todas têm um plano de humanização da assistência em saúde. A Comunidade de Madrid e a Comunidade de Castilla-Leon já vão no segundo plano. Segundo a minha experiência, alguns erros que se cometeram, resultaram de se ter querido fazer planos de humanização, escutando todos, todos, todos! Todas as especialidades médicas, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, as associações de doentes, os colégios profissionais, os sindicatos. Todos! Querer escutar é imprescindível. Mas, no limite,

querer escutar todos, para fazer um projeto, pode ser a própria armadilha, de onde logo saia tanto que nem se possam levar à prática as propostas de humanização.

Lanço um desafio à Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, que felicito. Para que haja futuro para a humanização, para que haja mudanças reais a partir das propostas da Comissão, parece-me que estas têm de ser fundamentadas antropologicamente, filosoficamente, e juridicamente do ponto de vista dos direitos, para que tenham a solidez suficiente para resistir às críticas ou aos mais resistentes, que podem ser simplesmente os que se acomodem a si mesmos.

Na instituição a que pertença – os Religiosos Camilos –, sintetizamos a humanização numa frase: “*Mais coração nas mãos*”. A sabedoria não está somente na cabeça, mas também na sede onde discernimos e onde habita o melhor de nós mesmos, que são os valores.

PERGUNTAS E RESPOSTAS NO FINAL DA CONFERÊNCIA

JOSÉ CARLOS BERMEJO

P1: Por vezes, praticamos ações com falta de humanismo e invadimos o espaço do outro, sem nos apercebermos de que o estamos a fazer. Fazem algum tipo de formação para profissionais de saúde?

B.: No nosso Centro, temos formações para os profissionais de saúde sobre “counselling” com um mestrado em “counselling”, Psicologia Humanista, ao serviço da vinculação, da aliança terapêutica. Temos também um mestrado de intervenção no luto. Tornámo-nos especialistas no acompanhamento do luto complicado, no sofrimento que geram as perdas. A doença é uma experiência de luto antes da morte, um luto antecipado. O luto pós-morte, quando se complica, pode tornar-se grave ou ser letal.

Temos outras pós-graduações com a Universidade de Barcelona sobre cuidados paliativos, sobre gestão hospitalar, e sobre o acompanhamento espiritual, além dos dois mestrados.

As nossas publicações avaliam os conteúdos. Publiquei 60 livros. No nosso Centro, ontem foi publicado o último sobre a ternura nas profissões

de saúde. Sobre humanização, publicámos 200 livros. Estes são nossos materiais.

Mas temos, sobretudo, algumas metodologias específicas.

A metodologia tem muito a ver com o aprender com a experiência e com jogos de “roleplay”. Na câmara de Gesell, pomos atores que fazem de doente ou familiar, e os alunos têm que treinar o uso de competências relacionais e de gestão de sentimentos, para uma boa comunicação em situações difíceis.

Falar muito de empatia, sem treinar a dimensão comportamental da empatia, torna-se em algo genérico e também polissémico, um bosque conceptual em torno de algumas palavras como esta.

Temos esta metodologia, mas também outra muito potente – os alunos profissionais de saúde têm que escrever diálogos com os doentes e as famílias e apresentá-los para serem supervisionados. A supervisão da comunicação é uma chave imprescindível para a formação neste campo.

Investigação, publicações, ações formativas, metodologias concretas: nos melhores momentos, estes temas tornaram-se uma disciplina obrigatória, em algumas faculdades de medicina e de enfermagem, como seja na Faculdade de Medicina de Santiago de Chile.

P2: Professor, em primeiro lugar, quero agradecer a sua conferência e a facilidade com que torna coisas complexas em coisas simples. Ficámos com a ideia de que podemos entender e fazer tudo o que nos disse. Por isso lhe agradecemos. De facto, colocou-nos num patamar de compreensão muito interessante. No final da sua intervenção, disse que há várias Comunidades que têm planos, que têm projetos, que têm vários instrumentos sobre as questões da humanização. Há referenciais de base que permitem a construção dessa diversidade pelas Autonomias? Ou cada Autonomia constrói o seu plano, a partir da sua própria conceção?

B.: A palavra Autonomia em Espanha significa Região que gere os serviços de saúde. Quase todas as Regiões fizeram o seu plano de humanização. Algumas, já fizeram dois: um plano para dois anos, e voltaram a fazer outro, com muitas consultas.

Conheço um estudo comparativo de todos os planos de humanização, feito pela Fundação Humans. O presidente, o criador, trabalhou como

vice-conselheiro de saúde, na Autonomia de Madrid, e depois conseguiu também liderar muitas iniciativas, muito participadas. Tem muitas possibilidades, com algumas a incidir, por exemplo, sobre a arquitetura. Outras pressionam a universidade para incluir a formação específica sobre questões de humanização. Outras incidem sobre a capacitação dos profissionais, as competências transversais, a perceção da qualidade, a participação dos doentes nos processos, o reconhecimento da autonomia. Há diferentes modelos.

É bom que haja planos, mas vós tendes melhor, que é terem conseguido comissões de humanização em todos os hospitais. Esse é um sucesso – o compromisso de cada instituição hospitalar. Nos cuidados de saúde primários não sei se se verifica esta realidade. Ou se haverá diálogo suficiente com as comissões de ética, ou se as comissões de ética se tornaram apenas em instâncias de acreditação dos trabalhos de investigação.

Parece-me um lugar em que se tem que estar em relação, porque humanizar é uma questão ética e também em relação com as comissões de qualidade, para que a qualidade não seja uma mera acreditação burocrática, a verificação de que os “papéis” estão em ordem.

Há muito caminho, em parte percorrido e muito por percorrer.

Outros países também estão a procurar a acreditação em humanização, a acreditar instituições, programas ou serviços em humanização. Por exemplo, a Colômbia concedeu a uma empresa a acreditação da qualidade com ênfase na humanização. Quer dizer, a humanização tornou-se num dos elementos da acreditação da qualidade. Seguem o modelo da Joint Commission, mais americano do que os nossos, que seguimos modelos europeus.

Bom, há muitas experiências para aprender.

P3: Tratar o outro como eu gostaria que me tratassem a mim, penso que é uma regra importantíssima. O problema, pode-se pôr, se eu tiver uma personalidade masoquista. Qual a importância, a necessidade de haver acompanhamento psicológico dos profissionais, um acompanhamento regular, qualquer coisa como grupos equivalentes, onde cada um de nós possa refletir sobre a sua personalidade, a sua maneira de se relacionar com os outros.

B.: Tratar os demais como gostarias que te tratassem a ti é a regra de ouro da ética. Eu propus a regra de Platina, que é a segunda formulação do princípio categórico de Kant: tratar os demais de tal maneira que o possas propor como lei universal. Quer dizer, que não tenha discussão. Penso que, historicamente, temos valorizado de forma excessiva a autonomia.

Alguém pode querer também ser maltratado, porque está mal de cabeça, de saúde mental. Alguém pode querer praticar a eutanásia, e não ser um valor que tenha integrado o profissional. Portanto, as expectativas do outro, por razões de autonomia, ou de saúde mental, ou de diferença de personalidade, não justificam a resposta.

Teríamos uma medicina “à la carte”, em função de desejos e expectativas. A chave de referência, para mim, é o conceito da aliança terapêutica que se está resgatando hoje.

Tínhamos sido muito paternalistas, convertemo-nos todos em autonomistas, podemos recuperar a chave da aliança. Na aliança, somos todos vulneráveis, com personalidades diferentes. Também os profissionais têm personalidades diferentes.

Às vezes, temos mais necessidade de ajuda de algum especialista em saúde mental do que alguns doentes, porque, sendo tão variado o nosso mundo, há de tudo, e não há tantos critérios definidos de exclusão em saúde mental, em particular. A saúde dos médicos, a saúde mental dos enfermeiros, a saúde mental dos psiquiatras é um tema que daria para falar. Está claro que, quando um piloto de aviação tem dificuldades, transtornos emocionais, relacionais, e não está no suficiente domínio da sua responsabilidade, o retiramos. No mundo da psicologia e da saúde, não temos estabelecidos critérios de exclusão, ou seja, as dificuldades da maturidade e da diferença profissional temo-las entre todos, entre utentes, familiares e também entre os próprios profissionais.

Obrigado.

ENCERRAMENTO

FILIPPE ALMEIDA

Muito obrigado.

Estamos com o tempo a avançar. Agradeço ao professor Bermejo o tanto e tão bom que nos disse e retinha aqui algo do que nos disse: a desumanização é um problema, a humanização é um desafio. É necessário responder a este desafio. Responder a este desafio, diz-nos Gadamer, é ser capaz de fazer a integração de todas as dimensões que aqui nos trouxe.

De entre elas, relevaria uma, muito importante, que estava numa das referências e que é a música, para além da filosofia, da ética, da sociologia, da ciência. Vamos pensar certamente também na dimensão musical, para sermos capazes de entender, sermos capazes de entrar na empatia com os nossos doentes.

Formação, formação, formação, tem que se fazer e tem que se dar prova da formação e dos *refreshments* que têm de se fazer. Não é só aprender a fisiopatologia e a terapêutica, mas é também refrescar estas noções básicas para fortalecer a nossa humanização.

Muito obrigado a todos.

PAINEL I

A HUMANIZAÇÃO COMO VALOR

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR TERAPÊUTICO



MIGUEL CASTELO-BRANCO SOUSA

Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã

INTRODUÇÃO

A evolução da medicina nas últimas décadas, com o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico, tratamentos e tecnologias de reabilitação, trouxe inegáveis melhorias nos resultados clínicos. No entanto, esta evolução também levou a uma automatização, padronização e tecnificação dos cuidados, resultando desumanização e despersonalização da assistência médica, o que afeta negativamente a relação médico-paciente e gera desconfiança nos pacientes e cuidadores.

A humanização nos cuidados de saúde deve ser vista como um valor terapêutico essencial, e não apenas como um complemento. A humanização é muito mais do que “tornar-se humano” ou “ganhar atributos humanos”¹ é a incorporação da personalização da comunicação, da empatia e da compaixão perante a fragilidade e a condição emocional e psicossocial do paciente, desde o nascimento até à morte. Implica o respeito pela autonomia do paciente,

¹ Dicionário Priberan (online)

através da sua participação esclarecida nas decisões de acompanhamento, com base em informação clara, dada no momento certo e na quantidade certa.

A medicina humanizada requer uma abordagem holística, que considere as dimensões biopsicossociais do paciente, e não apenas os aspetos biológicos. Inclui ainda o suporte personalizado, o conforto geral, criando espaços e momentos que vão ao encontro das necessidades particulares dos doentes e uma estreita relação com a família². A medicina personalizada, que adapta o tratamento às características individuais de cada paciente, é uma dimensão importante da humanização, mas a abordagem holística do paciente é tão importante quanto os alvos moleculares.

O EQUILÍBRIO ENTRE EFICIÊNCIA E HUMANIZAÇÃO

Os sistemas de saúde, muitas vezes, priorizam a eficiência e o desempenho, o que pode levar a uma desumanização dos cuidados. Contudo, é fundamental entender que eficiência e humanização não são mutuamente exclusivas, mas sim complementares. A humanização não deve ser vista como um obstáculo à eficiência, mas como um componente essencial que, em última análise, pode melhorar a eficácia dos cuidados. Cuidados mais humanos são cuidados mais eficazes.

É preciso encontrar um equilíbrio que permita alcançar ambos os objetivos simultaneamente, sem comprometer a qualidade do atendimento. Isso implica a criação de sistemas que permitam aos profissionais dedicar tempo suficiente aos pacientes, sem negligenciar a sua própria saúde e bem-estar. A eficiência não deve ser medida apenas em termos de métricas objetivas, mas também pela forma como os pacientes se sentem no processo.

DESAFIOS E BARREIRAS À HUMANIZAÇÃO

Existem muitas barreiras que dificultam a implementação de cuidados humanizados, incluindo a perceção de tempo insuficiente, a fragmentação

² Plano de Acção – Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, 2024

do trabalho, rotinas intensas, carga de trabalho excessiva, burocracia e pressões financeiras e institucionais. Além disso, a falta de comunicação entre os membros da equipa e a complexidade da organização dos cuidados de saúde também dificultam a humanização³.

A tecnologia, embora traga benefícios, também pode contribuir para a desumanização se não for utilizada de forma adequada. A automatização, padronização e tecnificação, se não forem cuidadosamente geridas, podem levar à despersonalização dos cuidados². É fundamental que os sistemas de saúde invistam em soluções que permitam aos profissionais de saúde concentrar-se no cuidado do paciente, minimizando as tarefas administrativas e burocráticas.

MEDIDAS DE REFORÇO DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Para promover a humanização dos cuidados de saúde, é preciso implementar medidas a vários níveis:

Nível estrutural e organizacional:

- É fundamental criar ambientes de trabalho que promovam a humanização, com espaços adequados e processos bem definidos;
- As instituições devem investir em sistemas que valorizem a relação médico-paciente e que permitam aos profissionais dedicar tempo suficiente a cada paciente;
- É importante repensar os processos de trabalho, simplificando a burocracia e promovendo a comunicação entre as equipas;

Nível individual:

- É necessário investir na formação dos profissionais de saúde, para que estes desenvolvam as competências necessárias para uma comunicação eficaz, com empatia e compaixão;

³ Díaz KA, Spiess PE, García-Perdomo HA. Humanization in oncology care: A necessary change. *Urol Oncol*. 2023 Feb;41(2):58-61. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.11.012. Epub 2022 Dec 9. PMID: 36509668.

- Os profissionais de saúde são os principais agentes de mudança, e por isso devem ser capacitados para promover a humanização no seu dia-a-dia;

Nível do paciente:

- É fundamental envolver os pacientes no processo de tomada de decisão, respeitando a sua autonomia e preferências;

- É preciso criar espaços e momentos que vão ao encontro das necessidades particulares dos pacientes, promovendo o conforto e o bem-estar.

A implementação de medidas de humanização deve ser acompanhada de uma avaliação contínua, para verificar a sua eficácia e promover melhorias. É crucial envolver todos os atores do sistema de saúde, desde os profissionais aos pacientes, passando pelas instituições e entidades reguladoras, num esforço conjunto para garantir que a saúde seja sinónimo de cuidado, compaixão e humanidade.

A humanização na saúde é uma das pedras fundamentais do exercício da medicina e deve ser uma prioridade para todos⁴.

⁴ Carlos Cortes – Bastonário da Ordem dos Médicos

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NO CUIDAR



ANGELINA FRANCISCO

Vogal do Conselho Diretivo Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

Ao falar do valor do cuidar, há questões que são distintivas no âmbito da enfermagem. Tal como refere Medina (1999), “do ponto de vista disciplinar, o cuidado é o objeto de conhecimento da enfermagem e critério fundamental para distingui-la de outras disciplinas do campo da saúde”. Citando Leininger (1988), “Cuidar é descrito como a “essência da enfermagem e característica central, dominante e unificadora”.

De uma forma genérica, entende-se que a humanização dos cuidados de saúde é, sobretudo, a valorização das pessoas, é ter as pessoas no centro da nossa atenção, sendo elas o primado da nossa intervenção.

Do ponto de vista da disciplina da enfermagem, a humanização é intrínseca à prática da enfermagem e o cuidado é objeto de um conhecimento da enfermagem e um critério fundamental para a distinguir de outras disciplinas no campo da saúde. Compreender o valor do cuidado da enfermagem implica ter uma conceção ética sobre o valor da vida em si e a dignidade humana, o respeito pelo outro, independentemente da sua complexidade e escolhas. Esta é uma questão, de facto, muito importante e que vem, de certa maneira, reforçar tudo aquilo que já foi dito aqui pelos intervenientes anteriores.

Realço algumas ideias chaves, que a Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade reguladora da profissão prioriza para o exercício profissional, que poderão ser aprofundadas na discussão:

- Conceção e abordagem holística;
- Escuta ativa – colocar-se no lugar do outro, quer na dimensão pessoal, quer na social;
- Saber confrontar-se com a fragilidade e a vulnerabilidade do ser humano, que necessita de acompanhamento e apoio ao longo do seu percurso como utilizador dos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de uma crescente relação de reciprocidade e aprendizagem no sentido do seu crescimento, autoconhecimento e autonomia;
- A integração dos valores que definem a profissão de enfermagem;
- A demonstração de conhecimento, autonomia e eficiência na coordenação dos cuidados e na obtenção de resultados/ganhos em saúde para os utentes;
- O envolvimento do utente no seu processo assistencial, tornando-o ativo e responsável no mesmo;
- O estabelecimento de uma relação de confiança que torne a experiência do utente humanizada, centrada nas suas necessidades e expectativas;
- Uma abordagem da gestão da qualidade orientada para os resultados, para aquilo que os “clientes ganham com o que os enfermeiros decidem e fazem”;
- Lideranças eficazes;
- Comprometimento e participação ampla de todos os grupos profissionais;
- Prática colaborativa e em complementaridade (conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios) – equipa multidisciplinar;
- O foco no trabalho cooperativo, pressupõe solidariedade e confiança - a partir dessa perspetiva, cabe a cada profissional reavaliar a sua visão do processo em trabalho, para pensar no trabalho em equipa, de modo integrado, buscando possibilidades de desenvolver a sua prática de modo mais completo;
- A comunicação é uma necessidade vital, pelo que é imperativo comunicar com eficácia;

- A comunicação tem um carácter transversal em todas as dimensões do cuidar - técnica, funcional e relacional, com predominância desta;
- Evoluir para a visão e prática interdisciplinar, contrariando a visão de saúde fragmentada, reducionista e especialista do antigo modelo biológico de saúde para uma abordagem integrada biopsicossocial.

Os contextos de valor dos enfermeiros, ao nível social, decorrem do modo como nos veem, nos domínios:

- Afetivo - que nível de confiança geramos nos nossos utentes;
- Da referência, em termos técnico ou científico, suportada na evidência científica e nos ganhos identificados;
- Da gestão traduzida na melhoria do acesso, eficiência, qualidade e segurança;
- Económico, em termos de custos que representam os cuidados de enfermagem, no total dos custos de cuidados e saúde.

É necessário afirmar todos estes domínios dos contextos de valor que os enfermeiros representam, com clareza e efetividade, porque definem a nossa oferta de valor aos utentes.

Estando aqui em representação da Ordem, devo lembrar que todos os enfermeiros membros da Ordem têm os direitos e deveres decorrentes do seu Estatuto. O enfermeiro tem que assumir princípios gerais que lhe dizem que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

São valores universais a observar na relação profissional: a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício da profissão em geral e da relação também com os outros profissionais.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, relevam os princípios humanistas, como conclusão que se pode retirar da nossa deontologia, do respeito pela liberdade e pela dignidade humana e pelos valores das pessoas e dos grupos.

No seu desempenho, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão com vista a uma boa prática de enfermagem. No âmbito das intervenções de enfermagem, não se pretende definir, detalhadamente, o que fazer e o que não fazer, porque também não queremos, no fundo, normas reducionistas, sendo que a nossa prática assenta em princípios científicos e conhecimento, indispensáveis no processo de tomada de decisão em enfermagem, de forma humanizada e segura.

Compete à Ordem dos Enfermeiros contribuir para um modelo de prestação de cuidados que reflita, entre outros, a capacidade e a adequação dos recursos face às características demográficas da população e os seus perfis de saúde e doença, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais da população.

Não posso deixar de falar aqui da dotação adequada de enfermeiros, o seu nível e qualificação e o perfil das suas competências, porque são importantes para atingir índices de segurança e uma prática humanizada.

Há aspetos que consideramos terem tido impacto negativo na humanização da nossa prática de enfermagem – alguns, dizem respeito às políticas de saúde das últimas décadas. Estas têm preferido praticar uma deficiente política de financiamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), um certo desinvestimento que tem tido efeitos negativos e que permanecem, colocando em causa os valores do próprio SNS e a sua missão e, sobretudo, o capital humano que o constitui e do qual os enfermeiros são parte integrante e distintiva. Com realce para o SNS, confrontamo-nos com o incumprimento das dotações seguras (são de facto um dos maiores problemas com que se debate a profissão da enfermagem), deficientes condições laborais, o subaproveitamento das competências dos enfermeiros, o seu desgaste e desmotivação. Falo nisto, porque tem a ver com a componente da humanização dos profissionais, com o seu nível de satisfação e de motivação.

Outras questões que aqui apresento também têm impacto negativo para a humanização: alguns processos de mudança que alteraram conceitos,

condutas e ideologias, que interferiram na cultura organizacional. Neste momento, há carência de uma estratégia que confira uma identidade, uma imagem de marca, que favoreça uma prática colaborativa, que estimule a integração e a cooperação entre as pessoas e o seu espírito de corpo. Consideramos que isto favorece a autonomia dos profissionais, a sua capacidade de iniciativa, os fluxos e processos de trabalho e, portanto, ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros e uma satisfação dos profissionais e dos seus clientes.

Acabo com uma mensagem centrada na atenção a conceder à humanização dos próprios profissionais, para a qual tem de haver uma estratégia. Se não cuidamos do nosso capital humano que, no fundo, é o que sustenta o SNS, obviamente não vamos conseguir captar e muito menos reter os profissionais que temos. Ter presente que a humanização dos cuidados de saúde é, sobretudo, a valorização das pessoas, é ter as pessoas no centro da nossa atenção.

É fundamental que a equipa multiprofissional aprenda a se cuidar, a comunicar, a criar vínculos e compromissos para, de forma humanizada, cuidar dos nossos utentes.

Cuidar é a essência da enfermagem, a sua característica central, dominante, unificadora.

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NA GESTÃO



TÂNIA GONÇALVES PEDRO
Administradora Hospitalar

Numa altura em que o SNS atravessa um conjunto de reformas fundamentais para melhorar a resposta dos cuidados de saúde à população, urge que quem gere instituições ou empresas na área da Saúde entenda a humanização como um valor integral e impactante, que torna as rotinas e ambientes mais benevolente para todos.

A implementação eficiente de cada reforma implica uma constante adaptação às exigências e especificidades de cada contexto, ou seja, de lideranças que fomentem a humanização na gestão dos cuidados. Delas, não só o esperado contributo ao nível da qualidade e eficiência dos serviços prestados, mas também no resgate do respeito pela vida humana, abrangendo aspetos sociais, éticos, educacionais e psíquicos.

Compreender o seu significado e importância, que benefícios e valores geram para a gestão, como se pode aplicar e, se realmente se consegue avaliar, são algumas das reflexões presentes neste artigo, centrado no conceito vasto e polissémico da humanização, o que obriga a uma abordagem a partir de várias vertentes (interna e externa) e dimensões presentes desde o nascimento até à morte.

A humanização estende-se à qualidade dos espaços e ao seu conforto, está na base de atitudes e comportamentos, atravessa todos os níveis e processos de prestação de cuidados. Contempla simultaneamente, o vínculo entre profissionais e utentes e também a estreita relação com a própria família do utente. Humanizar é, como refere a Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (2024), um envolvimento de muitos, “*não deixando ninguém para trás*”, ou seja, necessitando de todos.

Uma sociedade participativa incrementa e permite este desiderato da universalização. A humanização na gestão dos cuidados de saúde deve assim, implicar três dimensões centrais: os pacientes e as suas famílias, os profissionais da organização e a comunidade (Figura 1).



Figura 1: Dimensões centrais da humanização

Não havendo uma definição única nem simples para um conceito complexo, a preocupação com o reforço da humanização dos cuidados de saúde é também o resultado de uma exigência cada vez maior por parte dos cidadãos em geral e dos profissionais de saúde em particular, os quais valorizam a dimensão humana, tornando óbvia a necessidade de estabelecer um paradigma organizacional mais humano.

Diversos autores mais antigos, proporcionam uma ampla base de referência para compreender os benefícios da humanização na saúde, tanto do ponto de vista filosófico e ético, como nos casos de Hipócrates e Freud, quanto das abordagens contemporâneas que incluem dimensões culturais, sociais e emocionais no cuidado, como Arthur Kleinman, Paulo Freire e Renato Meirelles entre outros. A continuidade da publicação de inúmeros livros e estudos neste âmbito (Almeida e Borges, 2021, Costa, et al., 2021, Meirelles, 2014) ajudam a compreender e a fortalecer o entendimento de que um doente tratado e cuidado num ambiente em que pontifica a humanização apresenta melhorias e benefícios, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Alguns dos principais benefícios incluem: 1) melhoria do vínculo entre paciente e profissional: a humanização fortalece a confiança, melhorando a comunicação e adesão ao tratamento; 2) redução do sofrimento psicológico: o respeito pelas necessidades emocionais e sociais dos pacientes pode reduzir o estresse e a ansiedade durante o tratamento; 3) atendimento integral: envolve o cuidado não apenas das doenças, mas também do contexto social, psicológico e emocional do paciente; 4) impacta com os resultados de saúde: estudos indicam que uma abordagem humanizada pode levar a melhores resultados, já que o paciente se sente mais acolhido e motivado a seguir as orientações médicas; 5) aumenta a satisfação do paciente: pacientes que se sentem bem tratados e ouvidos tendem a se sentir mais satisfeitos com os cuidados recebidos, o que pode impactar positivamente na sua recuperação. Em resumo, a humanização em saúde contribui para um cuidado mais completo, com benefícios para o paciente, para os profissionais de saúde e para o sistema de saúde como um todo.

A humanização é, então, um instrumento estratégico que influencia a qualidade e a eficiência das organizações, que gera valor em saúde, sendo esta uma questão primária na prestação dos cuidados. Assim, construir uma cultura de humanização é um caminho fundamental a ser trilhado, um processo de mudança que ultrapassa a mera tendência, por se tratar de uma necessidade imperiosa que deve redefinir o propósito e a essência da gestão moderna.

Lideranças humanizadas são um dos grandes desafios para os gestores porque, efetivamente, são o romper com o paradigma tradicional,

apresentando um olhar que tem o capital humano como protagonista (Pereira, 2015). É impossível humanizar-se a saúde, se a gestão não seguir o mesmo caminho.

Gerir de forma humanizada não se resume a gestos simples, como o de oferecer uma bebida ao almoço ou organizar a melhor festa de fim de ano para os colaboradores. Políticas e benefícios isolados não constituem uma gestão humanizada e podem, inclusivamente, mascarar decisões de gestão menos adequadas. A gestão humanizada implica definir eixos norteadores para uma liderança assente numa dupla visão: interna e externa.

Na visão interna, a humanização é um processo de construção contínuo, sistematizado e concretizado no planeamento estratégico da instituição, em constante compromisso e articulação com o capital humano. O alinhamento da missão, visão e políticas com a estratégia é claro, sendo o capital humano o principal veículo e gerador desse valor em saúde.

Envolver os recursos humanos tem como consequência um maior envolvimento em projetos que humanizam e maior participação nos novos modelos de gestão e na organização de cuidados com projetos que reflitam mais eficiência e sustentabilidade. Tais projetos permitem elaborar programas humanizados, com percursos assistenciais integrados para os diferentes grupos de doentes: crónicos, complexos ou agudos. Permitem ainda consolidar projetos de proximidade e de acompanhamento à distância, através de equipamentos para a telessaúde, teleconsultas, telemonitorização. Permitem, finalmente, garantir um *continuum* na promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de doença e reabilitação coordenados de forma integrada, através dos diferentes níveis de cuidados. Em suma, não é possível humanizar no âmbito do utente e dos seus familiares, se não houver, primeiramente, humanização dedicada ao colaborador, ao capital humano.

O estímulo à produção de novos modos de cuidar e de novas formas de organizar o trabalho, de obter mais autonomia, bem como de promover a interação entre profissionais trabalhando em equipa e de investir na ambiência das instalações, faz parte do processo de humanização. Têm, assim, de integrar a equação inicial e o espírito de missão da instituição.

Na visão externa, são cruciais as parcerias estratégicas com os diversos parceiros sociais, pois assumem hoje um papel cada vez mais relevante,

ênfatisado pelo processo de descentralização de competências na área da saúde e da sua promoção, com impactos claros na população. O conceito multidimensional das estratégias locais em saúde deve ser muito mais valorizado, pois permite criar sinergias para avançar no caminho da humanização: todos juntos, *não deixando ninguém para trás*.

O exposto acima e a constatação de que não há uma fórmula única que permita assegurar exatamente como deve agir um “gestor humanizador”, pressupõe pensar-se em qualidade e ter presente a estrutura concetual da prestação dos cuidados de saúde apresentada por Donabidien (1988) e Woodward (2000a), referida na Figura 2.

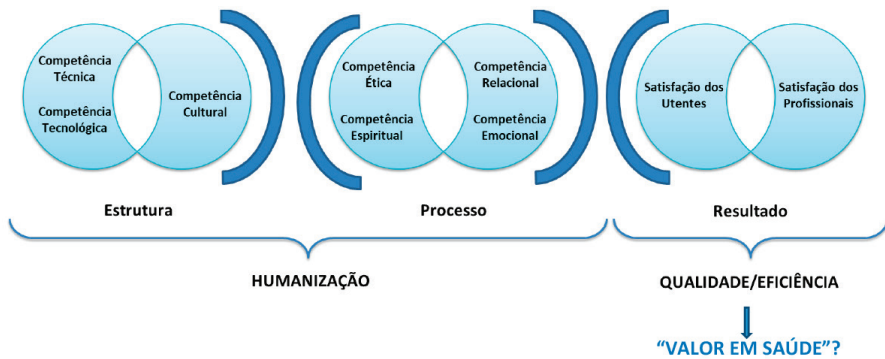


Figura 2: Estrutura concetual da prestação de cuidados de saúde

A qualidade e a eficiência, ou seja, o valor em saúde que se pode gerar enquanto resultado (refletida e passível de avaliar e medir em dimensões de satisfação dos utentes e dos profissionais) deve ter, como base, uma estrutura concetual dividida em três pilares principais: estrutura, processos e resultados (Figura 2), que acompanha a prestação dos cuidados de saúde e na qual impacta a maior ou menor integração de uma verdadeira política de humanização. Consideramos, concretamente, que os resultados estão diretamente relacionados com o desenvolvimento das diversas competências nas equipas, quer ao nível da própria estrutura quer ao nível dos processos, nas quais o gestor deve ter um papel atento e preponderante.

A humanização deve ainda estar presente nas diferentes competências técnicas e tecnológicas, muitas vezes bem desenvolvidas, ao contrário do que sucede frequentemente com as competências processuais e relacionais.

Ouvimos frequentemente: “...fui muito bem tratado, mas o profissional ou a pessoa nem olhou para mim...”.

Quem está no terreno e tem como missão analisar, por exemplo, as reclamações, percebe facilmente que há muito caminho a fazer. Percebe que, apesar de parecer tão fácil, na prática e no terreno é pertinente refletir sobre como se efetiva a humanização.

Analisando o atual cenário do SNS, está em curso uma mudança de paradigma alinhada com as soluções adotadas nos sistemas de saúde de vários países, que propõe uma abordagem baseada nas necessidades da população, assente na integração entre os vários níveis de cuidados, com vista à intervenção centrada no cidadão. Propõe ainda a mitigação dos contactos agudos evitáveis, numa lógica que valoriza a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento atempado e reabilitação adequada.

A efetiva implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) requer um modelo de financiamento e contratualização robusto, que sinalize claramente essa intenção aos prestadores, influenciando a construção dos percursos dos utentes e estimulando a promoção da saúde, através de uma aposta clara nos cuidados de saúde primários e de proximidade.

O financiamento das ULS, por capitação, pretende ser indutor da criação de valor, na medida em que incentiva os prestadores a gerir as disponibilidades financeiras em função das necessidades em saúde da população que servem, estimulando a prestação de cuidados com a melhor relação custo-benefício, garantindo o acesso e a qualidade. Este financiamento avalia indicadores de produção, mas também indicadores de qualidade e eficiência, incentivando o acesso, a proximidade e a integração.

No atual cenário, é importante salientar que a política nacional de humanização (PNH) parece coincidir com os próprios princípios do SNS, enfatizando a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, com estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania.

Existem ainda bastantes desafios para que uma verdadeira humanização se torne efetiva, desde logo o desafio posto pela definição e integração de novos indicadores que reflitam uma política de humanização, propondo a sua inclusão no processo de contratualização, alinhado

com o financiamento. Na construção das matrizes dos indicadores da humanização estão a ser consideradas situações que podem ser incluídas como parâmetros para planear e monitorizar a implementação de ações. No processo de contratualização dos hospitais, tem sido este o modelo sugerido para orientar a inclusão daqueles indicadores.

A certificação de uma cultura de humanização deve também constituir-se como aposta, com a instituição de um “Selo de Humanização”. A atribuição do “Selo” será o reconhecimento público do esforço e envolvimento da instituição nesta matéria, com a obtenção do “Selo” a assentar em evidências que demonstrem o compromisso, para além de impressões, e em evidências mensuráveis que comprovem objetivamente a prática de humanização.

Conclui-se que, embora a gestão humanizada tenha gerado avanços importantes, é necessário um compromisso contínuo das instituições para lidar com a transversalidade das diversas questões, garantindo um ambiente de trabalho mais equilibrado e sustentável para os profissionais de saúde. Fica evidente que a humanização não advém de protocolos e normas, mas sim de uma transformação pessoal, de uma política institucional centrada na qualidade de vida desses profissionais e dos seus pacientes e familiares.

Qualquer gestor e, em especial, a gestão de topo, deve ter presente que a melhor maneira de prever o futuro é criá-lo de forma humanizada. Com as pessoas e para as pessoas, para “*não deixar ninguém para trás*”. Porque a humanização é efetivamente uma tarefa de todos.

Bibliografia consultada

- Almeida, R., & Borges, M. (2021). *A humanização na saúde: Uma análise multidisciplinar*. Editora Atlas.
- Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (2024). *Plano de Ação* disponível em <https://www.sns.min-saude.pt>
- Costa, V. G., et al. (2021). *Humanização e ética no cuidado à saúde: Desafios e perspetivas*. Editora Vozes.
- Donabedian, A. (1988). *The Quality of Care: How Can It Be Assessed?* JAMA, 260(12), 1743-1748.

- Meirelles, R. (2014). *Gestão e humanização nos serviços de saúde*. Editora Hucitec.
- Pereira, M. C. (2015). *Liderança no Contexto da Saúde: Práticas e Desafios*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Woodward, C. A. (2000a). *Improving provider skills - Strategies for assisting health workers to modify and improve skills : developing quality health care - a process of change*. Genebra: WHO disponível em <https://iris.who.int/handle/10665/66285>

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE COMO UM VALOR NA DOENÇA



CATARINA ALVAREZ

Associação Alzheimer Portugal

De acordo com o Plano de Ação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS¹, a humanização efetiva inclui a valorização do ser humano e o respeito pela dignidade intrínseca da pessoa humana, a personalização da comunicação, a empatia e a compaixão face à fragilidade e à condição emocional e psicossocial de uma pessoa com doença.

Contempla também o respeito pela sua autonomia através da sua participação esclarecida nas decisões que lhe digam respeito, assim como uma estreita relação com a família. Abrange as dimensões do suporte personalizado e do conforto geral, criando espaços e momentos que as pessoas doentes sintam que vão ao encontro das suas necessidades particulares.

Acresce que a humanização tem de permear todos os processos de prestação de cuidados e expressa-se como atitude que valoriza a individualidade e a personalidade do utente que está doente. Importa ainda referir que o tratar e o cuidar humanizados “*contrapõem-se ao reducionismo que*

¹ https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

pode exorbitar no cuidado com a doença e passar ao lado da pessoa doente”. A centralidade da pessoa é considerada, assim, uma vertente determinante na definição da organização e funcionamento do SNS.

Como é que estes princípios que dão corpo ao valor da humanização em saúde podem concretizar-se na prática, no contexto de doença e, especificamente, no âmbito do percurso de cuidados ou jornada das pessoas que vivem com demência e das suas famílias?

Quando se faz referência à demência em Portugal, pode-se mencionar o número estimado de pessoas com esta condição que ascende a cerca de 200.000 pessoas, sendo que as projeções para 2050 perspetivam um aumento deste número para perto de 350.000².

Contudo, com vista a um apoio e a uma prestação de cuidados humanizados, o que mais importa não é a abstração dos números, mas conhecer a pessoa que vive com demência, isto é, a sua personalidade, história de vida, condição de saúde e situação social. Saber que tipo de demência tem, que sintomas vivencia, como é que a doença está a progredir, assim como o apoio emocional e social e os cuidados formais de que dispõe ou não. Importa ainda ter em conta onde a pessoa reside, já que apesar de Portugal ser um país pequeno, viver com demência em Mirandela, Lisboa, Portalegre ou Vila Real de Santo António pode consistir numa experiência muito diferente, tendo em conta as assimetrias geográficas existentes em termos do acesso a cuidados de saúde e sociais específicos.

É também fundamental considerar se a pessoa tem uma família presente, se vive apenas com o seu cônjuge, eventualmente também doente e dependente, ou se não tem qualquer retaguarda. Finalmente, é ainda muito importante distinguir se o início da demência ocorre numa fase mais tardia da vida, depois dos 85, aos 70 anos ou antes dos 65, em que a pessoa ainda se encontra em idade ativa e, possivelmente, com filhos menores a cargo.

Se compreendermos a demência, de acordo com a abordagem centrada na pessoa, como uma interação entre um compromisso neurológico e fatores psicossociais e considerarmos que o contexto social/ambiente tem um efeito tão importante no cérebro como o cérebro tem nas capacidades

² Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe*. ISBN 978-99959-995-9-9.

das pessoas³, percebemos a responsabilidade que temos enquanto cidadãos, profissionais de saúde, gestores de respostas, serviços e equipamentos e responsáveis pela implementação de políticas públicas, dado que a nossa atuação é determinante para a melhoria da vida das pessoas com demência e de quem as acompanha.

Por outro lado, não podemos esquecer os cuidadores informais já que também vivem com a demência da pessoa de quem cuidam. De facto, o desempenho deste papel corresponde a uma grande mudança de vida, provocando alterações de prioridades, o surgimento de necessidades várias e o ajustamento às mudanças que a demência provoca na pessoa de quem cuidam. Acresce que as motivações para cuidar não são sempre positivas, podendo consistir num sentido de obrigação, culpa, ou reação à pressão social e normas culturais, sendo que estes aspetos também contribuem para aumentar a sobrecarga, isto é, os efeitos negativos da tarefa de cuidar no cuidador. Em contraponto, entre os fatores que contribuem para uma avaliação positiva do ato de cuidar, inclui-se um bom aconselhamento médico, bons cuidados formais e o apoio da família e dos amigos,⁴ os quais pressupõem, naturalmente, uma postura humanizada.

Para fazer uma efetiva diferença na vida das pessoas, a humanização em saúde precisa de ser implementada em termos concretos e não ser apenas referida nas leis e regulamentos.

Para o efeito, podemos identificar três pontos críticos no percurso de cuidados que consta da Estratégia da Saúde na Área da Demência⁵, ainda

³ Kitwood, T. M. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first* (Vol. 20, pp. 7-8). Buckingham: Open university press.

Brooker, D. (2004). *What is person-centred care in dementia?* Reviews in Clinical Gerontology, 13; 215-222.

⁴ Lindeza P, Rodrigues M, Costa J, et al. BMJ Supportive & Palliative Care 2020;0:1-12. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002242.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. 20 Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26 (1), 15-24.

Dupuis, S. L., Epp, T. & Smale, B. (2004). Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports, and coping. Ontario: University of Waterloo.

Brodsky, H. & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 11(2), 217-228.

⁵ Despacho nº 5988/2018.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5988-2018-115533450>

que toda a jornada deva ser experienciada através de relações efetivamente humanas e em contextos humanizados. O primeiro ponto consiste no diagnóstico, o segundo refere-se ao planeamento dos cuidados e o terceiro à intervenção.

1. DIAGNÓSTICO

Receber um diagnóstico de demência tem habitualmente um grande impacto emocional: a pessoa sente medo do futuro; receio de vivenciar momentos de confusão e esquecimento; descontentamento com o impacto que a demência tem sobre as pessoas ao seu redor; sintomas depressivos e ansiosos. Ao mesmo tempo, pode experimentar alívio ao saber o que está errado consigo e satisfação por ter a oportunidade de planejar o futuro com antecedência. A experiência pode ainda ser aproveitada para reavaliar a situação em que se encontra e concentrar-se em atividades e relacionamentos promotores de felicidade⁶.

Assim sendo, nesta primeira fase do percurso, é fundamental que o profissional de saúde consiga comunicar este diagnóstico de um modo compassivo, dado que o diagnóstico deve ser encarado como *“um ato moral de respeito pelos pacientes, uma oportunidade para a resiliência e um passo necessário em direção ao planeamento do futuro”*⁷.

2. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

Esta etapa também é fulcral e, de acordo com uma abordagem humanizada, planejar pressupõe a prestação de informações, a participação ativa da pessoa com demência, ainda que a mesma possa já manifestar evidentes

⁶ <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/understanding-supporting-person-dementia-psychological-emotional-impact>: Alzheimer's Society. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/understanding-supporting-person-dementia-psychological-emotional-impact>.

⁷ Low, Lee-Fay; McGrath, Margaret; Swaffer, Kate; and Brodaty, Henry, “Communicating a diagnosis of dementia: A systematic mixed studies review of attitudes and practices of health practitioners” (2018). Faculty of Science, Medicine and Health - Papers: part A. 5327.

dificuldades de memória, raciocínio e compreensão. O que importa é fazer o esforço de utilizar uma linguagem acessível, de a empoderar e acompanhar nas tomadas de decisão. O planeamento pressupõe ainda o respeito pelos valores da pessoa e pelas suas escolhas, devendo ter em conta o seu projeto de vida.

3. INTERVENÇÃO

No que respeita ao apoio, acompanhamento e prestação de cuidados, é fundamental transitar de um modelo tradicional para um modelo de cuidados centrado na pessoa.

No modelo tradicional, a abordagem é “*one size fits all*” e o foco da intervenção reside na doença e na tarefa, em vez da pessoa, tanto nos serviços de saúde, como nos equipamentos sociais. O pessoal não é suficiente, nem está sempre habilitado com os conhecimentos e competências necessárias. O uso de contenções físicas e químicas é indiscriminado, faltam atividades de ocupação, estimulação e lazer, os espaços, do ponto de vista arquitetónico e ambiental, são desadequados, com um forte pendor institucional e fechados à comunidade.

Em alternativa, é imperativo implementar um modelo de cuidados centrado na pessoa e na sua perspetiva, com pessoal qualificado, uma particular atenção às necessidades e preferências individuais, e em que a comunicação e a relação são entendidas como as principais ferramentas de intervenção. A arquitetura dos espaços deve ser adaptada, o ambiente confortável e seguro, com a oferta de intervenções ocupacionais, de estimulação e lazer significativas, num clima de confiança e abertura à comunidade.⁸

⁸ National Institute for Health and Care Excellence - NICE (2018). NICE Guideline 97. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Person-centred-care>
Gauthier S, Webster C, Servaes S, Morais JA, Rosa-Neto P. 2022. World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support. London, England: Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>

Em síntese, será possível viver melhor com demência se os contextos, as respetivas lideranças e os cuidados prestados forem humanizados desde as primeiras queixas ou sinais de alerta até ao fim do curso da doença, incluindo os cuidados de fim de vida, e os profissionais exercerem a sua profissão com responsabilidade ética e com “*a convicção profunda de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis e para as quais o fenómeno da doença é profundamente incapacitante e indesejável*”⁹.

⁹ Nunes, R. (2005) Resumos do 6º Congresso Nacional de Bioética. Associação Portuguesa de Bioética. <https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/6CNB.pdf>

MESA
A REALIDADE QUE TEMOS – RESULTADOS
DE QUESTIONÁRIO NACIONAL

A REALIDADE DA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL



CARINA FERREIRA

ULS Braga, UCSP de Vieira do Minho

ELISABETE REIS

ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

A criação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS e a nomeação dos seus membros teve lugar por deliberação da Direção Executiva do SNS a 22 de fevereiro de 2024, tendo sido corrigida a 27 de fevereiro do mesmo ano. Esta Comissão foi criada com o propósito de fomentar a implementação de práticas de humanização nos cuidados de saúde em Portugal.

No âmbito da nova reforma organizativa do SNS, procedeu-se ao alargamento das Unidades Locais de Saúde (ULS) a todo o território nacional, com a criação de 31 novas ULS, a somar às oito existentes. Assim, atualmente, o território nacional conta com 39 ULS e três Institutos de Oncologia (IPO).

Desde a primeira reunião da Comissão, e durante a elaboração do plano de ação (disponível no site da Direção Executiva do SNS), tornou-se evidente a importância de compreender a realidade nacional relativamente à humanização dos cuidados de saúde: existiriam ou não

estruturas dedicadas a esta área? Que planos estariam em curso? Existiriam comissões de humanização? Que tipo de projetos estavam a ser implementados? Paralelamente, pretendíamos estabelecer uma aproximação a essas comissões.

Neste sentido, foi elaborado um questionário com o objetivo de conhecer a existência de uma estrutura orgânica dedicada à humanização dos cuidados de saúde em cada ULS e nos IPO. O questionário foi enviado por correio eletrónico às administrações das 42 instituições (39 ULS e 3 IPO), tendo sido recebidas respostas da totalidade das entidades contactadas.

Os resultados permitiram, num primeiro momento, perceber se existiam departamentos dedicados à humanização dos cuidados de saúde e, nos casos em que tal não se verificava, identificar os motivos subjacentes à sua ausência.

Paralelamente, foi solicitado que, caso existisse um departamento ou comissão, fosse identificada a pessoa responsável, de forma a facilitar a comunicação e implementação do plano de ação, bem como o esclarecimento de eventuais dúvidas ou pedidos de informação.

No que respeita à existência de um departamento de humanização, os três IPO confirmaram a sua existência. Relativamente às ULS, 31 das 39 inquiridas afirmaram dispor de uma estrutura dedicada à humanização dos cuidados de saúde; as oito restantes indicaram não ter, à data, uma estrutura formalmente definida, como se pode ver na figura 1.

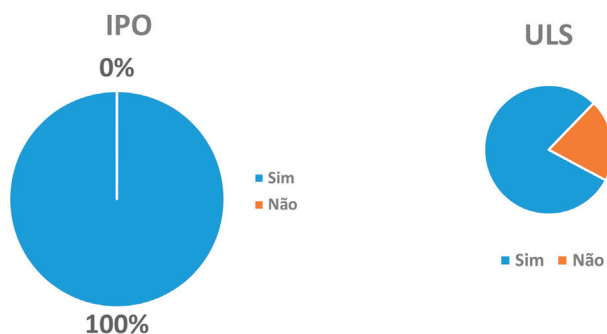


Figura 1. Representação dos IPO e ULS, relativamente à presença ou ausência de estrutura dedicada à humanização.

Analisando as oito ULS sem estrutura dedicada à humanização, verificou-se que a sua distribuição geográfica é heterogénea — abrange unidades do Norte, Centro e Sul do País, não se podendo estabelecer uma relação entre a localização e a ausência da estrutura. Duas destas ULS foram criadas antes da reforma organizativa (com mais de 12 anos de existência), enquanto as restantes seis foram constituídas após janeiro de 2024, sendo que este estudo foi realizado em junho de 2024 (ULS com seis ou menos meses de existência).

Foram vários os motivos elencados por cada uma das ULS para a ausência de uma estrutura dedicada à humanização: três ULS referiram a inexistência de recursos humanos suficientes; outras três encontravam-se em fase de implementação da estrutura; uma indicou estar ainda muito centrada na sua própria organização interna, dado ter sido recentemente criada; e uma ULS mencionou que, embora não existisse uma estrutura formal, existiam outras estruturas orgânicas (como o Gabinete de Saúde, Segurança e Higiene no Trabalho e o Gabinete do Cidadão) que desenvolviam projetos nesta área.

No que diz respeito aos responsáveis pelos departamentos de humanização, verificou-se que a maioria são enfermeiros, seguidos de administradores hospitalares (com formação em administração hospitalar, direito, economia, ou relações-públicas e comunicação). Em menor número, identificaram-se também médicos responsáveis, como se pode observar na figura 2.

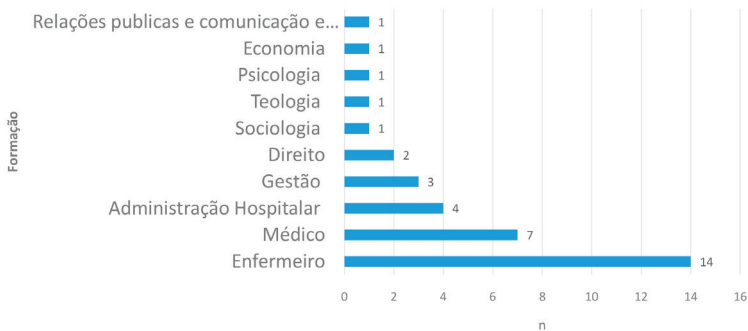


Figura 2. Distribuição dos responsáveis pelas estruturas de humanização, por área de formação.

No âmbito da preparação do I Seminário de Humanização em Saúde, foram questionadas todas as ULS e IPO, quanto ao interesse em apresentarem neste evento, projetos que considerassem boas práticas. Das 34 instituições com uma estrutura formal dedicada à humanização, 16 (47%) manifestaram disponibilidade para o fazer. Adicionalmente, duas ULS, embora sem uma estrutura formalmente constituído, expressaram igualmente interesse em partilhar os projetos que têm vindo a desenvolver, o que demonstra que, mesmo na ausência de uma estrutura oficial, existem iniciativas relevantes que importa valorizar e divulgar.

Em concreto, no seminário foram apresentados projetos em ação por 41% (n=18) das ULS. Sendo que das 18 ULS, 16 dispunham de estrutura de humanização e duas não dispunham deste tipo de estrutura. Ainda apresentaram os seus trabalhos, dois dos três IPO (figura 3).

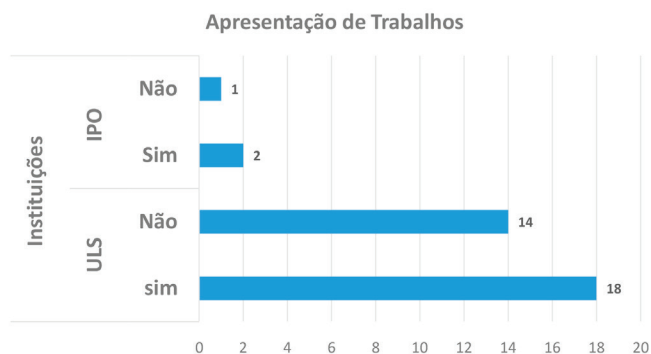


Figura 3. Instituições que apresentaram trabalhos no I Seminário da CNHCS-SNS.

No que se refere ao conteúdo dos projetos de humanização apresentados, verificou-se que:

Onze instituições (55%) desenvolveram ações centradas no utente, nomeadamente na educação para a saúde, na capacitação dos utentes e na melhoria do ambiente físico (como a reorganização dos espaços e o controlo do ruído nas salas de espera entre outros);

Quatro unidades apresentaram projetos com foco nos profissionais de saúde, maioritariamente centrados na saúde mental e na promoção do bem-estar psicológico destes;

E cinco outras instituições apresentaram projetos que visam simultaneamente os utentes e os profissionais.

Reconhecendo a existência de projetos em curso no domínio da humanização, considerou-se essencial criar uma oportunidade para que esses trabalhos fossem apresentados no Seminário, que teve lugar a 4 de julho de 2024. Esta partilha permitiu dar visibilidade às boas práticas desenvolvidas localmente, fomentar a troca de experiências entre instituições e possibilitar a replicação de iniciativas com potencial impacto positivo no âmbito da humanização. Para além da identificação do que estava a ser feito, ficou claro que a promoção de momentos de interação entre os profissionais de saúde que, nas instituições de saúde, trabalham em diversas áreas da humanização, é fundamental para o fortalecimento de uma cultura de humanização transversal em todo o SNS.

PAINEL II

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O LUGAR DA MEDICINA NARRATIVA



SUSANA MAGALHÃES

*Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto,
Universidade Fernando Pessoa*

Falar de humanização dos cuidados de saúde implica falar do sentido do cuidar. Há um pleonismo subjacente ao termo Humanização dos Cuidados de Saúde, na medida em que cuidar implica necessariamente ser pessoa e requer que o outro, de quem cuidamos, preserve a sua condição humana. No entanto, trata-se de um pleonismo que merece ser verbalizado, reiterado e discutido, porque os cuidados de saúde baseados na relação falham frequentemente no nível micro, meso e macro. Falham, porque ser pessoa implica a vulnerabilidade do erro e da imperfeição. Falham, porque as instituições são feitas de pessoas que também falham.

Podemos impor a humanização por decreto? A ética não se impõe, propõe-se. A proposta de preservação da humanidade de todos os intervenientes nos cuidados de saúde pode ser desenhada com base em medidas que alterem os incentivos, modifiquem as condições de trabalho e desconstruam as racionalizações individuais. Podemos criar normas e linhas de orientação e implementar estas medidas, mas tudo será insuficiente, se não houver uma mudança interior de cada um e da própria coluna vertebral das instituições. A nível institucional há, claramente, o desafio de persuadir os

membros da Direção de que o valor da humanização está precisamente no valor do cuidar e no seu impacto ao nível financeiro, ao nível emocional e ao nível social. Este valor está também enraizado na cultura e no clima ético organizacional.

Podemos intervir na promoção de formas de *saber estar* e de *saber ser*, a par do *saber fazer* e do *saber pensar*, criando oportunidades de experimentar diferentes perspetivas e de sentir como é estar na pele do outro. São estas oportunidades que vão ter impacto na mudança de atitudes, gestos e comportamentos, no próprio desenho dos espaços onde se cuida, na eficácia das equipas, na gestão das pessoas, na cultura e no clima ético das organizações. É neste *lugar* que a medicina narrativa pode fazer a diferença, mudando as perspetivas que modelam o olhar, com impacto na forma de agir e de comunicar.

Após este enquadramento da minha posição face à humanização dos cuidados de saúde, vou apresentar formas de implementar esta abordagem.

O principal desafio que enfrentamos no chamado VUCA WORLD (volatile, uncertain, complex, ambiguous) é o foco no *quem*, assumindo que nos cuidados de saúde, seja na investigação, seja na prática, a pergunta primordial é sempre o *quê? como?*, relegando para segundo plano a pergunta *quem?* É precisamente esta pergunta que é imperativo fazer no mundo altamente tecnológico em que vivemos, no qual a ausência do *saber ser* e do *saber estar* pode abrir espaço a que a inteligência artificial ocupe o lugar dos profissionais de saúde, que poderão ser substituídos por máquinas. Ferramentas de inteligência artificial, que estão disponíveis 24 horas por dia, sem necessidade de descansar, dormir, comer e que transmitem a perceção de empatia na interação com os humanos.

No mundo altamente tecnológico é preciso *saber habitar* o sofrimento e *saber ver*. Podemos afirmar que não há humanização possível da saúde se não criarmos espaços seguros de reflexão sobre as questões éticas do dia a dia, sobre as questões éticas da comunicação no dia a dia, sobre as questões vivenciadas no contexto e no clima das organizações, e se não soubermos escutar o que as pessoas com doença e os seus familiares nos dizem. O grande desafio é *saber ver* e só conseguimos ver se estivermos no terreno

a observar e se escutarmos as pessoas que podem dar testemunho sobre o que acontece e o que verdadeiramente importa.

Que respostas é que a medicina narrativa pode dar a partir do diálogo entre esta área do conhecimento e os cuidados centrados na pessoa?

Falar de cuidados centrados na pessoa é falar de cuidados personalizados, coordenados, e capacitadores, que promovem o respeito pela dignidade e pela compaixão. As perguntas que se impõem são: de que pessoa falamos, porque é importante e para quem é significativo?

A medicina narrativa propõe um diálogo constante entre a ética, a bioética, as comissões de ética, as comissões para a humanização, os profissionais de saúde, os doentes e os familiares, assumindo que o que na verdade importa são cuidados de saúde baseados na relação. Através de sessões de reflexão com base em narrativas reais e narrativas ficcionais é possível desenvolver competências narrativas de interpretação, de representação, e de imaginação. As palavras que usamos podem fazer toda a diferença na relação terapêutica e na própria comunicação entre as equipas. É possível fazer a diferença no autocuidado. Nas formações de medicina narrativa, é comum os profissionais de saúde partilharem a satisfação por terem, pela primeira vez, a oportunidade de falar sobre o que verdadeiramente lhes importa. Segundo os seus testemunhos, a Medicina Narrativa constitui uma base importante de preparação para a implementação de novas estratégias de autocuidado e de afiliação da equipa.

Falar de medicina narrativa é falar de cuidados de saúde que são baseados em competências narrativas: interpretar a doença, a dor e o contexto; interpretar as relações familiares dos doentes e as relações intra – e inter-equipas. A medicina narrativa promove também oportunidades de reflexão individual e em grupo com vista a mudar comportamentos, atitudes e gestos, preservando o que vale a pena ser preservado e promovido por todos os envolvidos. Só assim se pode verdadeiramente *humanizar* os cuidados de saúde. Em suma, a medicina narrativa promove a atenção, a representação e a afiliação.

A medicina narrativa não prescreve modelos de comunicação, não é uma formação em comunicação clínica; promove reflexão pessoal e em grupo, abre espaços seguros para repensarmos conceitos, termos e práticas. Providencia ferramentas e conceitos que consolidam a relação em contexto

de cuidados de saúde e promove – isto é muito importante – o diálogo com a ética organizacional, devendo ser também fonte de formação para gestores e decisores das organizações de saúde.

O que é que a medicina narrativa nos exige? Exige que sejamos capazes de olhar para o cuidado e para a reflexão ética ancorada em categorias narrativas:

- as personagens: quem fala; quem conta a história; quem levanta problemas éticos e problemas de comunicação;
- o tempo: em que tempo nos situamos? É o tempo da sala de espera, é o tempo das recidivas, é o tempo da intervenção cirúrgica, é o tempo do pós-cuidador;
- o espaço: em que espaço estamos? Em que espaço físico e em que espaço mental é que nos situamos?
- o enredo: de que história ou histórias estamos a falar? É pela escuta das várias histórias, que podemos construir uma história diferente. A história única acarreta o risco do preconceito, da injustiça testemunhal e das narrativas que silenciam a identidade.

Os instrumentos da medicina narrativa incluem:

- a leitura atenta de um texto, de um filme, de uma narrativa real de doentes, de familiares, de cuidadores, de decisores, de gestores; também pode ser a leitura atenta dos códigos de ética e dos códigos de conduta das organizações;
- a escuta ativa;
- a escrita reflexiva – permitindo a mudança da perspetiva de leitor para a de escritor. A transição do olhar de quem lê para o olhar de quem escreve é, na verdade, o grande alicerce da medicina narrativa;
- e o registo clínico paralelo.

O registo clínico paralelo integra a subjetividade como elemento de evidência tão importante como os elementos considerados puramente objetivos. Pretende-se que os médicos e outros profissionais de saúde registem todas as observações subjetivas e que estas não sejam descartadas como elementos menores pela sua subjetividade. Propõe-se, portanto, que as observações subjetivas não sejam copiadas, passadas de mão em mão, sem serem verdadeiramente integradas no registo clínico e na prática dos cuidados de saúde.

O registo clínico paralelo é uma ferramenta essencial para que o médico integre, verdadeiramente, a dimensão intersubjetiva do encontro clínico, com espaço para as suas próprias vivências e experiências. É um instrumento capaz de sinalizar as razões por que há falta de adesão ao plano terapêutico, as percepções sociais de doenças, e pode contribuir para a prevenção do *burnout* dos profissionais de saúde, através da implementação de uma melhor gestão das pessoas nas equipas.

“Passamos pela sala de espólio, onde devo deixar todos os pertences. Dizem-me que o mais penoso de uma hospitalização é a separação da prótese dentária, embora haja muitos que argumentam ferozmente para evitar a despedida dos óculos ou da aliança. Parece que deixamos de ser gente, ficamos todos nus, não somos ninguém. Também já estive desse lado, muda a nossa maneira de ver a medicina, eu não quero ser um corpo sozinho, tolhido de personalidade. O que custa não é verem-nos a celulite, é sentirmo-nos completamente expostos, sem nada de nosso. Não dói, mas angustia. Estão a despir-me e não é de vestes, é de identidade. Como se dissessem: Vamos interromper a sua existência por uns instantes e voltamos já. Voltam mesmo? Este Excerto da Reportagem Vida Interrompida de Isabel Nery e Marcos Borga (2011)¹ remete para questões organizacionais que podem ser melhoradas se forem objeto de reflexão individual e coletiva. Noutro passo da mesma reportagem, Nery sinaliza também as falhas que podem ocorrer na interação pessoal entre os profissionais de saúde e os doentes: “Primeiro parece um grito de socorro, mas depois vai diminuindo de tom até se esvair num fio de gemido, uma ladainha ritmada. Sabemos quando vai acabar e recomeçar, como numa letra que conhecemos de cor ... ai, ai, ai, ...quem me acode!? Estou numa cama articulada, há falta de visão para completar o quadro, terei de me contentar com o que ouço: Então, senhor António. Não está bem de maneira nenhuma. Estico a cabeça para trás, de encontro à voz de ralhete, arrogância a disfarçar ignorância.”

“Maria Giulia Marini, presidente da Sociedade Europeia de Medicina Narrativa/EUNAMES), publicou em maio de 2024 um livro sobre Comunicação Não Violenta. O conceito-chave (Comunicação Não Violenta)

¹ Nery, Isabel & Borga, Marcos. 2011. Fotoreportagem Vida Interrompida: o mundo visto na perspetiva do doente. Visão.

remete para a necessidade de abrirmos espaços onde possamos escutar o que se diz e o que se cala, por um lado, sinalizando simultaneamente a violência silenciosa, subtil, entre os profissionais de saúde, entre os doentes e os profissionais de saúde e entre os cuidadores e todos os outros intervenientes. Marini designa esta violência subtil de *slow violence*, na medida em que se dissemina silenciosamente, sem pré-aviso, por baixo do chão que pisamos.

Os textos da Reportagem Vida Interrompida, acima referida, permitem-nos perceber que há muita normalidade doentia e patológica no nosso contexto profissional e pessoal. A forma como o corpo é tratado em contexto de cuidados de saúde é frequentemente uma *normose*. Falar de humanização é falar de tudo isto. Falar de humanização exige ser capaz de ver o que acontece à nossa volta, que *normoses* convivem connosco.

Como se preparam os profissionais de saúde para lidar com o sofrimento? Que lugar têm as disciplinas de humanidades médicas, de bioética e de medicina narrativa na formação dos estudantes? A nossa proposta constitui-se como um desafio: pensar os cuidados de saúde também com base em narrativas. A medicina narrativa não se opõe à medicina baseada na evidência. Não é uma medicina alternativa. São cuidados de saúde baseados na relação. Para que a relação seja preservada, precisamos de refletir sobre a forma como agimos, como nos posicionamos face ao outro, como pensamos sobre o sentido do cuidar:

- que palavras é que, nas vossas equipas, ferem a possibilidade de construir relações terapêuticas?
- o que dizem as metáforas mais comuns usadas em contexto hospitalar, nos cuidados primários e nos cuidados domiciliários?
- como podemos transformar espaços mortos em espaços de hospitalidade? Há tantos espaços mortos nos hospitais que poderiam ser aproveitados pelos idosos para poderem deslocar-se; tantos espaços que poderiam ser aproveitados pelos adolescentes quando estão internados para manterem a ligação ao mundo exterior;
- como transformar salas de espera em salas de acolhimento?
- como trazer o mundo que está fora dos muros do hospital para dentro do hospital?

- como cuidar dos jovens e dos mais velhos num espaço de internamento?
- como integrar as notas subjetivas dos clínicos nos cuidados prestados pelas equipas de saúde?
- que papel pode ter a medicina narrativa nas urgências hospitalares e nas equipas do INEM?
- como formar estudantes da área da saúde sem desperdiçar a humanidade que os motiva a escolher uma profissão do Humano?
- estamos a ser capazes de construir o diálogo entre a ética e as humanidades da saúde, entre as comissões de ética e as comissões de humanização, entre as comissões de ética e as várias equipas que trabalham no terreno?

Convido-vos a conhecer o GERMEN - Grupo de Estudos e Reflexão em Medicina Narrativa - que tem tido algumas iniciativas interessantes ao serviço da humanização dos cuidados de saúde, nomeadamente os *podcasts* – *Ouvir com outros Olhos* – em homenagem ao professor João Lobo Antunes.

Convido-vos também a conhecerem as atividades, as iniciativas e o trabalho da Young Parkies Portugal, associação de doentes recentemente criada para pessoas com Parkinson precoce e que tem sabido construir pontes entre quem vive com Parkinson, quem cuida e quem faz investigação biomédica.

Saber ser e *saber estar* são os alicerces dos cuidados humanizados ancorados também em *saber fazer* e *saber pensar*. A esperança tecida pelas práticas que fazem a diferença tem sido o coração que alimenta a medicina narrativa. Cuidemos deste coração para que possamos cuidar do nosso.

Obrigada pela hospitalidade!

A IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO



FERNANDA RODRIGUES

Presidente da Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais

Refletir sobre a implementação de uma qualquer medida ou ação é um tema aliciante, desde logo pela fundada expectativa de que são frequentes desvios entre a conceção e o que se imagina/planeia que possa acontecer e o que realmente se chega a implementar. Tem-se comprovado que é mais dócil consensualizar razões para a intervenção do que fazer cumprir as prioridades e, isto, por força de elementos inesperados, não previstos ou mesmo indesejados.

Olhar para a questão da implementação da humanização pode dar, de partida, uma conotação algo tecnocrática à questão, pode parecer que nos estamos a referir à parte mais técnico-instrumental da programação/ação. Reconhecendo que essa pode ser uma abordagem, não é por aí que eu gostaria de ir. Pensei num punhado de questões que vou tratar, o mais rapidamente que conseguir. Vou falar da implementação, vou falar dos caminhos e dos atalhos da implementação (e eu gosto mais dos atalhos que dos caminhos, talvez porque profissionalmente somos mais chamados pelos atalhos que propriamente pelas avenidas e pelos grandes caminhos) e, finalmente, uma nota muito breve sobre o serviço social em contexto desta problemática.

De forma muito rápida, pode dizer-se que implementação é o processo que transforma o planeado em ação, em processo de concretização (concretizada).

Inspirada na ideia de Immanuel Kant de que “o que importa é o motivo”, esta é, de facto, uma boa sugestão para relevar o grande motivo para estarmos neste evento e termos o motivo de querer que humanização se cumpra. De facto, junta-nos o motivo de cumprir a humanização, impedindo que só se realize relativamente, porque é dos tais propósitos que ou se cumpre ou fica por cumprir, não há algo que seja uma quase humanização, ou semi-humanização, ou mesmo um pouco de humanização.

A humanização é um tema aliciante. Já o vimos hoje, nestas jornadas, tratado de tantos ângulos – alguém falava num poliedro e acho que naquele poliedro ainda poderiam ser acrescentadas dimensões.

Enquanto ouvia a Prof. Susana falar, lembrei-me de como poderia ter feito toda a minha intervenção baseada na experiência pessoal feita de um dia passado num hospital, e como esse dia permitiria exemplificar o que é e o que não é a humanização. Julgo também que o que foi aqui apresentado sobre medicina narrativa pode ser bem importante para se perceber a dinâmica das coisas, o modo como elas acontecem, e não só o que é narrado nas estatísticas e nos quadros que fazemos e fazemos bem.

Sendo um tema aliciante, a humanização, do meu ponto de vista, é mais dócil de consensualizar, mas é muito exigente na sua concretização. É difícil que alguém aqui diga que não está de acordo relativamente à necessidade da humanização. Todavia, se nos dispusermos a abordar a(s) forma(s) como ela tem de ser concretizada, provavelmente aí surgirão algumas “nuances” e, no caso de se tratar de instituições, podem detetar-se maiores pedras de tropeço relativamente à concretização de alguns dos aspetos.

Hoje sabe-se que a humanização não é um campo qualquer, mas sim um campo sobre o qual ainda se requerem muitos contributos, dada a sua relevância e lugar na vida de tantas pessoas: cidadãos-pacientes, familiares, cuidadores, profissionais.

Desde há várias décadas que se vêm denunciando domínios e práticas de desumanização e, importa lembrar que, historicamente, o campo laboral se tem prestado a práticas desumanizadas. Podemos concluir, facilmente, que é um dos domínios onde, até hoje, não se conseguiu vencer tudo aquilo que ainda é consequência dessa condição seminal. Olhar para os salários, olhar

para muitas das condições em que as pessoas trabalham, as cargas de trabalho, etc., permite perceber o quanto se poderia contribuir para a humanização dessas condições.

A relevância que hoje, e muito justamente, se dá a práticas de humanização é parte do movimento que fez crescer a intolerância relativamente a práticas lesivas dessa condição, práticas essas que tomaram expressão muito veemente em instituições designadas de sociais e, dentro destas, nas designadas instituições totais (ou totalitárias), isto é, que abarcam todas as dimensões de vida das pessoas.

Temos, portanto, um longo caminho a fazer, desse ponto de vista. Por isso, penso que importa ainda, como considerei no início, ir adensando as razões/motivos pelos quais vale a pena olhar para a questão da humanização. Desde logo, associá-la ao entendimento pleno da dignidade humana, logo aos direitos humanos e à expressão das necessidades básicas dos seres humanos.

Aqui chegados, poderíamos interrogar de que é que falamos quando falamos de seres humanos e de necessidades básicas? Sendo temas maiores na reflexão das ciências humanas e sociais, socorro-me apenas de alguns dos seus contributos. O eixo de reflexão que trabalha a definição do que são seres humanos, diz-nos (pela voz de alguns analistas) que seres humanos: i) são organismos, eles têm corpos, têm mentes, são suscetíveis de dor, de sofrimento e de morte), ii) os seres humanos são pessoas, com os seus “eus” que vivem contextos com significado e com emoção, e ainda, iii) os seres humanos são atores capazes de agir face a objetivos e a metas. O incumprimento destas componentes indissociáveis do que é um ser humano reconduz-nos a três áreas de desigualdade a saber e respetivamente: a desigualdade vital (por relação ao ser humano como organismo), a desigualdade existencial (por relação à dimensão de ser pessoa) e a desigualdade de recursos (face aos rendimentos, poder ou lugar social).

Portanto, o ser humano não é só uma destas coisas, é o conjunto delas, e é o conjunto delas, do meu ponto de vista, que tem que ser levado em conta quando pensamos e quando implementamos, quando imaginamos o que pode ser a (melhoria da) humanização. Este é o composto complexo de todas as dimensões que, acrescente-se, são as dimensões daqueles com quem trabalhamos, mas são também as nossas dimensões, as dimensões

das/dos profissionais. Diria, portanto, que estamos aqui numa pluralidade de campos e sentidos relativamente a esta ideia do que é o ser humano. É esta a riqueza, mas também a complexidade, com que trabalhamos.

Abordaria agora uma outra questão que não é de somenos importância, de novo socorrendo-me sobretudo dos contributos da área da política social, onde tem tido muito eco a pergunta: de que é que falamos quando falamos de necessidades humanas? Se virmos, há muito diversas propostas de resposta, todas elas procurando dar nota da pluralidade e complementaridade dos elementos convocados. Valho-me da conceção e proposta reflexivas, trabalhadas por autores que defendem dois pilares fundamentais, no campo das necessidades humanas: a saúde e a educação. A saúde reganha, nesta perspetiva, um peso e uma exigência maior de plenitude de cumprimento em ação. É em torno destes dois campos maiores em que se estruturam as necessidades humanas, de onde derivam os diversos meios necessários (e adequados) para prover a satisfação desse duplo pilar de necessidades.

Todas estas dimensões são basilares e todas elas devem fazer-se presentes na implementação da humanização. Esta é também a complexidade e riqueza com que trabalham todos os profissionais de saúde, (cuja densidade a torna comunicante com um campo maior de necessidades humanas indivisíveis).

Esta é a introdução que consideramos o chão que apoia a reflexão subsequente sobre a implementação da humanização. A natureza do suporte de entendimento do que é a humanização, é importante para o vínculo e as responsabilidades que distribui.

Sumariando, pode considerar-se que humanizar significa “apostar num tratamento afável, uma assistência centrada na pessoa e nos seus direitos, na escuta e acompanhamento, onde se dá prioridade à participação, que avança nos compromissos e responsabilidade social no seio de um diálogo permanente com a cidadania” (Junta de Andaluzia).

Ao pensar sobre implementação, há algumas ideias-chave que vale a pena ter em mente:

1. Em primeiro lugar não se implementa para tudo ficar na mesma, isto é, a implementação tem subjacente a ideia de mudança que pode ser grande, pode ser pequena, pode ser num sentido, pode ser noutra. Em

qualquer caso, a mudança que se propõe tem de ser explicitada. Diríamos, simplificando: quem implementa, implementa/muda alguma coisa. Neste campo, importam habilidades para lidar com tensões, modos de crer e ver a realidade que preferentemente se explicitam para suscitar caminhos dialogados. Em contexto de implementação, não há que ter medo de redirecionar as trajetórias, isto é, uma trajetória desenhada pode, por muito boas razões, ter que ser alterada, melhorada, experimentada de uma outra forma.

2. Que formato se define para a implementação? É um plano, projeto, um programa, se é um compromisso, que vinculação consubstancia? Cada uma destas modalidades tem um significado, tem um peso diferente e tem um vínculo cívico muito distinto. Qualquer delas deveria viver no sistema de liberdade condicionada, isto é, serem vigiadas/acompanhadas para não se desviarem do seu propósito.

3. Importa ainda sublinhar que não há implementação sem recursos (o mesmo acontece na política social e no campo maior das políticas públicas). Sem recursos não há investimento nestas áreas e, portanto, quando se pensa que é possível implementar um plano puro e simplesmente baseado na boa vontade, estamos provavelmente a votá-lo ao insucesso.

Implementar é antes de mais um ato de disciplinar as ações e atividades que corporizam a intervenção para a mudança num dado campo. Pressupõe que se tenha por base uma análise o mais completa possível da (des)humanização e se elenquem as perguntas a ser respondidas:

- O que se vai fazer e porquê?
- Quem fará (responsáveis, agentes, setores)?
- Quais as metodologias de ação e sua avaliação?
- Onde (lugar/es)?
- Quando (cronograma)?
- Com quem (recursos disponibilizados)?
- Com quanto (orçamento)?

É de esperar que a implementação para a humanização cuide de habilitar organizações, serviços assistenciais, unidades e centros de saúde para patamares mais comprometidos e atuantes.

Estabelecido o quadro de partida de definição da situação, estabelecidos os propósitos e meios, a implementação deve permitir o compromisso com algumas condições, a saber: i) transparência (prestação de contas e

visibilidade das ações), ii) seguimento (as partes implicadas devem dar sequência, monitorizar o progresso e redirecionar ações, se necessário), iii) adaptação (face a desvios importa assegurar alterações), iv) formação (para todos e cada grupo profissional implicado ou a implicar), v) espaços de comunicação humanizados e adequados para um bom desempenho dos profissionais e conforto dos implicados), vi) incluir os avanços técnicos, científicos e tecnológicos e, vii) dispor de um banco de boas práticas.

Todo o racional de implementação está sempre rodeado de perguntas que vão apoiando a condução da ação. Assim, sendo o patamar o de criar (maior) adequação, importa interrogar: i) é adequado para quem (está a singularizar quem quer visar)?, ii) é adequado para quê (os propósitos estão aferidos e são elucidativos)?, iii) é adequado por quanto tempo (a mudança que se propõe dispõe de apoio pelo tempo ajustado)?, iv) quem disse que era adequado (valorizar a voz e o envolvimento daqueles que se pretende sejam abrangidos e beneficiados)?.

Numa última palavra, permitam-me uma breve referência ao papel das/dos Assistentes Sociais neste domínio da humanização.

O serviço social, nas instituições que promovem a saúde, assume vários papéis, desde logo o de orientar e acompanhar não só pacientes, mas também os familiares, acerca dos seus direitos e compromissos, capacitando-os para o exercício da sua cidadania e para melhor utilizar os recursos sociais disponíveis. A contribuição do serviço social assume grande relevância no processo de humanização da saúde, desde logo “para garantir que o cidadão-utente seja visto na sua integralidade e não apenas como um corpo doente”.

A/O assistente social trata-se de um profissional capacitado teórica e experiencialmente para a identificação dos determinantes sociais e para a apreensão das vulnerabilidades que interferem na qualidade de vida (logo também de saúde) das pessoas. No contexto atual da saúde, é urgente a reflexão sobre a garantia do direito humano fundamental de todos os sujeitos a uma “assistência à saúde orientada pela humanização das relações profissionais balizadas pela autonomia, pela justiça social e respeito pela dignidade da pessoa humana”.

É na reflexão do processo de “dever ser” e do “poder ser” que se alicerça o caminho para a humanização da assistência à saúde, que se expressa e

fundamenta na ética, levando à consideração de valores e princípios que direcionam o agir profissional das/dos assistentes sociais na saúde. A prática refletida do serviço social tem conexão direta com a humanização, trabalhando, nesse contexto, para além do campo das subjetividades, mas dando corpo a uma compreensão holística de que o ser humano integra múltiplas dimensões e incompletudes, traz consigo inúmeras e diversificadas experiências, contexto no qual, para o qual e com o qual, a/o assistente social está apta(o) a trabalhar. Cabe ao serviço social, uma ação conjunta com outros profissionais e setores intra-, inter- e extra-institucionais para trabalhar estratégias que permitam efetivar o direito social à saúde que, como tal, tem de ter um compromisso umbilical e não dispensável com a humanização.

A vinculação a uma orientação ética exige também da/do assistente social um espírito investigador, ou seja, exige que o profissional tenha desenvolvido a sua capacidade de perceber com rigor a realidade com que lida e o seu contexto. E que esteja, ainda, capacitado para captar novos olhares e desvele novas possibilidades em potencial, o que requer um esforço para romper com o conformismo característico da burocracia institucional e o implica na capacidade de começar algo de novo. O agir eticamente orientado em qualquer instituição de saúde, significa visualizar as pessoas não como meros destinatários, mas sujeitos. O encontro do serviço social com os sujeitos fragilizados dá-se, em geral, numa instituição e, diante desse contexto, é preciso perceber essa fragilização no seu movimento complexo, numa realidade que é múltipla. Todavia a/o assistente social depende de recursos dos programas e projetos da instituição onde trabalha (meios e recursos materiais, financeiros) e da estrutura organizacional necessários ao exercício do seu trabalho.

A ética é também imperativo para a qualificação da praxis das/dos assistentes sociais que atuam designadamente na saúde, pois ela é basilar na humanização, estabelecendo compromissos e responsabilidades na construção da promoção da saúde como processo relacional.

As pesquisas sobre humanização na área da saúde precisam de ser desenvolvidas sob uma orientação contemporânea e inovadora que se proponha fazer sentido para a importância da humanização para a qualidade de vida quotidiana dos utentes. Nem sempre as pesquisas desenvolvidas

sobre a temática da humanização optam por uma visão ampla e dinâmica da humanização, reconduzindo-se a perspectivas muito (demasiado) parcelares e tocando dimensões que, só em conjunto, alcançam a composição adequada da humanização. Importa sublinhar que humanização e qualidade (de vida) caminham lado a lado.

A humanização desdobra-se em múltiplas dimensões e contempla, de forma macro e articulada, diferentes aspetos, logo tem consequências numa nova forma de pensar a saúde e no atendimento em saúde. A humanização implica abandonar atitudes que persistem, de indiferença, desrespeito, preconceito, intolerância, individualismo e incomunicabilidade, todos eles avessos à promoção de uma saúde humanizada.

As/os assistentes sociais estão eticamente vinculadas(os) ao enfrentamento dos problemas socio-sanitários dos cidadãos-utentes e seus contextos familiares, buscando mecanismos de acesso e sucesso em saúde, priorizando uma assistência de qualidade humanizada. Um acompanhamento humanizado significa um acompanhamento holístico que engloba ações primordiais na vertente interpessoal, através de uma (maior) escuta dos utentes, promovendo relações empáticas e proporcionando informações pertinentes para as necessidades e demandas dos cidadãos-utentes.

Estas as razões que dão corpo às expectativas de direito das/os assistentes sociais que estão qualificados para todas as funções atinentes à promoção da humanização, designadamente para funções de coordenação para as quais não têm sido chamadas/os a desempenhar.

O investimento na promoção da humanização na saúde, corresponde ao seu pleno reconhecimento, como área de charneira na composição do bem-estar adequado à dignidade humana inscrita na condição de cidadania.

PAINEL III

BOAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO
NOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

MÚSICA EM MEDICINA



SOFIA MARIZ

IPO Lisboa

Venho apresentar o projeto do IPO Lisboa que se iniciou em 2019 e que se designa por “Música em Medicina”.

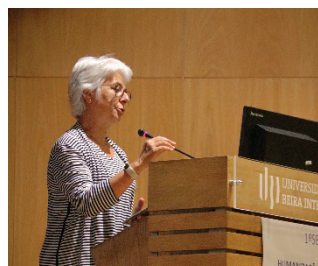
Todos sabemos que o tratamento da doença oncológica é complexo, que há internamentos prolongados, que há elevados graus de depressão e ansiedade nos doentes e que em internamentos prolongados as atividades ocupacionais são escassas. Foi daqui que surgiu a ideia de potenciar a humanização através das artes e surgiu o projeto da “Música em Medicina” em que a arte acontece fora do seu espaço habitual.

O projeto integra elementos do IPO Lisboa e elementos externos e consiste em música ao vivo no espaço do internamento da oncologia médica. Os músicos, de elevada qualidade, estão comprometidos com os valores do projeto. É um projeto que já tem 50 sessões realizadas, com elevada participação dos doentes (cerca de 13 por sessão), mas também de familiares e profissionais. A par dos músicos, existem desenhadores durante as sessões e no final ocorre uma exposição de desenho.

A “Música em Medicina” é um projeto que o IPO Lisboa acarinhou e financiou através do seu centro de investigação e, portanto, também já conta com resultados mensuráveis quanto à satisfação dos utentes do ponto

de vista da humanização. *A importância de o utente se sentir como uma pessoa e não apenas como mais um utente*, reportada por um doente do sexo masculino, demonstra o contributo do projeto para a humanização de cuidados. O projeto revelou ainda resultados muito interessantes como o reporte da diminuição do sofrimento físico, psíquico, e de alívio da atmosfera da enfermaria.

INFLUÊNCIA DO CONTROLO DE RUÍDO NAS BOAS PRÁTICAS RELACIONAIS



TERESA BANDEIRA
ULS Santa Maria

Encontro-me, com muito gosto, nesta reunião, em representação da ULS Santa Maria (ULSSM) com mais dois colegas da Comissão de Humanização que me acompanham. Portanto, não estou sozinha, aliás esse é um dos propósitos. Esta Comissão foi empoderada, não exatamente esta, mas uma anterior, em 2019, e tem vindo a fazer o seu percurso, um dos quais é identificar, na própria organização, quais são os itens do Compromisso para Humanização já satisfeitos. E são imensos na ULSSM!

Naquilo que são as fragilidades, os desafios, e as suscetibilidades que encontrámos, distribuímos as tarefas pelo grupo multidisciplinar, que responde diretamente ao Conselho de Administração. Os Elos dinamizadores da Comissão de Humanização são um grupo alargado e representativo de profissionais da ULSSM que irão ser os construtores da mudança comportamental e organizacional, muito baseada no reconhecimento sistémico de oportunidades de melhoria. E, neste contexto, trouxemos uma das áreas que estamos a desenvolver que é a área do reconhecimento do ruído hospitalar com fontes hospitalares múltiplas, sobejamente conhecidas e identificadas, também por nós: as pessoas em movimento,

profissionais e utentes e alunos, e conversas e ruídos múltiplos das diversas atividades. O prejuízo para os doentes é reconhecido, bem como para os profissionais. No combate ao ruído em organizações de saúde existem duas etapas de fácil execução, uma delas já implementada na nossa unidade de neonatologia, por oferta de um doente, que é a avaliação e monitorização dos níveis de ruído através de um equipamento – o orelhómetro. Esta é uma etapa prioritária e relativamente simples que permite a identificação, monitorização e sensibilização das equipas. Mas, também nos espaços de convívio profissional, o ruído ultrapassa frequentemente os níveis aceitáveis definidos pela OMS, como fica evidente em gravações artesanais efetuadas recentemente no refeitório hospitalar e nas salas de espera, o que constitui uma oportunidade de foco num projeto de melhoria e sensibilização de todos os que habitam e circulam pelos serviços de saúde.

COMUNICAÇÃO COMO VEÍCULO DE HUMANIZAÇÃO



SARA MENDES MOREIRA

ULS Santo António

Em representação da ULS Santo António do Porto, Sara Mendes Moreira apresentou o Projeto “Humanização – Comunicação em Ambiente Hospitalar”. Psiquiatra de formação, trabalha há mais de 20 anos numa Unidade de Psiquiatria de Ligação.

Valoriza a experiência de trabalho junto do doente e das equipas de saúde, como uma aprendizagem contínua na compreensão da realidade hospitalar e no conhecimento por dentro do que significa estar doente e ser profissional de saúde.

O contacto próximo com as dificuldades sentidas pelos profissionais e as necessidades expressas pelos doentes/famílias, levou à criação em 2021 deste Projeto, dirigido aos diversos grupos de profissionais, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências de comunicação.

Quando a comunicação é eficaz, aumenta a satisfação do doente/família com os cuidados de saúde, promove a adesão ao tratamento, diminui as situações de conflito e a procura de cuidados desnecessários. Contribui também, para aumentar a satisfação do profissional, promover o envolvimento / comprometimento com o trabalho e reduzir a vulnerabilidade para o *burnout*.

A humanização é indissociável da qualidade dos cuidados, e o foco na formação em comunicação dirigida aos profissionais, nos vários contextos de trabalho, constitui o principal veículo para desenvolver uma cultura onde os direitos dos doentes e profissionais são respeitados/assegurados.

MÚSICA NO LUGAR CERTO



MARGARIDA ORNELAS

IPO de Coimbra

O meu nome é Margarida Ornelas, venho a este Seminário, em representação do IPO de Coimbra, com a Joana Nobre e o João Belo, membros do Grupo para a Humanização. No IPO de Coimbra a Humanização faz parte do nosso ADN e, hoje, iremos partilhar um projeto que se chama “Música no Lugar Certo”, que nasceu de um repto dirigido à Direção Regional da Cultura do Centro, procurando trazer cultura para o IPO. O IPO serve a população da Região Centro e quisemos tornar acessível a cultura a todos, democratizar a cultura, permitindo que a arte seja uma forma de aliviar o sofrimento. E, assim, surgiu este projeto com a Orquestra Sem Fronteiras, o qual conta com o apoio do BPI | Fundação “La Caixa” e tem como objetivo promover o bem-estar físico e emocional dos doentes e profissionais de saúde e o acesso à fruição cultural em ambiente clínico. Sabemos do poder da música, do seu abraço invisível, a música como ponte para a expressão emocional e como um oásis nesta travessia dos doentes.

Melhor do que qualquer coisa que possa transmitir, trago-vos uma imagem. A imagem de um dos concertos mensais protagonizados pelo Quarteto Transversal (Música de Câmara) que acontecem no internamento das especialidades cirúrgicas e são dirigidos a doentes com cancro

da mama. Partilho, também, o testemunho de uma doente: *“Sem dúvida presenciar a orquestra sem fronteiras foi um momento único, trazem consigo uma mensagem e um sentimento de felicidade que faz com que nos desfoque do nosso problema e do motivo pelo qual estamos ali. Não é apenas uma visita, não é apenas um entretenimento é algo que nos traz bem estar”*. Devo destacar que há uma grande interação entre os músicos e os doentes. Previamente partilhamos a folha de sala e de seguida há um diálogo, antes e depois de cada atuação musical, um momento de partilha, de troca de experiências, em que os doentes são chamados a participar.

Este projeto é, também, uma mais-valia para os profissionais de saúde, porque os profissionais fazem parte desta experiência, sendo, também, uma forma de criar proximidade entre todos, numa perspetiva de comunidade. Partilho agora o testemunho da nossa enfermeira gestora do internamento destas especialidades: *“A “Música no Lugar Certo” é um projeto que muito apreciamos enquanto profissionais de saúde e que muito nos enriquece. Estes concertos harmonizam o ambiente hospitalar e é possível constatar a alegria estampada no rosto de cada utente que assiste a estes concertos e que por momentos se esquece da sua condição de saúde e período de hospitalização. A linguagem da música é universal, por isso, esta experiência transporta-nos para outros lugares. Lugares de paz e de esperança, onde reencontramos a força necessária para continuar a abraçar os desafios que a profissão acarreta e a cuidar com humanização. Convictos de que este projeto inovador com músicos brilhantes é uma mais-valia para os doentes oncológicos e equipas de saúde, é com satisfação que afirmamos que “estamos no lugar certo!”*

Concluo, referindo que este projeto é uma forma de derrubar as fronteiras entre o espaço clínico e o espaço cultural, abrindo caminho entres mundos. Como a Prof. Susana Magalhães tão bem referiu, uma forma de trazer o “mundo de fora” para dentro das paredes do hospital.

A DIVERSIDADE DA HUMANIZAÇÃO



HELENA ALMEIDA
ULS Amadora e Sintra

Venho da ULS Amadora e Sintra. Quando foi criada a Comissão de Humanização, optámos por identificar a humanização relacional como a vertente da humanização a que mais nos dedicaríamos. Trazemos aqui três exemplos da nossa actividade:

a) Começo pela metodologia com que combinámos trabalhar. A Comissão de Humanização, sem ser por acaso, tem a representação de todas as classes profissionais do hospital, o que tem sido uma riqueza surpreendente, fazendo com que a nossa vivência seja inclusiva e representativa. Dedicámo-nos então a conhecer os olhares e as vivências de todos os envolvidos na vida do hospital: recolhemos e analisámos exaustivamente as impressões e os relatos que, quer os utentes, quer os colaboradores, deixam escritos em várias fontes de informação que o hospital recolhe, como questionários de satisfação dos utentes, inquérito de satisfação dos colaboradores, ocorrências, reclamações comentários e elogios ... Tem sido uma enorme vantagem existirem no hospital estes instrumentos de recolha de informação. Aplicámos ainda um questionário de risco psicossocial – o modelo COPSOC II; já o aplicámos aos internos do hospital e iniciaremos a recolha da informação a Serviços e Unidades. Desta pesquisa, da recolha

de informação das vivências dos inúmeros intervenientes na vida do nosso hospital, resultou evidente a necessidade de uma maior empatia entre todos os envolvidos no processo, assim como a valorização da diversidade nomeadamente cultural, da nossa população, que faz de nós um hospital diferente.

b) Assim, em relação à empatia, o que fizemos? Construámos um curso de formação em “Técnicas de Comunicação Empática” criado pelos elementos da Comissão e ainda colegas do Departamento de Saúde Mental, da Pediatria, e dos Cuidados Paliativos. É um curso semestral, com quatro sessões de duas horas, e que tem a lotação esgotada todos os anos. Tem corrido muito bem, fazendo a formação transversalmente a todas as classes profissionais, lado a lado. Estamos agora a criar formações adaptadas aos diferentes contextos de trabalho. Já existem formações dirigidas às Unidades de Cuidados Intensivos de adultos e de pediatria e em alguns dos Serviços de Medicina. Ainda na área da formação em empatia, em 2025 o hospital terá um curso de formação em “Liderança Empática”.

c) Em relação à diversidade, começámos por realizar o levantamento e a caracterização das nacionalidades, naturalidades e culturas dos utentes do nosso hospital, ficando a conhecer as culturas maioritárias que recorrem aos nossos serviços. Criámos uma pasta a que todos os colaboradores da ULS têm acesso, com informação clínica e não clínica, sobre as diferentes populações que nos procuram (tradições, religiões, patologias mais frequentes...). Realizámos ainda um conjunto de traduções de documentos relevantes para os utentes, primeiro para português claro e depois para as línguas mais usadas no nosso hospital para além do português, nomeadamente “Carta dos Direitos e Deveres do Utente” (ERS) que está afixada em todos os serviços, com QR code para acesso ao texto e traduções, o “Documento do Consentimento Informado”, e redigimos e divulgámos vários folhetos com informações úteis para os utentes de língua não portuguesa. Baseados na nossa população, fizemos traduções para o inglês, francês, crioulo e ucraniano. Criámos ainda serviços de apoio à tradução, listas de voluntários tradutores para diversas línguas de entre os colaboradores do HFF.

d) No verão de 2024 iniciámos o projeto Humaniz’Arte que consiste na realização de eventos musicais ou de artes performativas por diversas

enfermarias, salas de espera, hospitais de dia do hospital, com uma regularidade semanal; no âmbito do mesmo projecto, adquirimos um piano disponível para todos poderem tocar, no átrio principal do hospital.

Pensamos que estas acções poderão ser sementes de humanização que se enraízem por entre a complexa estrutura desta ULS, fazendo da ULS uma casa mais feliz para todos os que por ela circulam e nela vivem.

COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO



SÍLVIA OLIVEIRA

Gabinete de Apoio ao Profissional

ULS de Braga

Chamo-me Sílvia Oliveira, sou coordenadora do Gabinete de Apoio ao Profissional (GAP), que é uma das linhas de ação da Comissão de Humanização da Unidade Local de Saúde de Braga. Organizámos a intervenção deste GAP em cinco eixos distintos: Psicológico, Jurídico, Social, Financeiro, e Saúde e Bem-Estar, e temos vindo a desenvolver atividades nesse sentido. No âmbito psicológico implementamos a Consulta de Psicologia para os nossos colaboradores em 2022, e em 2023 tivemos cerca de 124 colaboradores em consulta, dos quais 18 tiveram alta, isto tendo o apoio de uma psicóloga 40 horas por semana. No foro Jurídico e Financeiro elaboramos um protocolo com a DECO, que disponibiliza consultas de apoio aos colaboradores para estes temas e proporcionaram ainda algumas sessões informativas.

Na área da Saúde e Bem-Estar temos o grupo das corridas e caminhadas que semanalmente vão desenvolvendo atividade física. Temos ainda consultas de nutrição com 8 horas semanais de nutricionista; e em 2023 tivemos 215 colaboradores em consulta, 84 altas e uns fantásticos 238 kg perdidos no total. Na área Social achámos por bem desenvolver algumas

atividades. Assinalámos o Dia da Criança em 2023 e, em 2024 também, para as crianças dos nossos colaboradores, com um belo dia de festa. Na mesma linha de pensamento desenvolvemos a festa de Natal para todas as crianças, numa manhã recheada de atividades. No ano de 2024, já fizemos uma corrida e uma caminhada num local icónico de Braga, o Mosteiro de Tibães, onde conseguimos uma adesão de 150 colaboradores, quer numa atividade quer noutra, e foi muito dinâmico.

Desenvolvemos ainda concurso de fotografia entre colaboradores: “capta o melhor sorriso de um colega junto de ti”. Tivemos cerca de 150 fotos a concurso, que deu resposta a dois desafios. Um deles é o sorriso proporcionado para a fotografia, por isso a preparação do concurso desenvolveu sorrisos, e neste momento temos a exposição patente no Hospital de Braga e é engraçado ver que todos sorriem ao ver estes sorrisos. A ideia é que esta exposição vá percorrer as USFs da ULS. Deixo por fim um testemunho de uma colega referente à consulta de psicologia, porque acho que esta é a melhor avaliação que podemos ter do projeto: *“Na pior fase da minha vida quando não conseguia raciocinar, não conseguia suportar as dores do corpo, não conseguia conviver com pessoas que mais amo e só me sentia menos mal quando dormia, e fugia à realidade, tive uma Amiga que percebeu que eu não estava bem e levou-me a uma consulta de psicologia. Sou lá seguida, com consultas frequentes e sinto-me muito melhor, embora saiba que tenho um caminho longo para percorrer. Essa amiga e a psicóloga, excelente profissional, impediram um desfecho triste na minha vida”*.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: UM LAÇO COM A COMUNIDADE



NUNO MIGUEL ABREU
ULS Cova da Beira

Sou Nuno Miguel Abreu da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, organização onde a humanização multifacetada dos cuidados tem expressão em todas as áreas e envolve as estruturas internas e externas à instituição, cujo enfoque se centra nos utentes que a utilizam e nos profissionais que nela desenvolvem a sua atividade e sempre em prol de uma maior qualidade de saúde para a comunidade e seus cidadãos. Da panóplia de projetos de humanização que a instituição tem vindo a desenvolver, iremos partilhar neste Seminário iniciativas das quais existe uma corresponsabilidade da comunidade na sua prossecução e, sobretudo, no envolvimento direto das várias instituições e entidades da área geográfica de abrangência desta Unidade Local de Saúde, nomeadamente, dos 3 concelhos da Cova da Beira. Estas entidades são desafiadas a trabalharem connosco na promoção da humanização da unidade e, assim, ajudarem-nos a proporcionar o melhor bem-estar possível aos utentes que recorram às mesmas.

Entre vários projetos, destacamos aqueles que promovemos desde o ano de 2008, especificamente, os Projetos ‘Natal no Hospital’ e ‘Sentir a Primavera’, onde lançamos o desafio às instituições de apoio a idosos (ERPI),

estabelecimento prisional e instituições de apoio a pessoas portadoras de deficiência para elaborarem com os seus utentes trabalhos artesanais que, *a posteriori*, juntamente com o voluntariado hospitalar e profissionais de saúde, são colocados nas unidades hospitalares, em locais comuns utilizados por utentes, familiares e também por profissionais. Pretendemos com o desenvolvimento destas iniciativas anuais, numa vertente proativa e de envolvimento com toda a comunidade, incentivar as instituições e seus utentes a elaborarem criativamente estes trabalhos com uma finalidade externa à sua instituição e numa dinâmica de corresponsabilidade para com o hospital da sua área, criando desta forma conforto a quem recorra e frequente o mesmo em períodos de relevância social, com manifesta evidência de melhoria em indicadores da área psicossocial.

Paralelamente, numa outra área de entidades onde a população de abrangência é de faixas etárias mais jovens, tais como escolas secundárias e a Universidade da Beira Interior, temos também proporcionado a humanização dos espaços, com a colaboração de alunos destes estabelecimentos de ensino da região da Cova da Beira. Apresentam-se aqui vários espaços que, nos últimos 2 anos, têm sido alvo de humanização e amenização, através de pinturas de murais que foram criados e elaborados pelos alunos e que contemplaram áreas como a Pediatria, Fisiatria, Unidades de Oncologia, Obstetrícia, entre outros.

Também, muito recentemente, foi criado o Cantinho da Família da Unidade de Neonatologia, neste caso com o envolvimento de outro tipo de entidades da nossa comunidade, nomeadamente, as de índole privada. Este projeto que foi candidatado à iniciativa do Pingo Doce - Famílias do Bairro Feliz -, esteve em votação e a comunidade votou-o em maioria e, assim, conseguimos criar este espaço acolhedor para os acompanhantes das crianças da Neonatologia. Salientamos também que nesta vertente de envolvimento de empresas da comunidade, com o patrocínio da SONAE SIERRA e do Lions Clube da Cova da Beira, criámos um espaço no átrio do Hospital Pêro da Covilhã para crianças até aos 12 anos que, enquanto as suas famílias visitam os doentes internados, ficam os mesmos neste ‘Canto da Cigarra’ à responsabilidade de voluntários que desenvolvem atividades e lhes disponibilizam vários equipamentos lúdicos. Foi também com estas e outras empresas que conseguimos desenvolver o projeto ‘Internamento

Online' e, dessa forma, em colaboração direta com os nossos profissionais de saúde, os doentes internados têm possibilidade de comunicar com os seus familiares e amigos via *online*, sobretudo para aqueles que são de áreas geográficas mais distantes ou têm os seus familiares longe. Sem estes laços com as várias entidades da comunidade e a sua envolvência na dinâmica da humanização, ser-nos-ia mais difícil criar mecanismos psicológicos que ajudem a suavizar os períodos que os doentes permanecem na unidade de saúde.

JARDIM SENSORIAL: DA DEFESA À CONEXÃO COM A NATUREZA



ÍLDA GERALDO

ULS de Entre Douro e Vouga

O projeto “Jardim Sensorial: da defesa à conexão com a natureza”, da Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga (ULS EDV) que está a ser implementado, foi idealizado pelo Grupo de Trabalho da Sustentabilidade Ambiental da instituição.

Tendo em conta a temática do painel III, do Seminário “Humanização em Saúde; um valor integral” este projeto foi o selecionado como exemplo de “boas práticas de humanização”.

Este jardim existe desde a inauguração do hospital, no entanto com acesso restrito e apenas para contemplação.

Desde a pandemia COVID-19, surgiu a ideia de requalificar o espaço, transformando-o num jardim sensorial com acesso a todos os utentes, profissionais de saúde e visitantes, mesmo com mobilidade reduzida.

Este projeto baseia-se em quatro pilares - humanização, inovação, parceria e sustentabilidade - e tem como principais objetivos: permitir a exploração dos cinco sentidos na interação direta com a natureza, promover o bem-estar físico e mental e fomentar a relação dos valores ambientais, através da seleção de árvores e plantas autóctones que favorecem a

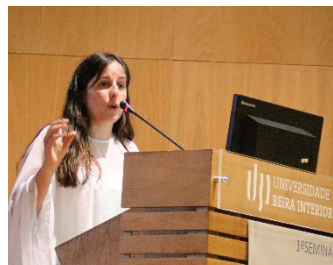
polinização. Estes objetivos estão alinhados com a Agenda 2030, adotados por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015.

Outro ponto de destaque foi a envolvimento de profissionais da ULS EDV com formação musical e habilidade artística, na criação de melodias instrumentais alusivas às quatro estações do ano, para estimular a audição das pessoas que acedem do jardim. Ao entrarem no jardim, haverá a possibilidade de selecionar uma melodia através da leitura do QR Code disponibilizado.

Este projeto está a ser desenvolvido sem custos para a ULS EDV, contando com a colaboração de parceiros, nomeadamente do Município de Santa Maria da Feira e empresas da área da influência da Unidade de Saúde, à luz da responsabilidade social.

Para mais informações, pode visualizar o episódio “Entre Nós”, do Porto Canal, do dia 27 de junho: https://portocanal.sapo.pt/um_video/6356154488112

DIÁRIO DE INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE



PAULA FERNANDES E SARA CADIMA

ULS Gaia e Espinho

O meu nome é Sara Cadima e sou enfermeira do Serviço de Medicina Intensiva Polivalente da Unidade Local Saúde de Gaia Espinho. Venho-vos apresentar hoje o Diário de Internamento do SMIP, que surgiu de um projeto da humanização, de um grupo multidisciplinar, que tem como intuito centrar-se na pessoa alvo dos cuidados, e prevenir o síndrome pós-UCI. O que é o Diário do Internamento? Não passa mais do que um diário, que vai narrar todos os acontecimentos clínicos durante este internamento em cuidados intensivos, pelos profissionais, pela pessoa, neste caso a contar a história à pessoa, pela sua família.

Os principais objetivos são diminuir este síndrome pós-UCI, onde se inclui a ansiedade, a depressão e a Perturbação do Stress Pós-Traumático (é um evento traumático estar internado em cuidados intensivos). Melhorar o bem-estar, a saúde mental e a qualidade de vida da pessoa alvo dos cuidados é um objetivo no internamento e após a alta. A família também é um foco muito importante, sendo relevante promover o seu bem-estar, reduzindo a ansiedade e o stress, promover o envolvimento desta no processo de doença do seu familiar e, ao mesmo tempo, promover também a comunicação entre os profissionais de saúde e a família. Promovendo

deste modo o bem-estar, permite que os profissionais de saúde estejam mais envolvidos neste processo de doença, diminuindo assim a despersonalização, num ambiente tão técnico como é o ambiente de cuidados intensivos. Então, como é que se procede? Existe sempre uma alteração do estado neurológico muito frequente nestes doentes; se o internamento for superior a 72 horas, então é iniciado este diário. Em seguida, o enfermeiro responsável pela pessoa em situação crítica integra o familiar significativo, a pessoa de confiança, há um envolvimento da família na participação e no preenchimento do diário de forma diária e, ao mesmo tempo, também incentivada a participação da equipa multidisciplinar.

Aqui temos um exemplo de um diário que fica sempre na unidade do doente. O projeto teve início em 2020, num período pós-pandemia que teve um impacto na saúde mental tão importante nas pessoas e nos profissionais de saúde. Permitiu, até agora, compreender que existia uma satisfação das pessoas alvo dos cuidados, e da família, com um envolvimento multidisciplinar e também um *feedback* muito positivo e melhoria da comunicação da equipa. De entre as limitações compreendemos que o tempo disponível (muitas vezes dos profissionais nos cuidados) é um desafio.

Perspetivas para o futuro: prevemos neste momento monitorizar e avaliar, com recursos e instrumentos validados, de forma a perceber onde é que podemos melhorar os nossos cuidados. E a equipa multidisciplinar em consulta *follow-up*, envolver então os enfermeiros e os médicos de forma mais aprofundada.

POR UMA SAÚDE MENTAL POSITIVA (+)



RUI PEDRO CAPELO PAIXÃO

ULS da Guarda

O Projeto “Por uma Saúde Mental Positiva” (PUSM+) enquadra-se no âmbito da promoção da Saúde Mental (SM) destinado aos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), dentro das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), e tem como objetivos diminuir as vulnerabilidades individuais em termos da Saúde Mental Positiva (SM+) e fomentar estratégias adaptativas dos profissionais de saúde em contexto laboral.

A maioria das vezes, quando se fala de Humanização dos Cuidados de Saúde, refere-se à relação entre os profissionais de saúde e o utente ou às condições da prestação dos cuidados, descuidando o aspeto fundamental do bem-estar do profissional de saúde bem como das relações entre os próprios profissionais. Por outro lado, a motivação pessoal é necessária para um cuidado humanizado.

O papel fulcral dos profissionais nos processos de humanização é reconhecido pela ULSG pelo que, em fevereiro de 2023, iniciou a implementação do PUSM+.

A SM+ pode ser definida como um valor em si (sentir-se bem) ou como uma capacidade para perceber, compreender e interpretar o meio, para se

adaptar e alterá-lo, se necessário, para pensar e comunicar com os outros. Estas premissas denotam a influência que a SM+ pode ter na Humanização em Saúde através do impacto da sua promoção nos profissionais de saúde.

O próprio Modelo Multifatorial de SM+, que assenta em seis dimensões, identifica um conjunto de características e habilidades individuais que, sendo trabalhadas e aprimoradas, resultam em competências pessoais facilitadoras da Humanização dos Cuidados de Saúde prestados por equipas de profissionais.

O PUSM+ está estruturado em duas fases: Fase I e Fase II. A Fase I corresponde ao diagnóstico da condição da população-alvo em termos de SM+ através do Questionário de SM+ (QSM+) e à implementação de uma rotina quinzenal de oferta de sessões de grupo com intervenções psicoterapêuticas - *Mindfulness* e técnicas de relaxamento.

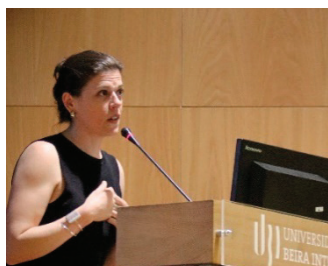
A Fase II compreende a implementação do Programa Mentis Plus+, com sessões de grupo estruturadas destinadas a desenvolver individualmente cada uma das seis dimensões da SM+.

A Fase I do PUSM+ teve o seu início em fevereiro de 2023, com duas sessões regulares às quintas-feiras, tendo sido realizadas, até ao final de junho de 2024, 108 sessões envolvendo um total de 80 participantes, tendo alocada uma sala com as condições técnicas para a implementação das intervenções psicoterapêuticas (2 dias/mês) e EESMP (14 horas/mês).

Ao longo das sessões percebemos que os participantes se mostraram mais conscientes de si e dos outros, ficando mais sensíveis e disponíveis para a Humanização dos Cuidados.

Os dados obtidos na Fase I também sugerem que o PUSM+, através do incremento individual em SM+ dos profissionais de saúde, reforça características e habilidades pessoais que os capacitam para o trabalho em equipa centrado no utente, promovendo a Humanização dos Cuidados de Saúde.

CUIDAR DE QUEM CUIDA, UM OLHAR VOLTADO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



RITA MARTINS

ULS Região de Leiria

É muito bom estar aqui com uma sala cheia de pessoas que pensam como nós e que percebem que o importante do cuidar, e dos cuidados de saúde, são as pessoas. As pessoas de quem cuidamos e as pessoas que estão connosco a cuidar delas. É por isso que, em Leiria, a Comissão de Humanização (e, mais recentemente, complementada com o Gabinete de Humanização e Felicidade Corporativa) tem, desde há 7 anos, trabalho implementado com algumas atividades que vão fazendo parte da nossa cultura e todos os anos delineamos um plano de ação que dividimos em dois vetores: utentes e profissionais.

Hoje, porque damos muita importância ao facto de cuidar dos nossos e de quem cuida, vimos aqui falar de algumas das atividades direcionadas aos nossos profissionais, sempre baseados na premissa de que gostamos de tratar os outros como gostaríamos que nos tratassem a nós, e também na premissa do enorme respeito que temos por todas as pessoas intervenientes neste processo do cuidar, que envolve doente, profissional, familiares, comunidade, etc.

Tendo por objetivo o bem-estar dos profissionais e a felicidade corporativa, desenvolvemos parcerias com instituições da cidade e da região,

propostas pelas próprias instituições, como forma de agradecimento por tudo aquilo que os profissionais e as instituições de saúde fazem pela região. Por exemplo, a parceria com a SAMP (Sociedade Artística e Musical dos Pousos), que proporciona aulas de teatro, música, dança, aos profissionais de saúde, de forma gratuita, com peças já apresentadas pelo país.

Celebramos o Dia da Família (15 de maio), dinamizando um dia de atividades lúdicas para as crianças familiares dos profissionais, no local de trabalho dos pais, promovendo assim a conciliação da vida familiar/trabalho e desmistificando também a ideia que as crianças têm do hospital e dos Centros de Saúde.

Desenvolvemos o conceito *Happy Teams*, ministrando formações na área comportamental para as diferentes equipas, de acordo com os problemas diagnosticados pelas chefias e/ou elos da humanização. São-nos solicitadas formações na área da gestão de emoções, da gestão do tempo, da gestão de conflitos, etc, todas com o intuito de reduzir os níveis individuais de stress das equipas.

Gerimos uma página de *Facebook* onde promovemos a comunicação positiva e a interação entre membros, e são publicadas as atividades dinamizadas pelo Gabinete de Humanização e Felicidade Corporativa, elogios mensais a profissionais da ULSRL, informações úteis sobre concursos, formações e outras das quais os profissionais possam tirar benefícios.

Desde 2023 organizamos, anualmente, um *Sunset* na Lagoa da Ervedeira, como estratégia de *Teambuilding*, que visa promover um encontro de profissionais da ULSRL, com vista ao fortalecimento das relações fora do contexto de trabalho. A adesão tem sido cada vez maior e o *feedback* excelente

Como é sabermos que as nossas estratégias estão a funcionar?

Somos cada vez mais solicitados para ministrar formações, as atividades do Gabinete de Humanização e Felicidade Corporativa da ULSRL têm sido destacadas pelos profissionais nos questionários de avaliação da satisfação de 2021, 2022 e 2023 como o 2º maior fator positivo da organização, os nossos filhos perguntam porque é que só podem ir uma vez por ano ao hospital e os profissionais querem mais *Sunsets* por ano.

CAMPANHA PARA PROMOÇÃO DO SILÊNCIO



ANA RITA SANCHES
ULS Médio Tejo

O meu nome é Ana Rita Sanches e integro a Comissão de Humanização da ULS Médio Tejo. Muitos são os projetos já desenvolvidos e em curso, nomeadamente os carrinhos que levam, ao bloco, as crianças que vão ser submetidas a cirurgia; a consulta do cuidador do doente com demência, (falado hoje de manhã); o Natal dos Hospitais; a organização do Simpósio das Comissões de Humanização que reuniu alguns dos presentes em 2022. Contudo, foi-nos pedido que falássemos sobre um projeto em particular e nós fomos ouvir os doentes, as pessoas. Recorremos à Medicina Narrativa e a uma obra extraordinária do professor Daniel Sampaio que relata a sua experiência enquanto doente. Daniel Sampaio, médico psiquiatra, conhecido de todos, teve um internamento com Covid-19 com critérios de gravidade e fala-nos sobre isso, no livro “Covid 19 – Relato de um sobrevivente”, onde emprega várias vezes o termo ternura, também falado de manhã pelo Professor Bermejo.

Deixava aqui este pequeno parágrafo que serviu de mote para o projeto que escolhemos apresentar: “O ruído das máquinas é insuportável. Apitos, alarmes, e barulhos indefinidos invadem a pequena sala, os técnicos de saúde falam entre si e dirigem-se aos doentes acordados com gentileza, mas as constantes chamadas dos seus *walkie talkies* deixam-me

exausto”. Percebemos que o descanso, o silêncio, a serenidade, são muito importantes para que as pessoas possam estabilizar e recuperar. Promovemos uma campanha precisamente para a Promoção do Silêncio. Não é novidade, em Coimbra havia o *Baixinho*, noutros centros também já houve outras campanhas, mas esta é a nossa. Divulgámos um cartaz lembrando e promovendo que estes espaços são espaços em que é necessário que o nível de ruído seja baixo. Claro que há alarmes que não podemos desligar, claro que há conversas que é necessário ter, mas o silêncio é necessário para a recuperação dos doentes. E por isso colocámos cartazes, quer nas nossas salas de espera, quer nos nossos internamentos, quer nos cuidados de saúde primários, alertando e lembrando a importância do silêncio.

A EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO NA ULS OESTE



ALEXANDRA SEABRA

ULS do Oeste

A Comissão de Humanização do Oeste foi nomeada em 2019 quando foram assinados os 15 compromissos com a ex-ministra da Saúde.

Quando começámos a estruturar e a planear a intervenção da Comissão deparámos com a Pandemia Covid. O que trazemos é um projeto realizado pela Comissão, que fez para intervenção nos profissionais na época Covid.

Foi realizada uma avaliação do perfil dos fatores psicossociais de todos os profissionais das 3 unidades que compõem a Unidade da Saúde, a ULS do Oeste. Verificámos que as exigências cognitivas e emocionais aparecem num pico vermelho que são duas das dimensões do *burnout*, em elevado risco do *burnout*, e possivelmente não têm *burnout* devido ao pico verde que é o significado do trabalho que é outra dimensão do *burnout* (*inversa*). Portanto, temos que trabalhar as dimensões positivas e tentar compensar e diminuir, entre outras dimensões, aquelas dimensões que aparecem em negativo em vermelho e elevado amarelo.

O que é que nós fizemos? Isto é um esquema muito rápido: fizemos a avaliação dos profissionais, uma gestão entre diferentes serviços existentes nas 3 unidades hospitalares – o Serviço de Saúde Ocupacional, o Serviço

de Psicologia, o Grupo de Trabalho da Violência em Saúde (nomeadamente contra os profissionais), o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento de Formação, o Hospital Sem Fumo, o Serviço de Hoteleiros –, nomeadamente com a questão das entrevistas e formações com assistentes operacionais e o trabalho em equipa e gestão do conflito, e com atividades físicas da Casa de Pessoal do antigo Centro Hospitalar do Oeste. Isto desde karaté, tudo feito por colaboradores, tudo gratuito, feito dentro dos serviços, e teve técnicas de relaxamento feita pelos enfermeiros de saúde mental, a saúde digital da prevenção das musculoesqueléticas que também é indicador de *stress*, e ganhámos o prémio com este projeto do local de saúde saudável.

ALA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO



TIAGO MENINO

ULS São João

Dotada das mais evoluídas tecnologias e melhores condições de conforto para as crianças e para as suas famílias, a nova Ala Pediátrica do São João é composta por cinco pisos, onde se encontram todos os serviços hospitalares dedicados à Pediatria. Conta com cerca de 100 camas, salas de pais, três blocos cirúrgicos altamente diferenciados, e também com algumas valências inovadoras, como seja uma Unidade de Queimados.

A Ala Pediátrica dispõe ainda de um espaço lúdico com 250 metros quadrados, absolutamente central. Ele foi concebido e equipado por alguns parceiros institucionais, nomeadamente a Missão Continente, a Fundação Infantil *Ronald McDonald*, o Futebol Clube do Porto, a Porta Editora e a FNAC. Faz ainda parte desse espaço uma área de jardim exterior com cerca de 300 metros quadrados, equipada com vários equipamentos de diversão infantil. Além disso, o espaço lúdico dispõe ainda, no interior, de uma sala de relaxamento multissensorial, também chamada *Sala de Snoezelen*, e de uma sala para as famílias, que também é muito importante.

A área lúdica é um lugar essencial para a recuperação, conforto e bem-estar das crianças. O Projeto de Arquitetura Interior teve, na sua conceção, a criação de uma sequência de espaços com programas diversos,

desde a área de estudo, a biblioteca, zona de atividades físicas, jogos virtuais ou simplesmente de brincadeira. Cada sala apresenta uma cor, criando um ambiente imersivo que, no seu conjunto, através de uma paleta variada, concede ao espaço dinamismo e serenidade. Esta solução permite tanto a um bebé, como a um adolescente, sentir-se estimulado, com o cuidado de criar zonas de comunhão e de partilha, mas ao mesmo tempo espaços de maior reclusão, resultando num ambiente que permite a inevitável amplitude de estados de espírito dos nossos utentes.

Mais recentemente foram feitas obras de renovação da nossa Urgência Pediátrica, privilegiando a criação de maior privacidade e comodidade para as crianças e famílias.

Estamos a falar de um projeto de arquitetura, de instalações e de equipamentos, essenciais para os protagonistas, que são as crianças e os seus pais, que demonstram níveis de satisfação muito superiores quando comparados com o registado nas instalações anteriores, mas também os profissionais, sem os quais não é possível aprofundar a humanização. Esta missão encontra-se plasmada no número 12 da nossa Carta de Humanização, que diz: “À tarefa de humanizar *dedicar-se-ão todos os profissionais*”.

A DIVERSIDADE E INCLUSÃO: OS CUIDADOS DIFERENCIADORES NA ULS S. JOSÉ



IVETE MONTEIRO
ULS São José

Represento a ULS de São José, em Lisboa, e faço parte da Comissão da Diversidade e Inclusão desta mesma Unidade Local de Saúde. Vim falar do trabalho desenvolvido pela nossa Comissão, em particular com a população migrante, a população refugiada agora mais recentemente, mas também com pessoas com algumas dificuldades não só de mobilidade mas também a nível de comunicação. A Comissão surgiu como um projeto, mas agora tornou-se uma causa nossa, uma causa que defendemos, abraçamos, amamos, com que sofremos e nos alegramos. Entre os nossos elementos que são de vários grupos profissionais, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, temos também um mediador intercultural para a população cigana (de que vou falar mais à frente). Portanto, há uma diversidade aqui nesta nossa Comissão que também nos ajuda muito a pensar e a refletir e a manter o nosso foco nas práticas inclusivas que respeitem a diversidade. E falarmos também de algumas histórias que acontecem nas nossas realidades e que trazemos para dentro da Comissão para que nós próprios possamos evoluir.

O nosso percurso tem como base a criação da Comissão para a Diversidade e Inclusão. Inicialmente, começamos a sentir estes vários fluxos migratórios que vinham nomeadamente da Ásia Meridional, mas depois começaram a vir de várias partes do mundo e então, individualmente, em cada serviço, em cada urgência, começámos a ter esta necessidade de conhecer estas culturas, de conhecer as pessoas, as suas práticas... Com esta Comissão, estabelecemos articulação com várias entidades, não só mais próximas a nível local, mas também a nível do Centro Nacional de Apoio à Integração do Migrante (CNAIM), o antigo CNAIM do Departamento de Saúde (a Enfermeira Fernanda Silva foi fundamental para nós), mas também com Embaixadas e Associações que já existiam. A nossa ideia é trazer as associações e as pessoas para o hospital não só em situação de doença, conhecer essa cultura mas também conhecer as práticas de saúde. Somos a única organização hospitalar pública que tem um mediador intercultural para a comunidade cigana que nos ajuda muito a nível de conflitos e também na facilitação da comunicação com esta comunidade. Temos também interlocutores de proximidade das comunidades que mais recorrem à nossa ULS. Apostamos muito na formação e sensibilização dos profissionais e utentes, não só a nível educacional, mas também com outras atividades, nomeadamente culturais, tradução de folhetos. Temos ainda um longo caminho a percorrer. Nas nossas intervenções futuras estão contempladas a tradução dos consentimentos informados, a manutenção de relações de proximidade e estabelecer protocolos, entre outras.

HUMANIZAR +



PAULA GUIMARÃES
ULS Tâmega e Sousa

Chamo-me Paula Guimarães e sou a presidente da Comissão de Humanização da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa.

Esta Comissão iniciou a sua atividade em 2019 e é constituída por uma equipa multidisciplinar, abrangendo todas as áreas de intervenção, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais, psicólogo e assistente operacional.

Tem a missão de:

- Contribuir para que todo o agir institucional e profissional se ordene pelo respeito incondicional da dignidade humana;
- Marcar esse agir com a força identificadora do humanismo personalista / holístico;
- Catalisar potencialidades e convergências que façam da Humanização uma inspiração permanente e desejada para a modulação efetiva dos comportamentos individuais e das opções institucionais.

O Projeto Humanizar+ surgiu com o objetivo de enunciar bases, apontar medidas, estimular e avaliar procedimentos e relações interpessoais a nível institucional.

É um projeto abrangente, colaborativo, de proximidade, de procura de soluções, que emergiu das necessidades sentidas de cada profissional nos seus locais de trabalho. Visa promover e implementar uma cultura centrada na pessoa, com a participação efetiva dos utentes e profissionais e assegurar a melhoria da segurança e qualidade dos serviços prestados.

As atividades desenvolvidas pela Comissão têm por base os 5 eixos estratégicos que passo a elencar: **1) Informação e Comunicação** – visa o reconhecimento da comunicação e da informação no acesso e nas relações; **2) Profissionais Agentes de Humanização** – a atitude dos cuidadores é tanto mais humanizada quanto melhor cuidarmos de quem cuida; **3) Envolvimento e Participação do Cidadão** – é necessária a participação ativa e proactiva do cidadão na procura de todos os aspetos, em que o foco seja exatamente a promoção da saúde; **4) Humanização na Prática Assistencial** – é a aliança terapêutica, tratar doenças, cuidar pessoas visando a melhoria da qualidade em todos os processos assistenciais; **5) Espaço acessibilidade e conforto** – as condições físicas têm um impacto muito importante não só nos utentes, mas também nas condições seguras para a prática dos cuidados.

De mencionar ainda, que a Comissão elaborou um livro que já foi editado, onde através de textos e fotografias, está refletido o percurso trilhado na procura constante de melhores práticas e condições. Ora, nós todos sabemos que a política de humanização tem de ser uma política transversal, utilizando diversos saberes e criar valor para os profissionais e para os utentes. Por isso, neste projeto Humanizar+, os profissionais são o centro da mudança.

Perspetivando o futuro, e mesmo depois desta longa caminhada, há sempre um caminho a percorrer e a humanização será sempre um fator de qualidade e que deve ser sempre valorizado.

HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA CUIDADOS MAIS HUMANIZADOS



HELENA ROSÁRIO

ULS Viseu Dão Lafões

Desde abril de 2019, acompanhamos mais de 2000 pessoas no seu domicílio, construímos o que gostamos de chamar um hospital sem paredes, um espaço de cuidado que existe onde é mais necessário: no seio do lar, junto de quem se ama. O que muitos ainda consideram futuro, para nós é presente, sendo o cuidar em casa uma realidade concreta e impactante.

A Hospitalização Domiciliária representa um ponto de viragem na forma como concebemos a humanização dos cuidados. Num tempo em que a personalização é critério de qualidade, nada se compara ao valor de ser cuidado no conforto da própria casa, com dignidade, autonomia e proximidade afetiva. A nossa casa é mais do que um espaço físico — é também território emocional.

Não raras vezes, vemos nos olhos dos nossos doentes o desejo intenso de regressar a esse lugar onde o cuidado ganha novo significado. Estar em casa não é apenas estar no seu lugar, é reencontrar a liberdade emocional, o quotidiano conhecido, o cheiro dos dias conhecidos. Neste ambiente, o foco do doente pode finalmente estar na sua recuperação e não apenas na sua sobrevivência. O que faz toda a diferença.

Neste modelo, os familiares não são meros espectadores. A família é um pilar de suporte aos nossos cuidados. Não se trata de sobrecarregar, mas de incluir, respeitando papéis sociais e afetivos que, no modelo tradicional de cuidados hospitalares, tantas vezes se perdem.

No território que abrangemos, em algumas localidades, conseguimos ajustar a nossa presença ao ritmo da vida local: colheitas agrícolas em sincronia com as visitas clínicas. Isto é mais do que flexibilidade, é respeito.

Um dia, uma doente descreveu a experiência como estar num “oásis privado”. Não havia melhor forma de traduzir o que tentamos proporcionar. Este modelo cria lugares onde o cuidado não é só técnico, mas também relacional, íntimo, profundo... Esta ligação humana genuína é o que torna possível cuidar com compaixão aliada à competência.

Para nós, profissionais, este é um espaço privilegiado de exercício do cuidar. A Hospitalização Domiciliária permite-nos ver o doente de um modo holístico: a pessoa enquanto membro de uma família que carrega uma história. Uma história singular que assume para cada doente uma importância única. Esta visão gera compromisso, envolvimento e elevada satisfação. A taxa de satisfação dos nossos doentes é de 98% e 100% recomendam este modelo de internamento.

Como então reduzir este projeto a uma questão de custos, quando o seu valor é tão evidente? Falamos de um investimento com retorno claro: aumenta a literacia em saúde, promove a autonomia e a autodeterminação, reduz a dependência do sistema tradicional e fortalece a relação entre doente, cuidador e equipa de saúde.

Cuidar em Hospitalização Domiciliária é transformar cada casa num lugar de vida e de esperança. É também entrelaçar ciência e afeto, técnica e presença. É garantir que, mesmo nos momentos mais frágeis, ninguém se sente só, porque cuidar, verdadeiramente é estar. O que melhor nos define é estar com humanidade.

SERVIÇO DE HUMANIZAÇÃO



EUNICE TEIXEIRA
ULS de Almada Seixal

Felicitos a organização pela realização deste Seminário e agradeço o convite.

Hoje é um dia feliz para a humanização pela importância da partilha de boas práticas nesta matéria, a nível nacional. Parabenizo as excelentes apresentações que me antecederam que mostram o quanto de bom já se tem feito na humanização nos cuidados de saúde.

Escolhemos apresentar o Serviço de Humanização da Unidade Local de Saúde de Almada Seixal, destacando o seu impacto na área da humanização nos cuidados de saúde. A criação deste Serviço representou um avanço significativo, introduzindo uma nova perspetiva e agregando valor à humanização tanto no contexto do hospital como nos cuidados de saúde primários.

A estratégia do Serviço de Humanização está delineada em seis eixos fundamentais, alinhados com o “Compromisso para a Humanização” assumido pela instituição em 2019. Estes eixos incluem:

- **A centralidade do utente**, garantindo a sua participação ativa;
- **A promoção da voz dos utentes e dos profissionais**, enfatizando a importância das relações interpessoais e do cuidado a quem cuida;

- **A criação de ambientes** que promovam o bem-estar dos profissionais de saúde;
- **A atenção às condições físicas** e de habitabilidade das instalações;
- **A otimização da comunicação interna e externa**, abrangendo a interação entre profissionais, com os utentes e com a comunidade;
- **A avaliação do impacto** das intervenções e a produção de conhecimento científico na área da humanização.

A operacionalização desta estratégia será facilitada pela colaboração e participação da academia.

O Serviço de Humanização integra duas dimensões principais, resultantes da articulação entre a estratégia definida e a realidade existente. A primeira dimensão, de caráter objetivo, foca-se na gestão integrada do doente, na qualidade da informação transmitida e na forma como esta é veiculada. Desta dimensão destacam-se as seguintes áreas:

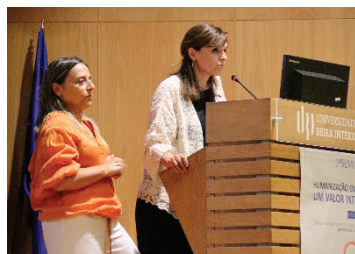
- **A gestão de espólios e pertences** de doentes, um aspeto crítico da humanização que envolve procedimentos como a devolução de bens a famílias após o óbito do paciente;
- **A gestão de visitas e acompanhantes**, com especial atenção ao acolhimento das famílias em momentos sensíveis, como visitas que podem ser as últimas.

Outra dimensão crucial do Serviço de Humanização prende-se com a hospitalidade e a dignidade humana. Nesta dimensão, áreas como a casa mortuária e a assistência espiritual assumem particular relevância. A espiritualidade, que transcende as questões religiosas, deve ser abordada considerando as diferentes vivências culturais face à morte.

Adicionalmente, o voluntariado foi integrado no Serviço, sendo valorizado e impulsionado com uma nova dinâmica.

A constituição do Serviço de Humanização na ULSAS representa um ganho considerável que permite uma intervenção a este nível muito mais integradora, pelo que, para concluir, lanço como desafio, para reflexão futura, a pertinência da implementação de serviços de humanização a nível nacional nas unidades locais de saúde, visando a padronização e a elevação do nível de humanização nos cuidados de saúde.

ONCONSIGO



ALEXANDRA TEIXEIRA E LÚCIA TOSCANO

ULS Alto Ave

Somos do Hospital de Guimarães, do Serviço de Oncologia, ULS Alto Ave. O nosso projeto assenta em equipa multidisciplinar, donde a presença de duas profissionais de áreas diferentes. Sou Lúcia, sou enfermeira, e a Dra. Alexandra é médica.

A cultura da hospitalização domiciliária está bem enraizada no nosso hospital, pelo que pensamos, no nosso Serviço, levar o hospital de dia até à casa dos doentes. Centrados na humanização, tentámos levar tratamentos e procedimentos oncológicos até ao doente, com o máximo de proximidade, qualidade, segurança e equidade.

Os ganhos são vários, não só a nível dos doentes e dos cuidadores, mas também da otimização dos recursos disponíveis no hospital de dia e da inovação através de projetos para os profissionais de saúde.

A atividade tem um ano de vida: teve início em junho do ano passado e já realizámos 105 consultas de admissão. É uma consulta multidisciplinar, que se inicia com o envolvimento do médico e do enfermeiro a verificarem os critérios de inclusão no projeto e a explicarem o seu funcionamento. Segue-se a avaliação pela assistente social e avaliação pela farmacêutica, também integrante da equipa, que faz as

reconciliações terapêuticas. Em 104 avaliações, foram feitas 92 reconciliações terapêuticas.

Globalmente, foram feitas 474 intervenções. Os tratamentos e consultas realizados no domicílio consistem em: administração de anticorpos monoclonais, imunoterapia, hormonoterapia injetável, terapêutica dirigida a lesões ósseas, consultas de enfermagem e consultas médicas.

Sabemos que levar o hospital de dia de oncologia ao domicílio pode suscitar algum grau de insegurança. Contudo, pelos nossos indicadores, as intervenções foram 100% seguras: não foi registado nenhum tipo de reação.

O reconhecimento é múltiplo: *in loco*, pelo testemunho de *feedback* dos doentes e cuidadores; os inquéritos realizados aos utentes que participaram e participam no projeto evidenciaram que o grau de satisfação é máximo; a nível de cobertura mediática, permitiu divulgar o carácter inovador e o impacto positivo na qualidade de vida dos doentes; de realçar ainda que o projeto ganhou, no ano passado, o primeiro prémio do *Health Care Excellence*, uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).

TELECONSULTA



SÉRGIO MEDINA DO ROSÁRIO
ULS Estuário do Tejo

A frase “para não deixar ninguém para trás”, é uma preocupação de todos. Mas quem é que nós não queremos deixar para trás? Na Unidade Local de Saúde (ULS) Estuário do Tejo, há 107.909 utentes sem médico de família, mais importante do que isso, sem equipa de família. Como diretor clínico para os cuidados de saúde primários da ULS, pude, de imediato, dar uma resposta a quem tinha acesso dificultado ao Serviço Nacional de Saúde, uma equipa de profissionais de saúde a estes utentes.

As vídeo-consultas têm sido uma resposta a curto-médio prazo, muito satisfatória para os utentes. Porquê? Encontrámos aqui um regime híbrido, um regime entre uma abordagem presencial e uma abordagem virtual.

As consultas processam-se da seguinte forma: depois do utente aceder à sua vídeo-consulta, vai ao seu Centro de Saúde – sendo utente sem equipa de família, dirige-se à sua Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – para efetivar a consulta, presencialmente, com o seu secretário clínico; se tiver exames de diagnóstico para partilhar com o médico, estes são digitalizados e enviados ao médico pelo secretariado; de seguida é chamado para uma consulta de enfermagem – extremamente importante, neste contexto; dentro das suas competências, a enfermagem faz uma avaliação inicial,

standard para todos os utentes, também dirigida aos motivos que levaram o utente a marcar a consulta; se o enfermeiro entender que necessita de falar com o médico, para além de toda a partilha de informação já feita por via informática, antecipadamente, o enfermeiro pode falar diretamente com o médico para alertar para algo que considere relevante; na consulta médica, o utente pode escolher ter algum familiar ao seu lado ou até mesmo ser acompanhado pelo enfermeiro que lhe fez a consulta de enfermagem, prévia à vídeo-consulta. Todo o processo de agilização da parte informática é feito por um técnico, em permanência. O utente não tem que manejar nada.

Apesar do médico aparecer sozinho no ecrã, o médico não está sozinho do outro lado. Todos os médicos são especialistas em medicina geral e familiar, com experiência em vídeo-consulta. O médico pode também encaminhar o doente para consultas hospitalares, se achar necessário ou, consoante o tipo de doença aguda, para outra consulta dos cuidados de saúde primários. Há um trabalho em rede e uma continuidade de cuidados.

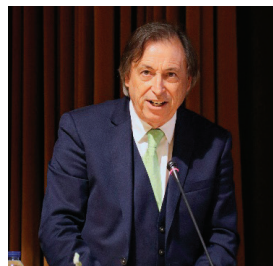
No final do processo, o utente considera que está num local seguro e identifica os cuidados de saúde e a resposta assistencial agora dada como excelente. Sente-se confortável, pelo meio ambiente que todos os profissionais criam e que a própria ULS proporciona para este tipo de consulta. Teve uma conversa direta, clara, perceptível para o seu grau de diferenciação com o médico e enfermeiro e fica sem dúvidas.

Neste momento, tudo isto se traduz num grau de satisfação elevado para o utente, porque vê toda uma estrutura centrada nos seus cuidados, que é aquilo de que ele mais necessita, onde antes, não tinha resposta. Outros ganhos indiretos, também são importantes para quem tem escassez de recursos humanos nas nossas ULS, como seja a dinamização de uma unidade de saúde que estava diminuída na resposta ao utente e que, de repente, tem uma vídeo-consulta. Aquela unidade ganha uma vida, temos profissionais de enfermagem e de secretariado clínico motivados com a nova dinâmica proporcionada aos utentes.

Sabemos que a motivação e a missão estão interligadas – estando motivados, vamos prestar ainda melhores cuidados de saúde à população, porque quando nos sentimos valorizados e cuidados, a motivação aumenta. E isto é tão importante para os profissionais de saúde como para os utentes. Porquê? Porque não queremos deixar ninguém para trás!

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO



FERNANDO J REGATEIRO
Coordenador da CNHCS-SNS

Renovo a minha saudação a todos os presentes. Saúdo também os membros da mesa de encerramento do Seminário, em que temos o privilégio de contar com a presença do Prof. Doutor Mário Lino Barata Raposo, Magnífico Reitor da Universidade da Beira Interior (UBI), que preside, e do Dr. Vítor Manuel Pinheiro Pereira, Presidente da Câmara Municipal da Covilhã. A ausência da Prof. Doutora Ana Paula Martins, Ministra da Saúde, fica a dever-se a razões supervenientes de última hora e de força maior. Nestas condições, a Senhora Ministra distinguiu-nos com o envio de uma mensagem que terei o gosto de ler, no final da sessão.

Neste momento, peço aos membros da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, a quem se deve o essencial do trabalho que nos trouxe até aqui, para virem até ao palco para que nos apresentemos, um a um, aos participantes neste Seminário.

A CNHCS-SNS promoveu este Seminário numa Covilhã fantásticamente acolhedora que não nos negou nada do que era necessário para fazermos o melhor. Alguma deficiência que tenha havido só pode ser atribuída a decisões da Comissão e, obviamente, à minha pessoa, como seu coordenador.

Assim, queríamos agradecer ao Senhor Presidente da Câmara Municipal da Covilhã, todo o acolhimento e todo o apoio, que foi muito, para aqui realizarmos esta reunião. Agradecer também todo o apoio e acolhimento dispensado pela UBI, que também foi muito, na pessoa do seu Magnífico Reitor e do Prof. Miguel Castelo-Branco Sousa como diretor da sua Faculdade de Ciências da Saúde. E agradecer ainda à ULS Cova da Beira, na pessoa do Dr. João Casteleiro, Presidente do seu Conselho de Administração, todo o apoio recebido, igualmente relevante. O suporte dado por estas instituições expressou-se através de contributos oriundos de diversos serviços e de diversas formas, como sejam os serviços sociais, as relações públicas e a comunicação, a logística ou a criação do “streaming” que tem permitido o seguimento do Seminário à distância. Devo dizer-vos que andei à procura desta última resposta longe daqui, sem sucesso, e em determinado momento procurei perto e, de imediato, encontrei a solução nos serviços da UBI.

Muito agradeço a adesão das ULS e IPO do País, pela sua presença neste Seminário, pela prontidão e certeza com que todos responderam ao pedido de preenchimento de questionário alusivo à humanização nos cuidados de saúde, e pela resposta de 20 instituições que se mobilizaram para identificar e apresentar uma boa prática do âmbito da humanização que têm em curso. Digo-vos que, sem a resposta das instituições de saúde, não teríamos um Seminário tão estimulante como o que tivemos, porque à riqueza e profundidade da conferência e dos painéis, faltaria o relevante complemento trazido pela informação sobre a realidade da humanização no País e pelo convívio com boas práticas de humanização de cuidados criadas por outros.

Permitam-me ainda que agradeça aos presidentes das mesas de abertura e de encerramento e às personalidades que as integraram, ao presidente da conferência e ao conferencista, aos moderadores dos painéis e aos respetivos palestrantes, bem como aos profissionais que apresentaram as 20 boas práticas de humanização em saúde. Todos foram impecáveis, todos foram extraordinários na mobilização de conhecimento e de reflexão, na forma próxima e comunicativa como nos deixaram as suas mensagens e a sua experiência.

Não saímos daqui iguais, depois de os ouvir! Saímos melhores, saímos mais preocupados, mais motivados para a realidade da humanização e para

o que gostaríamos que existisse, mas também conscientes de que bastante já existe nas áreas da humanização dos cuidados de saúde. No Seminário, foram abordados temas como a humanização em saúde como valor integral, a humanização como valor na terapêutica, no cuidar, na gestão e na doença, a realidade que temos em Portugal no âmbito da humanização dos cuidados de saúde, o lugar da medicina narrativa na humanização dos cuidados de saúde, as abordagens para a implementação da humanização e, na parte final do Seminário, a apresentação de boas práticas de humanização dos cuidados de saúde em Portugal.

A painel alusivo às boas práticas trouxe-nos experiências locais para que elas se possam disseminar. Miró disse um dia que “quanto mais local mais universal”. Assim desejamos que seja. Estas experiências têm todo o potencial, todas as condições, para serem projetadas para além da instituição em que foram geradas. Foi para isso que aqui foram apresentadas.

Para o Seminário do próximo ano, contamos trazer outras boas práticas, quicá algumas destas mais aprofundadas. Mas traremos sobretudo a resultante do que cada um fizer com o conhecimento destas experiências e com a sua ponderação holística. Para isso, os contactos aqui ficaram, a gravação do Seminário vai ficar disponível, e iremos incluir, em publicação eletrónica, os textos correspondentes às intervenções aqui proferidas.

Neste Seminário, falámos de empatia, do respeito pelo outro, da importância da compaixão, da necessidade da ternura, da valorização e da promoção de um relacionamento humanizado entre pessoas e instituições, entre os utentes e os profissionais de saúde, da necessidade de o relacionamento entre os profissionais de saúde ser próximo e humanizado, do papel também naturalmente importante que os familiares e os acompanhantes dos doentes têm em todo este processo. Recolhemos, como foi patente, desafios para a ação e reforçámos a ligação à malha do universo da saúde que, em cada instituição, tem mais a seu cargo a dinamização de procedimentos ligados à humanização dos cuidados de saúde.

Termino, agradecendo penhoradamente a todos e a cada um a vossa presença e os vossos contributos.

Bem hajam e bom regresso a casa.

ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO



VÍTOR MANUEL PINHEIRO PEREIRA

Presidente da Câmara Municipal da Covilhã

Magnífico Reitor, Prof. Doutor Mário Raposo, meu estimado amigo,
Senhor Coordenador da Comissão Nacional para a Humanização dos
Cuidados de Saúde no SNS, prezado Prof. Doutor Fernando Regateiro,
Senhor Presidente da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, Dr.
João Casteleiro, meu dileto amigo e companheiro de tantas lutas por uma
melhor saúde na nossa Região,

Senhor Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da nossa Univer-
sidade, Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco,

Estimada Prof. Doutora Ana Paula Duarte, Vereadora da Câmara
Municipal do Fundão,

Prezados palestrantes, excelentíssimas entidades e seus representantes,
Caros alunos, docentes,

Minhas senhoras e meus senhores;

Permitam-me que vos cumprimente a todos e vos dê as boas-vindas à
Covilhã, a esta nossa cidade da saúde, que gosta de receber, que gosta de
acolher e que gosta de fixar pessoas, nomeadamente profissionais de saúde.

Para nós, a saúde é um pilar estratégico do desenvolvimento regional,
uma âncora para o futuro do nosso território e das nossas gentes.

Como presidente da Câmara Municipal da Covilhã, é para mim uma honra e um grato prazer saber que escolheram a nossa cidade para realizar uma conferência sobre tão relevante tema. E o tema que esteve em debate é de suma importância.

É um “valor integral,” como nos diz o próprio programa. Um valor, acrescentaria eu, fundamental, não só para os profissionais, mas, sobretudo, para os utentes que dele podem beneficiar.

Falar de humanização em cuidados de saúde tem de ser mais do que um ‘chavão’ ou do que uma daquelas ideias feitas que ficam bem defender, mas que depois se esquecem.

A humanização em saúde tem mesmo de ser uma realidade. E, estou convicto que já o é, caso contrário não estaríamos aqui hoje.

A vossa presença aqui é já um sinal, um sintoma muito positivo de como encaram esta questão com seriedade. A realização deste seminário mostra o grau de compromisso que já todos assumiram quanto à humanização da saúde, nas mais diferentes vertentes.

Não sou especialista na matéria e, naturalmente, não terei a veleidade, a ousadia ou a pretensão de tentar prescrever qualquer receita a tão renomados profissionais.

Falo-vos apenas na perspetiva do utente, que já o fui e que, de vez em quando, o volta a ser, ainda que com menos gravidade.

E, como utente, garanto-vos, a empatia e o cuidado que os profissionais de saúde me dedicaram foi fundamental. Jamais o esquecerei e serei sempre grato por isso.

Acredito que o fizeram comigo (ainda não era Presidente de Câmara) e acredito que o fazem com tantos outros. E é também por isso, que agradeço a todos que o fazem com os seus pacientes.

Como autarca, como pessoa que todos os dias lida com os outros, conheço bem as dificuldades que enfrentamos quando não temos boas notícias para dar. Quando as regras ou o diagnóstico não são favoráveis àquela pessoa.

Nessas horas, seria bem mais fácil criarmos uma capa. Tornarmos-nos frios e objetivos. “Desumanizarmo-nos”. Comunicarmos a regra e a decisão, o diagnóstico e tratamento, e seguirmos.

Era bem mais fácil esquecermos que estamos perante a ‘D. Maria’, o ‘Sr. António’, ou o ‘Sr. Manuel’ e limitarmo-nos àquilo que as regras ou o protocolo e a ciência impõem.

Mas, estaríamos a cumprir corretamente a missão a que nos propusemos? Penso que não.

Enquanto autarca, sempre que lido com uma dessas situações, faço por nunca esquecer que, do outro lado, está uma pessoa, quantas vezes ansiosa, preocupada e até amedrontada.

Uma pessoa que não é um número, uma letra ou uma referência. Uma pessoa que tem nome, que tem família, que tem uma história de vida e que pode precisar de uma palavra extra de conforto, de um sorriso ou, quem sabe, simplesmente do meu silêncio.

Falo disto, para vos apelar a que não se ‘desumanizem’ e também para vos dizer que reconheço o quão complicada é a vossa tarefa.

Pedimos-vos que sejam empáticos, mas que não quebrem.

Exigimos que sejam humanos no contacto connosco, mas que nunca se permitam errar, como qualquer humano.

Pedimos-vos esforço, dedicação, abnegação, mas que nunca se queixem de cansaço.

Em suma, exigimos competência e perfeição, mas, muitas vezes esquecemos, que também vós, os profissionais de saúde, são humanos, e que a humanização nos cuidados de saúde também tem que abranger os profissionais.

E é exatamente por isso, que vos dirijo hoje, aqui, um agradecimento sentido, por podermos contar com todos vós.

Bem-haja a todos e, muito em especial, àqueles que se mantêm na nossa Cova da Beira. São mesmo essenciais e são-no cada vez mais.

Não é surpresa que o Interior tem cada vez mais dificuldades em atrair e fixar pessoas e, em particular, profissionais de saúde.

Reconhecemos que tem sido feito um esforço nesta área.

Temos o Curso de Medicina na Universidade da Beira Interior, que nos permite formar futuros médicos.

O nosso Hospital já foi reconhecido como hospital universitário e, depois de anos de intensa luta, temos finalmente a funcionar a Unidade de Cardiologia de Intervenção - ou Hemodinâmica, como preferirem designar.

Deixámos finalmente de ser uma zona cinzenta neste tipo de intervenção que salva vidas.

Aliás, em cinco meses, já efetuou cerca de 700 procedimentos.

Mas o caminho está longe de estar concluído. Temos ainda uma grande preocupação que visa diagnosticar e tratar os nossos doentes, evitando-lhes penosas deslocações, sofrimentos e avultados gastos de dinheiros públicos.

Estou a falar da Unidade de Medicina Nuclear do Hospital do Fundão que, como bem sabem, é parte integrante do nosso Centro Hospitalar.

Está em curso um procedimento que juntou virtuosamente os centros hospitalares universitários da Covilhã e de Coimbra, com o apoio da Câmara Municipal do Fundão, mas ainda não está concretizado tão almejado anseio.

Por isso, apelo a quem aqui hoje representa à Senhora Ministra – e faço aqui um parênteses para lamentar que não se tenha feito representar, não obstante o discurso que nos vai dirigir – que acompanhe, que monitorize e que acarinhe este projeto.

E esta não é a nossa única preocupação. Também temos cada vez mais dificuldades em captar médicos das mais diferentes especialidades, incluindo de medicina geral e familiar, aqueles que nos habituámos a chamar de médicos de família.

Somos um território envelhecido, pelo que não podemos ficar sem resposta de primeira linha. Não podemos deixar desamparados e sem apoio os nossos concidadãos, aqueles que, corajosamente, ainda teimam em permanecer no interior.

Isso não é coesão.

O País tem mesmo de olhar para estas questões. Precisamos de obstetras, pediatras, oftalmologistas e médicos de família. **Precisamos deles aqui**, para que os nossos hospitais não fechem, para que as nossas extensões de saúde possam funcionar.

Temos de formar médicos e temos de tomar medidas para os ajudar a fixarem-se no interior.

É preciso, é necessário que essas medidas abranjam os médicos recém-formados, ou que delineemos medidas especificamente direcionadas para esses recém-formados.

São eles que podem decidir fixar-se aqui, começar o seu percurso aqui. Porque depois de terem famílias e vidas construídas noutras paragens, será difícil.

As autarquias têm de ser parceiras neste processo, claro que sim, mas não nos podemos substituir ao poder central ou entrarmos numa espécie de leilão, em que cada autarquia, por desespero de causa, se vê obrigada a dar mais e mais para manter o seu médico.

Uma disputa em que um município dá uma casa, em que outro dá um subsídio e em que outro aprova um apoio à deslocação. Já está a acontecer.

Lutamos com aquilo que temos, mas será essa a estratégia adequada para um problema tão grave? Não será este mais um paliativo que apenas vai fazer com que o acesso à saúde seja cada vez mais desigual, beneficiando os que mais podem?

Julgo que é preciso mais.

Que esse plano - essa estratégia - o que lhe queiramos chamar, tem de ser dinamizado e coordenado pela Administração Central.

É um apelo que deixo aqui, a quem representa, à distância, a Senhora Ministra.

É preciso agir, para impedirmos a sangria dos profissionais dos nossos hospitais e, consequentemente, a sangria do nosso território.

É preciso estabelecer um plano integrado que nos permita ter condições de equidade e é preciso que esse plano também dê argumentos aos profissionais para se fixarem neste nosso Interior.

Já temos a segurança, as escolas e a qualidade de vida. Mas, a isto, tem de acrescer uma majoração nos ordenados. Algo que cativa e não seja apenas simbólico.

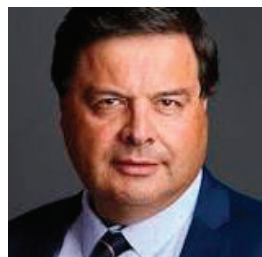
É preciso que as vagas sejam abertas, é preciso que os médicos tenham acesso e horas para fazerem a formação e a investigação que necessitam e querem.

É preciso que, estando aqui, possam também ter acesso aos grandes hospitais onde podem encontrar outro tipo de desafios.

Enfim, é preciso que tenhamos empatia com este território e que não o deixemos definhar, por falta de profissionais que possam ajudar-nos a cuidar da nossa saúde.

No município da Covilhã encontrarão sempre um parceiro. Por isso, podem contar com o nosso empenho, para trilharmos este caminho juntos. Bem-haja a todos, muito obrigado.

ALOCUÇÃO DE ENCERRAMENTO



MÁRIO LINO BARATA RAPOSO

Magnífico Reitor da Universidade da Beira Interior

Senhor Presidente da Câmara Municipal da Covilhã

Senhor Presidente da Assembleia Municipal

Senhor Coordenador da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde

Senhores e Senhoras Representantes das diversas entidades de saúde aqui presentes

Senhor Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Senhor Coordenador do CICS-UBI

Ilustres Oradores

Caros Docentes

Estimadas Alunas e Estimados Alunos

Senhoras e Senhores

É com grande honra e satisfação que cumprimento todos os presentes, que nos dão a honra de participar neste evento tão enriquecedor sobre “**Humanização em Saúde – Um Valor Integral**”, organizado pela Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, e que a Universidade da Beira Interior acolheu.

Gostaria de agradecer a todos os palestrantes que partilharam connosco os seus conhecimentos, experiências e, acima de tudo, o seu compromisso para com um cuidado mais humano e compassivo. Estou certo de que as suas contribuições inspiraram todos os presentes a levar adiante esses princípios na sua prática diária.

A humanização no sector da saúde é um tema que, sem dúvida, nos toca a todos, seja como profissionais da área, utentes dos serviços de saúde ou, simplesmente, como seres humanos. Transpõe técnicas e procedimentos, envolve empatia, respeito e a compreensão de que cada utente ou doente é um indivíduo único, com a sua própria experiência, receios e expectativas. É a capacidade de ver no outro mais do que uma doença ou circunstância; é ver uma pessoa completa, digna de atenção, cuidado e bem-estar.

A humanização em saúde é um valor integral e transversal a todas as áreas e níveis de atuação, desde o atendimento direto ao utente até à gestão e às políticas de saúde.

E se o ensino médico formal proporciona uma base sólida de conhecimentos teóricos e práticos aos estudantes de medicina, essencial para fornecer aos futuros médicos uma compreensão abrangente do corpo humano, das doenças e dos tratamentos disponíveis, a aprendizagem não termina com a conclusão da formação médica, muito pelo contrário. A complementaridade entre o ensino médico e a partilha de conhecimentos por parte de especialistas reconhecidos é fundamental para o desenvolvimento contínuo da medicina e para a formação de profissionais de saúde altamente capacitados.

A experiência e as perspetivas destes especialistas valorizam o conhecimento dos profissionais de saúde em formação e também daqueles que já exercem, o que ajuda a garantir que os profissionais de saúde se mantenham atualizados acerca dos mais elevados padrões de cuidados prestados aos doentes, permitindo-lhes estar na dianteira dos conhecimentos e práticas mais avançados.

É também neste contexto que, 25 anos após a sua criação, a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior dá passos largos na consolidação do prestígio que já alcançou nos planos do ensino e da investigação e na consequente captação de estudantes, assim como no desenvolvimento de projetos com cada vez maior relevância para a sociedade.

Reitero o meu agradecimento pelo convite para estar nesta sessão e desejo a todos um bom regresso às respetivas atividades.

Muito obrigado.

Covilhã, em 4 de julho de 2024

MENSAGEM DE ENCERRAMENTO DA MINISTRA DA SAÚDE



ANA PAULA MARTINS

Ministra da Saúde do XXIV Governo Constitucional de Portugal

Em primeiro lugar, quero agradecer o convite da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS (CNHCS-SNS), para participar no Seminário Nacional, com um cumprimento especial, permitam-me, ao Prof. Fernando Regateiro.

Ao contrário do que pretendia, não me é possível estar presente – reunião do Conselho de Ministros, em Oliveira de Azeméis. Mas não quis deixar de enviar algumas palavras sobre a humanização dos cuidados de saúde no SNS, um tema que considero muito importante e que deve nortear as respostas que são dadas aos nossos doentes.

A criação da CNHCS-SNS foi um passo na direção certa, porque a prestação de cuidados deve ter sempre presente a valorização, o respeito e a dignificação do ser humano.

A humanização na saúde deve ser, e é, um compromisso de cada profissional de saúde e de cada unidade de saúde, para com as pessoas que acolhem, cuidam, diagnosticam e tratam.

A qualidade dos cuidados de saúde vai além da garantia de que as melhores práticas clínicas são seguidas. Importa que a individualidade e

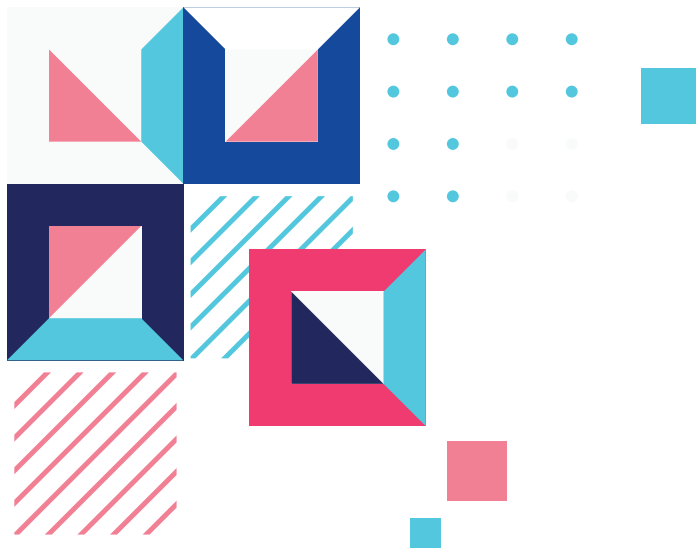
a personalidade de cada doente façam parte da abordagem das equipes de profissionais de saúde. A empatia e a compaixão, perante a fragilidade do ser humano, são condições essenciais nos cuidados de saúde.

Doentes que são cuidados num ambiente com humanização têm menos sofrimento, menos complicações e uma recuperação mais rápida, e isso também influencia a qualidade e a eficiência do SNS.

Humanizar a saúde significa olhar e cuidar cada pessoa como uma só, com foco na sua história, desde o nascer até ao morrer. E essa é forma certa de fazer saúde.

Muito obrigado.

Ana Paula Martins



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS



COMISSÃO NACIONAL
PARA A HUMANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE
NO SNS

ISBN 978-989-36368-1-7



9 789893 636817

