

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

RUDIRENE BUENO FLORES

**CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Porto Alegre

2021

RUDIRENE BUENO FLORES

**CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de conclusão apresentado para obtenção do
título de Especialização em Gestão da Saúde da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientador: Guilherme Dornelas Camara

Mentoria: Bruna Hentges

Coordenador de Curso Prof.: Ronaldo Bordini

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Flores, Rudirene Bueno
CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO PARA O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 / Rudirene Bueno
Flores. -- 2021.
36 f.
Orientadora: Guilherme Dornelas Camara.

Coorientadora: Bruna Hentges.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Especialização em Gestão Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Humanização. 2. Pandemia de Coronavírus. 3.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. I.
Camara, Guilherme Dornelas, orient. II. Hentges,
Bruna, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

RESUMO

Um atendimento hospitalar humanizado reflete na qualidade da assistência e propicia um ambiente mais favorável para a cura do paciente. Em tempos de pandemia, onde muitos protocolos de segurança ao paciente e ao profissional de saúde devem ser mantidos, o processo de humanização deve estar alinhado com todos os setores da instituição, a fim de conter a contaminação, mantendo o suporte necessário aos pacientes e seus familiares. Tem como objetivo entender como está se dando o manejo da atenção humanizada em hospitais durante a pandemia de COVID-19, trazendo um estudo de caso sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Utilizou-se como metodologia uma revisão bibliográfica integrativa, realizada através das plataformas SCIELO e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e um estudo de caso sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS. Tendo como resultados da pesquisa 108 artigos encontrados, dos quais 07 foram analisados. Diante do exposto nos artigos analisados e o atual cenário da pandemia de Coronavírus observou-se que os artigos, assim como a atuação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre relatam um atendimento com objetivo de prestar um acolhimento tal qual preconizado na Política Nacional de Humanização, com escuta e classificação de risco, assim como a preocupação com a qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento tão importante para uma atenção humanizada. O conhecimento da Política Nacional de Humanização assim como sua inserção no processo de trabalho ajudou a instituição a criar ações para contornar as barreiras impostas pela pandemia, no entanto para melhoria do processo de trabalho futuro observou-se a necessidade de continuar incorporando na formação profissional as diretrizes e o propósito do Humaniza SUS, pois a humanização deve ser uma prática para ser aprimorada, trabalhando a oferta e divulgação de estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão.

Palavras - Chaves: Humanização. Ambiente Hospitalar. Atendimento. Coronavírus.

ABSTRACT

A humanized hospital care reflects on the quality of care and provides a more favorable environment for the patient's cure. In times of pandemic, where many patient and health professional safety protocols must be maintained, the humanization process must be aligned with all sectors of the institution, in order to contain contamination, maintaining the necessary support to patients and their relatives. Its objective is to understand how humanized care is being managed in hospitals during the COVID-19 pandemic, bringing a case study about the Hospital de Clinicas de Porto Alegre, RS. An integrative literature review was used as methodology, carried out through the SCIELO and Virtual Health Library (VHL) platforms and a case study on the Hospital de Clinicas de Porto Alegre, RS. Having as research results 108 articles found, of which 07 were analyzed. Given the above in the articles analyzed and the current scenario of the Coronavirus pandemic, it was observed that the articles, as well as the performance of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre report a service aimed at providing a welcome as recommended in the National Humanization Policy, with listening and risk classification, as well as concern with the quality of the human factor and the relationship established between professionals and users in the care process, which is so important for humanized care. Knowledge of the National Humanization Policy as well as its insertion in the work process helped the institution to create actions to circumvent the barriers imposed by the pandemic, however, to improve the future work process, there was a need to continue incorporating professional training in professional training. guidelines and the purpose of Humaniza SUS, as humanization must be a practice to be improved, working to offer and disseminate strategies and methodologies to support sustainable changes in care and management models.

Keywords: Humanization. Hospital Environment. Attendance. Coronavirus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAUDE
COVID – 19	SARS-CoV-2 , CORONAVÍRUS
ECMO	OXIGENAÇÃO EXTRA CORPORÉA
HCPA	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDADES
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PNHA	PROGRAMAA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFRGS	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UTI	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos artigos da Revisão Bibliográfica x Estratégias de Humanização.....21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma.....	20
----------------------------	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....
1 BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO	12
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
2.1 RESULTADOS	19
3 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA	22
4 AS AÇÕES REALIZADAS PELO HCPA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 HCPA	23
4.1 COMUNICAÇÃO E VISITAS VIRTUAIS	24
4.2 MUSICALIDADE NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO.....	25
4.3 ANTECIPAÇÃO DO CUIDADO.....	25
4.4 FOCO NA SAÚDE MENTAL DOS COLABORADORES.....	26
4.5 LIDERANÇA PARTICIPATIVA E ATIVA	27
5 LIÇÕES DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA O HCPA...28	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

O conceito de humanização na assistência em saúde define-se através do vínculo e atenção ao usuário, garantindo seus direitos e de seus familiares, implicando a mudança da cultura do atual modelo de atenção. Devem ser valorizadas as diferentes necessidades sociais e os interesses de todos os membros envolvidos no contexto da saúde - o profissional, os gestores e o usuário- a fim de construir ações que garantam qualidade ao atendimento prestado no SUS, reafirmando seus princípios (BRASIL, 2007). Devido à necessidade de inclusão do processo de humanização como política de saúde, em 2003 o Ministério da saúde instituiu a criação da Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2010).

A PNH busca a ampliação do acesso ao SUS, atendimento acolhedor centrado na escuta do usuário, suas queixas e no reconhecimento de suas necessidades, baseado nos critérios de risco (gravidade, vulnerabilidade e risco), garantia de direitos dos usuários, redução de filas de espera, valorização dos trabalhadores e gestão participativa (BRASIL, 2013).

A pandemia de Coronavírus (SARS-CoV-2), conhecido popularmente por COVID-19, surgiu em 31 de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan na China alastrando-se rapidamente por todos os países. O vírus pode causar doenças que podem ir de uma simples gripe a uma pneumonia atípica, e em alguns casos, especialmente de pessoas com sistema imune fragilizado, a infecção pode evoluir, o que pode provocar sintomas mais intensos e colocar a vida em risco. O vírus pode se propagar de pessoa para pessoa por meio de gotículas do nariz ou da boca que se espalham quando alguém doente tosse ou espirra (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde determinou que todos os estados rastreassem todas as pessoas que haviam retornado de viagem ao exterior nos últimos 14 dias, estes deveriam ser testados e ficar em quarentena, evitando a propagação do vírus, porém, rapidamente a propagação do vírus estava sendo considerada de transmissão comunitária, quando indica que o vírus circula entre as pessoas, independente de terem viajado ou não para o exterior.

Diante da pandemia o governo do estado do Rio Grande do Sul decretou em março de 2020 medidas com restrições rígidas de circulação de pessoas e abertura de estabelecimentos para evitar a propagação do vírus, pois quanto menos pessoas circulando menor a probabilidade de haver mais casos de infecção, uma vez que a estimativa é de que uma pessoa contaminada dissemine o vírus para mais três pessoas. No entanto durante o ano de 2020 outros decretos foram publicados para flexibilizar as atividades, aumentando

exponencialmente o número de pessoas contaminadas e com necessidade de internação hospitalar (BRASIL, 2020).

O maior número de contaminados e com necessidade de internação hospitalar inicialmente foi centrado na população considerada de risco: idosos, doentes crônicos e pessoas com comorbidades, com o decorrer da pandemia e o atual cenário não há mais um grupo de risco específico, o vírus alastrou-se a todas as faixas etárias inclusive atingindo pacientes sem comorbidades (BRASIL, 2021).

Considerando a importância da pandemia e da instituição hospitalar na recuperação dos pacientes e o processo de humanização em ambiente hospitalar, desde aspectos do cuidado direto ao paciente até a percepção por parte da equipe multiprofissional da necessidade de cuidar também da família e dos profissionais que prestam o atendimento, onde o contato físico é a barreira mais estreita nesta pandemia (BRASIL, 2001).

Este estudo baseado em uma revisão bibliográfica integrativa sobre atendimento humanizado e a pandemia de coronavírus e um estudo de caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA justifica-se pela necessidade de revisarmos as práticas aplicadas no atendimento ao paciente e familiar principalmente considerado o momento de incertezas.

Em relação ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, localizado no estado do Rio Grande do Sul, instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atuando desde 1971 é uma das principais referências em hospital público de excelência em atendimento, certificado internacionalmente pela Joint Commission International (JCI), esse selo na prática significa que o hospital segue os padrões internacionais de qualidade e segurança. E quando o assunto é atendimento a instituição preza por práticas humanizadoras promovendo uma série de ações voltadas à cidadania, humanização e sustentabilidade (HCPA, 2020).

Com base neste estudo apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Como a literatura sobre humanização do atendimento hospitalar durante a pandemia contribui para refletir sobre essa prática no Hospital de Clínicas de Porto Alegre? O tema foi escolhido, pois independente das condições em que se desenvolva a prestação do cuidado, a qualidade do atendimento deve ser pautada na assistência humanizada e centrada na ética e respeito ao paciente, seus familiares e profissionais de saúde.

1 BREVE HISTÓRICO DO CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Desde 1948 a organização mundial da saúde (OMS) conceitua a saúde como “o estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948). Deste modo, a saúde, como um direito humano fundamental, passou a ser preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) após a II Guerra Mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição, mencionando em nível internacional, pela primeira vez, a saúde como direito humano, corroborado posteriormente a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948 (NYGREN, 2004).

Nos anos 90, o direito à privacidade, a confidencialidade da informação, o consentimento em face de procedimentos médicos praticados com o usuário e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais de saúde ganham força reivindicatória orientando propostas, programas e políticas de saúde (FORTES, 2004).

No Brasil a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, expõe no Art. 2º que à saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Além disso, dispõe sobre alguns preceitos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) como: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde. A partir desse marco histórico para a saúde no Brasil, foram construídos alguns alicerces que sustentam o programa de humanização no país (BRASIL, 1990).

No ano 2001, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O tema foi incluído, neste mesmo ano, como pauta na 11ª Conferência Nacional de Saúde. A PNHAH foi criada no intuito de promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. A humanização passou a ser considerada como elemento a ser alcançado e defendido pelo SUS para melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2001).

A humanização deixou de ser programa no ano 2003 e tornou-se uma política nacional, cujo cerne se volta para a busca pela materialização dos princípios e das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde. A temática humanização ganha nova inflexão, uma vez que deixa de estar limitado a programas que incluem vários projetos importantes, tais como o Parto Humanizado e a Humanização da Atenção Hospitalar (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) trouxe a proposta de se constituir como política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde (MS), visando traçar um plano comum e transversal através da valorização da dimensão humana das práticas de saúde. Surge como política construída para enfrentar e superar os desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde (BRASIL, 2004).

Sendo considerada como eixo norteador das práticas de gestão dos serviços e qualificação da atenção à saúde em todas as instâncias do SUS. Significa ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Autonomia e protagonismo do indivíduo são valores que fazem parte desta política (BRASIL, 2004).

No campo da saúde humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores comprometidos e corresponsáveis, estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. (BRASIL, 2010).

A Humanização como política pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses destes diferentes atores. (BENEVIDES, 2004).

São dispositivos da PNH: acolhimento e classificação de risco, colegiado gestor, contrato de gestão, equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, grupo de trabalho de humanização e câmara técnica de humanização, programa de formação em saúde, trabalho e comunidade ampliada de pesquisa, projeto memória do SUS que dá certo, projeto terapêutico singular, projeto de saúde coletiva, projetos co-geridos de ambiência, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, visita aberta e direito a acompanhante (BRASIL, 2004).

Já as diretrizes da PNH são orientações gerais que expressam o método da inclusão de gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde através de: clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2004).

A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (BRASIL, 2004).

A cogestão expressa tanto à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2004).

O principal objetivo do acolhimento é acolher e escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar os riscos e a vulnerabilidade, perceber a avaliação do próprio usuário em relação ao seu estado, além de responsabilizar à equipe para dar uma resposta ao problema/demanda/necessidade do usuário. Prestar um atendimento resolutivo, orientando/encaminhando, quando for o caso, o paciente e a sua família, para outros serviços de saúde, seja para atendimento ou continuidade da assistência (BRASIL, 2004).

Pessini (2002) ainda salienta que é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Considerando os usuários no processo de humanização, sua reivindicação pode ser sintetizada pelo clamor de qualificação e de ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços (BRASIL, 2010).

Para os trabalhadores ou uma parcela deles, por sua vez, querem melhores condições de trabalho e de formação, para lidar satisfatoriamente com a intensidade do impacto que o enfrentamento cotidiano da doença e do sofrimento impõe, bem como para dar conta dos desafios da assistência nas perspectivas da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde, consignadas pelo SUS (BRASIL, 2010).

Considerando as necessidades existentes de humanização as quais se fazem necessárias para ofertar um serviço de saúde mais humanitário que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos:

Fortalecer iniciativas de humanização existentes, desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção, aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão, implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (HUMANIZA SUS, pg.13, 2010).

E considerando a humanização no ambiente hospitalar precisa-se ter uma visão plural do ser humano, ou seja, uma visão holística do sentido do fenômeno da doença - fisiopatologia e de suas implicações socioeconômica e afetiva (BENEVIDES, 2005).

O ambiente hospitalar por muito tempo foi visto pela sociedade como local de doença, morte e angústia, a palavra “Hospital” vem do latim *Hospitalis*, adjetivo que significa “ser hospitaleiro, acolhedor, que hospeda” derivado de *hospes*, que quer dizer hóspede, estrangeiro, viajante. Durante a Idade Média, o hospital serviu basicamente para isso: hospedar doentes, viajantes e pobres (DE GÓES, 2004).

Humanizar a prestação dos serviços de saúde deve compreender a arquitetura hospitalar, a higienização, a utilização de cores suaves, favorecendo o desenvolvimento das atividades dos profissionais e a permanência dos usuários (SILVA, 2006).

A arquitetura hospitalar é um dos pontos que influenciam na humanização nas unidades hospitalares. Ventilação, iluminação, cores, espaços de convívio, entre outros elementos são fundamentais para tornar um ambiente mais acolhedor (DE GÓES, 2004).

Florence Nightingale já pensava nisso enquanto cuidava dos enfermos na guerra da Crimeia, em 1853. Visando conceitos como ventilação, iluminação e higiene, a enfermeira pioneira estabeleceu um novo modelo de espaço de internação. Dessa forma, inspirando a divisão clínica dos hospitais (NIGHTINGALE, 1989).

O serviço de higienização é um dos mais importantes tratando-se de ambiente hospitalar, tendo grande relevância no processo de atendimento ao paciente, assim como mecanismo imediato de proteção dos profissionais envolvidos no atendimento sendo a medida de controle para romper a cadeia de proliferação de infecção hospitalar (BRASIL, 2010)

Evidentemente, todos esses aspectos são importantes para a qualidade do sistema; porém, as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2001).

Para uma avaliação da complexidade da tarefa assistencial, em especial da realizada em hospitais, deve-se levar em conta que o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo e que a assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do paciente. Portanto, interagem as necessidades de quem assiste e de quem é assistido (MARTINS, 2001).

O profissional de saúde depara-se, em seu cotidiano, com situações de sofrimento e dor, sendo a morte de pacientes uma constante. As dificuldades para lidar com problemas durante a convivência diária com pacientes, familiares e colegas contribuem para suscitar situações de estresse, emergindo sentimentos traduzidos por onipotência, frustração e revolta (KOVÁČ, 2010).

Assim, nos dias atuais o significado de saúde reflete a conjuntura econômica, social, cultural e política, ou seja, ela diversificará dependendo da época, local, classe social, ou até mesmo dos valores individuais, das concepções científica, filosóficas e/ou religiosas (SECO et al., 2010).

Em situações de pandemia, a vulnerabilidades institucionais de saúde pode ficar mais acentuada, visto que muitas demandas emergentes precisam ser supridas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos acabam por assumir posição secundária em meio ao possível colapso do sistema de saúde. O conceito de vulnerabilidade em saúde é complexo e engloba as dimensões individual, social e política, de maneira que a chance de adoecimento é resultante de um conjunto de fatores contextuais, que se relacionam à falta ou acesso reduzido a direitos fundamentais (CASTELANELI, 2019).

A pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixa de ser o centro de atenções e passa a ser instrumentalizada em função de determinado fim, podendo ser transformada em objeto de aprendizado, o status do pesquisador, ou ser cobaia de pesquisa (PESSINI, 2005).

Considerando a pandemia e o processo de Humanização no atendimento publicado recentemente na Revista Latino-Americana de Enfermagem em 2021, o artigo *“Seguimento da saúde da criança e prematuridade: as repercussões da pandemia da COVID-19”*, expõem os elementos situacionais e as repercussões da pandemia da COVID-19 para crianças com histórico de prematuridade. O suporte e apoio dos profissionais de saúde às famílias com crianças prematuras são essenciais para promover saúde e prevenir danos, bem como reforçar as medidas de controle da infecção pela COVID-19. A vulnerabilidade pela prematuridade, vinculada à morbimortalidade, complicações e o período de hospitalização, pode deixar as crianças que apresentam necessidades de atenção especial de saúde com novas demandas de cuidados. Observou-se através do estudo que a atuação da enfermagem no cuidado e atenção a família mostrou-se como principal aliado para criar uma relação de atenção humanizada (SILVA, 2021)

Ainda sobre ofertar e assegurar um atendimento mais humanitário o artigo *“Escuta empática: estratégia de acolhimento aos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia por coronavírus contamination in nurses - first-person discourses”* também publicado Revista Latino-Americana de Enfermagem em 2021, aborda que promover espaços acolhedores e canais de escuta é essencial para que os integrantes da equipe sintam-se encorajados a identificar seus sentimentos e necessidades, ouvindo as demandas (TOBASE et al., 2021).

O caráter holístico de cada pessoa que impõe indagar sobre quais aspectos de sua vida são relevantes para o cuidado em saúde e como e com que legitimidade o profissional da saúde os abordará. Esse aspecto está ligado ao questionamento da liberdade de ação de profissionais, que pode ser constrangida por limitação de custos, compromissos e exigências administrativas e pela pressão dos pares. Os pacientes teriam sua liberdade restringida pela própria doença, pela falta de conhecimentos e por protocolos institucionais (DESLANDES, 2006).

Portanto, compartilhar decisões e responsabilidades seria uma consequência e uma reafirmação do fato de se considerar o outro como igual, revelando a ideologia emergente na época, segundo a qual, de acordo como o seu nível educacional, o paciente teria o direito à participação e talvez a obrigação de participar dos cuidados de sua saúde (DESLANDES, 2006).

Historicamente a pandemia oferece a necessidade de *“humanizar o humano”*, pesquisas realizadas em hospitais mostram que quando se trabalha com humanização a melhora do ambiente hospitalar traz benefícios como a redução do tempo de internação, aumento do bem-estar geral dos pacientes e funcionários e diminuição das faltas de trabalho entre a equipe de saúde, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos, trazendo benefícios para todos (MARTINS, 2001; MAZZETTI, 2005).

Considerando a temática da pandemia ao final de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de importância internacional devido à propagação global da doença respiratória aguda COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. No Brasil, em março de 2020, foi declarado o estado de transmissão comunitária em todo território nacional, com progressivo aumento do número de novos casos, elevação de internações e de óbitos, assim como observado em outros países (BRASIL, 2020).

O meio de transmissão do COVID-19, conhecido até o momento, se dá através do contato direto contato pessoal próximo, como toque ou aperto de mão ou indireto, sendo o contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos, por meio de gotículas de pessoas contaminadas através de saliva, espirros, tosse ou catarro (BRASIL, 2020).

A pouca informação sobre a doença e a gravidade de sua propagação requer um cuidado por toda população, no entanto, o paciente somente irá perceber seu adoecimento quando a doença aparecer e fazê-lo lembrar que tem um corpo e que pode morrer. Quando

uma pessoa se depara com uma doença grave, seu sentimento é de que deixou de ser dona de seu próprio corpo (BOTEGA, 2002).

Diante da pandemia este sentimento se intensifica, e o isolamento é outra questão que o paciente terá que enfrentar, e este, se faz necessário devido à incapacidade do sistema de saúde de acolher um grande número de pessoas infectadas, este processo de escassez ocorre tanto em hospitais públicos quanto privados (SARMED, 2020).

Os pacientes de hospitais públicos têm sobre estes a imagem já formada de estabelecimentos onde faltam médicos e o atendimento é ruim (COUTO, 2005).

Considerando o exposto por Couto e a oferta de serviços, a qual é muito menor do que a procura por atendimento, o poder de compra não é suficiente diante da escassez de serviços prestados, uma vez que ter plano de saúde ou possibilidade de buscar por atendimento particular não é garantia de ser atendido. Durante a pandemia hospitais privados do estado do Rio Grande do Sul fecharam suas portas por não ter mais como receber pacientes e prestar atendimento, demonstrando o quanto nosso sistema de saúde é frágil e demanda de ampliação de serviços, tanto no setor público como no privado (BRASIL, 2020).

O SUS é o único sistema de saúde que combina a universalidade e a integralidade, o atendimento é para todos, sem qualquer discriminação de sexo, raça ou condição social, perante a pandemia foi este serviço que ajudou que o sistema de saúde não entrasse em colapso, ocasionando mais óbitos por falta de atendimento além dos já ocasionados pela gravidade da doença.

Considerando a gravidade da doença e a necessidade de um atendimento mais humano que humanização do cuidado é um tema que abrange muitas mudanças, englobando desde o tratamento humanizado ao paciente, passando pela readequação do ambiente para melhor recepção e qualidade da assistência prestada, até a capacitação de profissionais através de educação permanente (GOULART, 2010).

Considerar que além da educação permanente dos profissionais é preciso perceber o imperceptível, ou seja, olhar e ouvir as necessidades não verbalizadas pelo cliente, mas por ele expressadas em gestos, palavras balbuciadas, olhares e outras mensagens corporais que podem ser decodificadas pelo profissional que o está atendendo (SOUZA, 2010).

É importante ter um olhar para a Humanização da Assistência para que não se crie um ambiente de desumanização, a qual tem como conceito "tratar pessoas como coisas" (*thinging*), indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica (DESLANDES, 2006).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de Revisão Bibliográfica Integrativa acerca de manter um cuidado pautado no atendimento humanizado aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 internados em Hospital. A Revisão Integrativa é um instrumento de obtenção, identificação, análise e síntese da literatura direcionada a um tema específico (Souza, 2010) .

Considerando o objetivo do estudo, os artigos referentes à temática abordada, foram pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base de dados Scielo (*Scientific Electronic Library*). Para tanto, utilizou-se as combinações com descritores: Humanização Hospitalar, atendimento ao paciente suspeito ou com diagnóstico de Covid-19 ("*Humanization in Hospital Care*" OR "*assistance to suspected*" OR "*diagnosed with coronavirus*");

Os critérios de inclusão foram artigos cujo tema central seja Humanização Hospitalar e a assistência aos pacientes suspeitos ou com diagnóstico de COVID-19, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão em primeira seção foram artigos que não continham em seu título a palavra humanização, em seguida os artigos que não descreva humanização no ambiente hospitalar e pesquisas que não contemplem a assistência direta aos pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

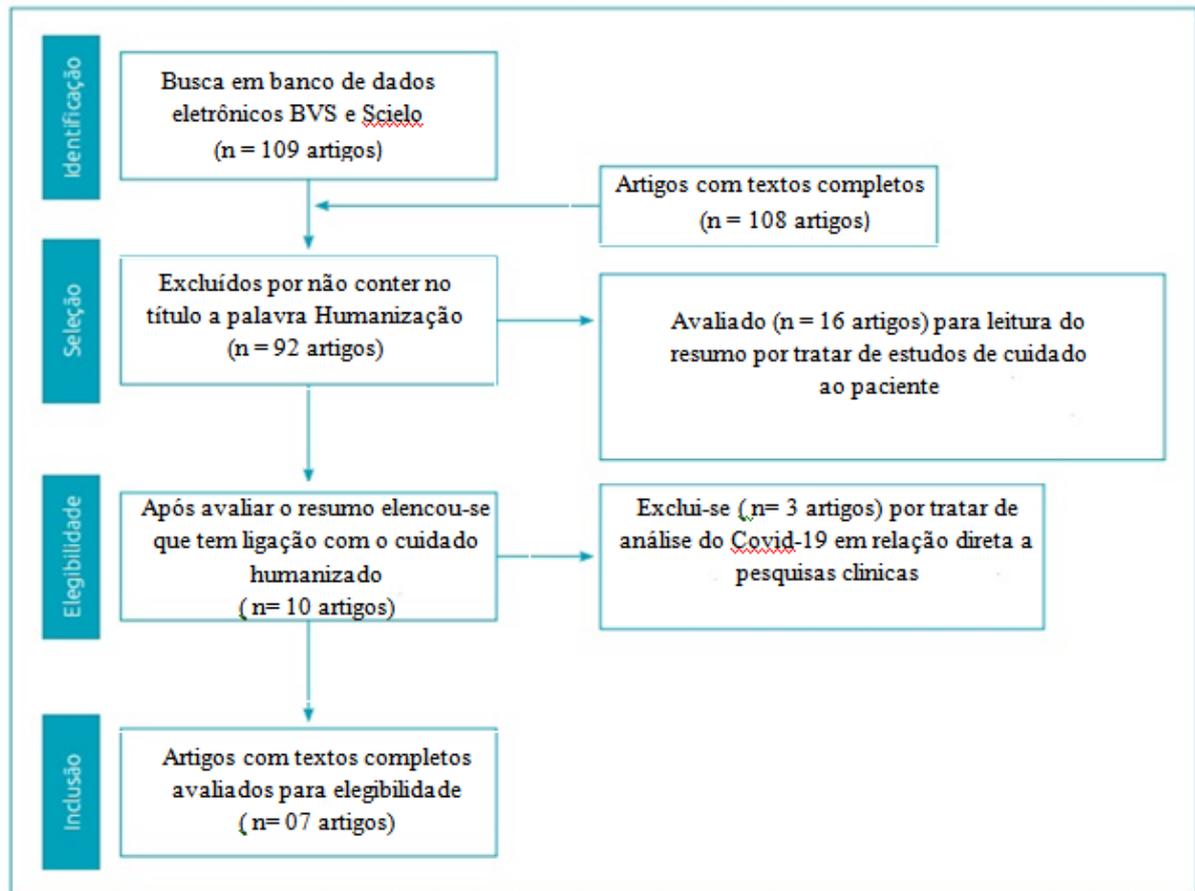
Com base na análise, verificou-se que a maior parte das publicações sobre o tema humanização em relação à pandemia de coronavírus ainda é muito escasso, devido ao fato da pandemia por Coronavírus ainda ser um tema muito recente, os estudos em maior número abordam a pandemia e os estudos clínicos para tratar a doença, além dos estudos para criar vacinas para frear a expansão e proliferação do vírus no mundo.

Para análise da humanização no Hospital de Clínicas utilizou-se como base de dados o site da instituição e a publicação sobre os nove meses de enfrentamento da covid-19 um relato de experiência da instituição embasada em uma gestão compartilhada e participativa, tendo o atendimento focado na empatia como principal diferencial para enfrentar uma pandemia.

2.1 RESULTADOS

A partir da revisão integrativa, foram encontrados 108 artigos. A Figura 1 sintetiza os resultados.

Figura 1 – Fluxograma



Fonte: Biblioteca Virtual – BVS e SCIELO - Scientific Electronic Library

Dos 108 artigos analisado, 92 artigos foram excluídos devido a ter enfoque apenas na pesquisa clínica em torno da pandemia sem considerar o atendimento humanizado, apenas 07 artigos foram utilizado, apesar de não ter em seu título a palavra humanização, após a leitura do artigo na íntegra foi observado que abordavam o atendimento humanizado e a pandemia de coronavírus, relatando a assistência hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19.

Para análise e exclusão dos artigos foi necessário esquematizar um tabela contendo todos artigos analisados e quais enquadravam-se na pesquisa, dos quais apenas 7 abordaram a temática.

O quadro 1 aborda e sintetiza os artigos analisados e o objetivo de cada um. É possível constatar que todos os artigos que compuseram a amostra ressaltam o processo de humanização hospitalar e a importância da antecipação do cuidado e o olhar único para cada paciente se faz necessário e demonstra a abordagem da humanização explicitada em cada artigo.

Quadro 1 – Relação dos artigos da Revisão Bibliográfica x Estratégias de Humanização

Artigo	Objetivo	Estratégia de humanização na assistência hospitalar	Autor
1	Identificar que em cada cinco pacientes Receptores de Transplante Renal foi a óbito após a realização do transplante, devido a fatores de comorbidades relacionado à infecção por covid-19.	Há a necessidade de considerar o receio do paciente em se submeter a procedimento cirúrgico nesse período, além da cautela das equipes na avaliação de risco e benefício para cada paciente, principalmente pelos riscos de contaminação do paciente e suas comorbidades.	REQUIAO et al, 2021
2	Analisar que a identificação de pacientes com nova doença Coronavírus exigindo admissão hospitalar ou com alto risco de mortalidade intra-hospitalar é essencial para orientar a triagem de pacientes e fornecer tratamento oportuno para pacientes hospitalizados de alto risco, sendo preditivos independentemente tanto de admissão hospitalar quanto de mortalidade intra-hospitalar.	Oferecer um atendimento acolhedor e resolutivo baseado nos critérios de risco (vulnerabilidade, gravidade e risco).	HALALAU et al, 2021
3	Identificar que a gravidez e o parto são situações que, pelas suas características, requerem um esforço maior para adaptar a nossa prática sem perder essa dimensão humana. Na situação atual devemos ser muito mais críticos em relação às informações científicas que nos chegam, para não cair em protocolos de saúde injustificados em detrimento dos pacientes.	Importante criar protocolos que tenham a responsabilização e o vínculo entre paciente e instituição de saúde.	LÓPEZ, 2020)
4	Ressaltar a importância da utilização de tecnologias leves e a educação em saúde, em tempos de pandemia.	Ampliar as práticas de educação em saúde como princípios éticos e transversais ao cuidado durante a pandemia da COVID-19, sendo fundamental a produção do cuidado, ainda mais poroso aos anseios e necessidades da população.	
5	Refletir sobre as consequências que uma abordagem prévia frente a uma pandemia pode trazer benefícios aos pacientes oncológicos.	É importante encontrar um equilíbrio entre o manejo da infecção e o atendimento oncológico oportuno e sem atrasos. O envolvimento multidisciplinar dos profissionais de saúde envolvidos é importante para garantir a comunicação adequada e garantir a segurança de todos os prestadores de cuidados.	D'SOUZA et al, 2020
6	Ressaltar que não há dados suficientes para recomendar a favor ou contra o uso rotineiro de oxigenação por membrana extracorpórea – ECMO.	Durante este período crítico da pandemia, é ainda mais importante treinar pessoal, mobilizar recursos, planejar e se preparar para um possível aumento de pacientes que precisam de suporte de oxigênio extracorpóreo. Nesses pacientes, o suporte com ECMO pode ser uma modalidade de resgate importante.	AHMED et al, 2021
7	Analisar que as instituições hospitalares deverão trabalhar o pós-alta dos pacientes covid-19, promovendo a reintegração em comunidade para melhorar a qualidade de vida, mesmo diante de uma sobrecarga de pacientes graves o olhar único para cada paciente se faz necessário.	Necessidades de olhar o paciente como foco no atendimento integral é não só a doença, pacientes no pós alta covid necessitaram de um acompanhamento intensivo demandando cuidados de uma equipe multidisciplinar, necessitando de uma gestão participativa dos serviços, princípio da Humanização.	MAYER et al, 2020

Uma das principais metas da Humanização Hospitalar é a dignidade do ser humano e o respeito de seus direitos. Dessa forma a dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem estar são fatores que necessitam ser observados na relação paciente - equipe de saúde. E segundo Martins (2003) a humanização hospitalar pode ter varias motivações: terapêuticas, financeiras, humanitárias e éticas conforme sintetizadas no quadro 3.

Após o estudo dos artigos, foram descritas as ações adotadas pelo HCPA durante a pandemia com o intuito de manter a humanização do atendimento. Em seguida, as lições advindas da literatura foram cotejadas com o empreendido pelo HCPA.

3 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Os artigos explicitados acima no quadro 1, dizem que prover atendimento humanizado em casos críticos pensando no bem estar do paciente diante da pandemia requer uma série de protocolos de segurança, pois estamos lidando com uma pandemia desconhecida, há a necessidade de considerar o receio do paciente, além da cautela das equipes na avaliação de risco e benefício para cada paciente, principalmente pelos riscos de contaminação. O aumento expressivo de pacientes necessitando de tratamento intensivo em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI necessita que tenha um olhar diferenciado conforme descrevem os autores.

Segundo Pereira (1999), o envolvimento de profissionais de diversas áreas tornou o gerenciamento da UTI mais complexo, uma vez que o empenho dos profissionais deve ser direcionado para o melhor cuidado com o paciente. Visto assim, a equipe fica também bastante exposta emocionalmente, pelo vínculo criado com pacientes e familiares, gerando ansiedade e desajustes individuais. Diante disto, o estabelecimento de uma boa relação da equipe com os acompanhantes deve ser priorizado, visando diminuir os conflitos que poderão surgir (PEREIRA JUNIOR et al., 1999).

Para Brasil (2004) a Unidade de Tratamento Intensivo – UTI é um ambiente de grande especialização e tecnologia, identificado como espaço laboral de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para isso, ambos devem ser capacitados para atendimento desta demanda e serem possuidores de grande aporte de conhecimento técnico e científico, habilidades e destreza para a realização de procedimentos

Durante este período crítico da pandemia, é ainda mais importante treinar pessoal, mobilizar recursos, planejar e se preparar para um possível aumento de pacientes que necessitem de atendimento e tenham seu estado de saúde instável necessitando de tratamento intensivo em leito de UTI.

Segundo a PNHA, as ações não devem se restringir à busca de melhorias na instituição hospitalar, mas estender-se também, à formação educacional dos profissionais de saúde – atualmente bastante deficiente no que se refere à questão da humanização do atendimento. É no processo de formação que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde. (BRASIL, 2001).

Considerando a necessidade de atendimento e de redefinição de espaços hospitalar para atender a grande demanda gerada pela pandemia de coronavírus será demonstrado algumas das ações realizadas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual adotou medidas que auxiliaram na manutenção de um atendimento humanizado pautado na segurança e na confiabilidade entre equipe assistencial e a família.

4 AS AÇÕES REALIZADAS PELO HCPA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19HCPA

Discutir a humanização da assistência permite que sejam abertas questões essenciais que podem problematizar diversos temas e construir novos contextos sobre as políticas de saúde. Neste contexto, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, ambiente que normalmente percorrem pacientes acompanhados por seus familiares em busca de atendimento, tendo um ambiente conhecido e acolhedor, perante a pandemia o cenário mudou. O paciente encontra um ambiente cheio de barreiras de proteção, com profissionais devidamente vestidos com aventais de proteção, máscaras de proteção fácil, ficando difícil até reconhecer qual profissional encontra-se por trás daquela vestimenta.

A pandemia criou um ambiente que impacta direto na forma de prestar um atendimento humanizado, para quem necessita de atendimento hospitalar e para quem presta o atendimento.

Todos os pacientes que procuram atendimento hospitalar durante a pandemia devem passar por protocolos de manejos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde, no qual, todos devem ser avaliados clinicamente e os que apresentem sintomas gripais devem ser isolados e submetidos a exames de diagnóstico laboratorial, durante o aguardo do resultado do exame estes ficam em área de isolamento, na qual não poderá estar acompanhado por nenhum familiar. A desumanização do atendimento gerado por este processo de espera e aflição tanto para o paciente quanto para a equipe assistencial é a maior barreira no processo de ofertar um atendimento mais humanizado durante a pandemia.

Além dos pacientes a equipe assistencial do hospital enfrenta diariamente o drama da pandemia, o número de pacientes que apresentam uma mudança rápida no quadro clínico, necessitando de internação em UTI reflete à gravidade da doença, as famílias depositam toda a esperança na mão da equipe, a qual trabalha exaustivamente para oferecer o melhor atendimento, e quando um paciente vai a óbito, há um sentimento de perda também para a equipe, gerando uma sobrecarga emocional.

Diversas iniciativas foram desenvolvidas para tentar criar ações mais humanizadas para facilitar a comunicação, acolher e apoiar pacientes e equipe assistencial, tais ações estão descritas nos itens abordados a seguir.

4.1 COMUNICAÇÃO E VISITAS VIRTUAIS

A comunicação via telefone móvel, algo que até a chegada da pandemia parecia uma forma tão distante de atender o paciente, tornou-se grande aliado para que os familiares possam receber notícias dos pacientes internados em unidades de isolamento, do outro lado da linha a inquietude de quem aguarda por notícias, muitas vezes não tão boa e a difícil missão de transmitir um pouco de solidariedade à família passa a ser de responsabilidade da equipe multidisciplinar a qual conta com médicos, enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e administrativo (HCPA, 2020).

Além do contato telefônico para transmissão do quadro do paciente, vídeo chamada e reuniões online com a família é a forma mais próxima que a equipe encontrou para que o paciente sintasse mais acolhido, por mais solidário e afetivo que seja o atendimento da equipe da instituição, o paciente apresenta uma melhora ao avistar sua família, pois ali encontra força para continuar e melhorar, pensando em logo estar na sua casa (HCPA, 2020).

Na Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Covid, a equipe multidisciplinar ajuda os pacientes a se comunicarem com seus familiares inclusive antes da intubação, momento de grande incerteza e insegurança, pois o quadro do paciente pode não ser revertido, as visitas tão aguardadas em ambiente hospitalar já não podem mais ocorrer pessoalmente e agora estas ocorrem pelo celular e pensando em deixar o ambiente mais humanizado a equipe solicita aos familiares o envio de fotos para que possam deixar fixadas ao lado do leito para quando o paciente for extubado possa encontrar um ente querido ao seu lado (HCPA, 2020).

Necessitando estar devidamente paramentados para atuação no UTI, os profissionais acabam por ter dificuldades de se reconhecerem entre si e de serem identificados pelos

pacientes. Para facilitar as relações e humanizar o ambiente, o Grupo do Cuidado Centrado no Paciente idealizou crachás maiores e mais fáceis de serem visualizados (HCPA, 2020).

4.2 MUSICALIDADE NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

Outra iniciativa que a equipe tem utilizado é recursos como música ambiente da preferência do paciente, a qual é identificada através de uma entrevista que a equipe faz com a família sobre as preferências do paciente e estas informações são alocadas no prontuário, tudo para que a pessoa se sinta ambientada e acolhida. Outras iniciativas, como serenatas para os pacientes, feitas pelos próprios profissionais voluntários cantam e tocam instrumentos, também fazem parte das ações de humanização (HCPA, 2020).

4.3 ANTECIPAÇÃO DO CUIDADO

Todos os serviços do hospital buscaram aprimorar suas ações, assim aconteceu com o serviço de Neonatologia, assegurou que o HCPA chegasse a setembro de 2020, sete meses de pandemia, sem qualquer caso de transmissão de covid-19 entre os bebês. Normalmente, são colocados em incubadoras apenas os prematuros, que necessitam de cuidados intensivos. Mas o hospital investiu na aquisição de incubadoras para todos os bebês, criando uma barreira extra de proteção. Desde março, passaram pelo berçário e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal 428 recém-nascido (HCPA, 2020).

A utilização de tecnologias leves (atendimento humanizado) e duras (utilização de equipamentos), exemplo: Oxigenação por Membrana Extra Corpórea – ECMO ofertadas tanto para quem adquire COVID – 19 quanto para os demais pacientes que continuam a apresentar doenças agudas e crônicas o HCPA é instituição pública do Rio Grande do Sul que mais faz atendimentos com a tecnologia ECMO, e o diferencial da instituição está em poder contar com uma equipe qualificada e experiente (HCPA, 2020).

Pensando nos riscos que uma gravidez em meio a uma pandemia pode causar, pesquisadores do HCPA e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS realizaram um estudo que identificou que grávidas que contraíram coronavírus durante a gestação podem apresentar pré-eclâmpsia, uma doença caracterizada principalmente, por pressão arterial alta e problema renal - durante a gestação, diante de tal estudo a instituição

pode prestar uma atenção pautada no cuidado diferenciado e direcionado para as necessidades reais do paciente (SCIENTEDIRETC, 2020).

4.4 FOCO NA SAÚDE MENTAL DOS COLABORADORES

Assim como fisioterapeutas, médicos intensivistas e equipe de enfermagem o profissional de psicologia nunca foi tão importante quanto na pandemia, este que por muitas vezes era visto apenas em áreas específicas tais como oncologia, psiquiatria e unidade de cuidados paliativos, passou a ser inserido e requisitado com maior necessidade nas unidades de tratamento de pacientes com Coronavírus.

Sebastiani e Chiatone (1991) afirmam que:

O psicólogo não está apenas atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, à busca da visão ampla possível de quem é e como está o paciente frente ao seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento, tendo como o principal objetivo resgatar a visão do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocioespiritual, que tem como princípio básico da própria existência o direito inalienável à dignidade e ao respeito (SEBASTIANI ; CHIATONE, 1991).

Resgatar a confiança do paciente, trabalhar as queixas e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, buscando ajuda da família que mesmo distante tem a função de oferecer uma melhor compreensão do estado do paciente é a função do psicólogo.

Para ofertar um atendimento humanizado há necessidade de trabalhar a humanização entre os profissionais de saúde e a pandemia pode afetar tanto a saúde física quanto a saúde mental do profissional de saúde, através do projeto Telepsi do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com o Ministério da Saúde, oferece teleconsulta psicológica e psiquiátrica á profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), o projeto ajuda tanto os profissionais do hospital quanto outros profissionais que venham a necessitar, quando profissional é acolhido pela instituição que trabalha sente-se mais confiante para exercer suas funções.

Segundo Oliveira et al (2020), a pandemia pode ser o fator desencadeante de quadros de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, insônia, irritabilidade, ansiedade e exaustão emocional. Isso devido às incertezas, sobrecarga de trabalho e os riscos aos quais os profissionais estão expostos.

Pensando na necessidade de cuidar também de quem cuida que a instituição lançou o projeto Promoção de Saúde Mental em Tempos de Pandemia realizados pelo Hospital de Clínicas conta com a participação de pesquisadores, mestrandos e doutorandos da psiquiatria, psicologia, medicina, nutrição e neurociências. O propósito é oferecer ferramentas para lidar

com estresse, ansiedade, insônia e outras dificuldades que estamos encontrando neste momento de pandemia (HCPA, 2020).

O Ministério da Saúde divulgou em setembro de 2020, resultados preliminares de uma pesquisa direcionada à saúde mental dos trabalhadores na COVID-19. O resultado se deu por taxas elevadas de ansiedade (86,5%); transtorno de estresse pós-traumático (45,5%) e de depressão (16%) em sua forma mais severa (BRASIL, 2020)

Entre tantas ações percebidas no ambiente hospitalares para tornar a internação do paciente menos traumática, estas só são passíveis de inclusão quando os profissionais estão engajados com as ações da instituição e queiram incorporar as suas práticas de atendimento. (HCPA, 2020).

4.5 LIDERANÇA PARTICIPATIVA E ATIVA

A equipe de gestão e liderança da instituição foi fundamental neste momento de incertezas, criou um grupo de trabalho com equipe multiprofissional para enfrentamento da pandemia, pensando em prover um ambiente mais humanizado, oferecendo um direcionamento às necessidades de hospitalização dos pacientes, conseguiu em tempo recorde criar e colocar a disposição da população leitos para atender as necessidades de internação que aumentavam gradativamente criando um colapso na saúde pública e privada do estado.

Reunir os profissionais que seriam alocados na linha de frente dando-lhes credibilidade e criando um cenário de segurança e de controle de infecção foi primordial para dar andamento aos atendimentos, preocupar-se com os colaboradores é o primeiro ato de humanização de qualquer instituição.

Outro destaque foi atuação de professores e residentes fora de seus serviços e especialidades originais, reforçando as equipes da emergência, serviço de medicina ocupacional, enfermarias e UTI, unidades que tiveram um aumento expressivo na demanda por atendimento. Professores, inclusive, assumiram, no momento de maior demanda, a atividade de comunicação com os familiares dos pacientes, possibilitando que os médicos resguardem sua atenção para assistência (HCPA, 2020).

Considerando as ações do HCPA e a trajetória da Política Nacional de Humanização e a relação destas com a pandemia de coronavírus que tomou conta do mundo as lições que o processo de cuidado humanizado reflete na atenção a saúde é explicitado a seguir.

5 LIÇÕES DA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA O HCPA

A expressão verbal, o sorriso, o abraço ou até mesmo aquele aperto de mãos na hora de recepcionar o paciente tão necessário quando falamos em comunicação e afetividade, diante da pandemia e da necessidade de utilizar máscara facial e manter o distanciamento, para proteção tanto de quem atende quanto de quem é atendido é a nova realidade, expressar-se através do olhar é a nova forma de comunicar e transmitir empatia, solidariedade e afeto.

Diante do exposto nos artigos analisados e o atual cenário da pandemia de coronavírus observou-se que:

As principais semelhanças entre os artigos 2, 3, 4 e 5 (HALALAU et al, 2021; LÓPEZ, 2020; SECCON, 2020 e D'SOUZA et al, 2020) e a atuação do HCPA encontra-se no atendimento com classificação de risco e vulnerabilidade, atenção pautada no cuidado diferenciado e direcionado para as necessidades reais do paciente no casos das gestantes através de direcionamento de ações preventivas uso de tecnologias leves como ações de acolhimento e de integração entre equipes conforme mencionado nas ações do HCPA.

Apesar do artigo 6 (AHMED et al, 2021) apresentar que não há dados suficientes para recomendar o uso de ECMO (oxigenação por membrana extracorpórea) equipamento que realiza o trabalho dos pulmões em pacientes com quadro grave de infecção respiratória decorrente da covid-19, utilizar-se de todos os meios possíveis e acessíveis para salvar vidas é a essência da prestação de serviço hospitalar. O HCPA é uma das poucas instituições públicas que durante pandemia estava capacitada e com capacidade tecnológica para atender aos vários pacientes que se beneficiaram desta técnica, todavia é preciso considerar individualmente cada caso, para selecionar os candidatos que mais podem se beneficiar com o tratamento. Por ser uma tecnologia de resgate para doentes em condições críticas, desde que atendidos critérios de seleção estabelecidos por um protocolo internacional, de abril a outubro de 2020, 50 infectados com covid-19 foram avaliados para uso do ECMO, sendo 11 deles submetidos ao tratamento com o equipamento. Desse total, oito chegaram a ser extubados, dos quais seis sobreviveram. No entanto, o aparato não é pago pelo SUS, embora todos os pacientes que receberam o tratamento no HCPA tenham sido atendidos pelo sistema público de saúde brasileiro. Os insumos (oxigenador e cânulas) custam em média 26 mil reais para cada doente. Esse material foi custeado inicialmente por verbas recebidas do Ministério da Saúde e por recursos obtidos através de parceria com o Hospital Moinhos de Vento (HCPA, 2020).

A antecipação do cuidado alinhado ao uso de tecnologias de alto desempenho apesar de não ser prevista na PNH é o diferencial da atenção humanizada do HCPA.

Já o artigo 7 (MAYER et al, 2020), remete a um estudo no qual sugere que pacientes infectados por covid-19 que tenham internação prolongada em UTI necessitam de um acompanhamento pós alta para sua melhor reabilitação, tal necessidade explicitada na PNH a qual considera como pauta de gestão dos serviços de saúde o ato de escuta, planejamento, execução e avaliação de ações/processos que deve constituir um movimento inseparável, sempre com o caráter de avaliar coletivamente para produzir sinais indicativos dos rumos que precisam ser redirecionados (BRASIL, 2011).

Em relação ao artigo 1 (REQUIAO et al, 2021) e o que expressa a PNH que aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004). Considerando o exposto pela PNH prover atendimento em casos críticos pensando no bem estar do paciente mesmo diante de uma pandemia é essencial e necessário considerar o receio do paciente em se submeter a procedimento cirúrgico nesse período, além da cautela das equipes na avaliação de risco e benefício para cada paciente, principalmente pelos riscos de contaminação do paciente.

Esta mudança de postura é necessária, pois, segundo levantamento da Fundação Oswaldo Cruz, enquanto na população geral a taxa de letalidade da Covid-19 em 2020 foi de 2,5%, em pessoas que receberam transplante de órgão esse número ficou em torno de 20% a 25%, de acordo com a Sociedade Brasileira de Transplante de Órgãos. (ABTO, 2020). O Brasil tem, atualmente, o maior programa público de transplantes do mundo, com financiamento gratuito de 95% de suas atividades transplantadoras pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os outros 5% da atividade de transplantes são financiados pelos planos de saúde privados ou pelo paciente, o que é mais raro. (FIOCRUZ, 2016).

No contexto da pandemia não só os pacientes de transplantes renais foram consideravelmente afetados, devido ao aumento no número de internações pelo novo coronavírus as cirurgias e consultas eletivas também foram afetadas.

Considerando a orientação da Secretária de Saúde a partir de abril de 2020 as cirurgias e consultas eletivas deveriam ser suspensas até segunda ordem, medida necessária para que a força de trabalho da equipe técnica, a área física e os equipamentos hospitalares fossem disponibilizados na integralidade para atendimentos a pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 (BRASIL, 2020).

Com a pandemia da Covid-19, a realização deste tipo de atendimento eletivo ficou muito comprometida e a normalização do atendimento ainda é incerta. Devido à necessidade de internação a maioria das cirurgias, ficou praticamente inviável manter o fluxo normal destas operações no cotidiano do hospital: tanto pelo volume do trabalho dos médicos — que ficaram sobrecarregados com as hospitalizações do novo coronavírus e não tiveram disponibilidade para as intervenções — quanto pela segurança dos pacientes, que ficariam expostos a Covid-19 em ambiente hospitalar (BRASIL, 2020).

O cancelamento das cirurgias e procedimentos ocorreu pela instituição e pela iniciativa de pacientes e/ou médicos devido principalmente ao receio do contágio pelo coronavírus. Isso decorrente da disponibilidade restrita de conhecimento científico, além de informações não confiáveis que circularam abundantemente, gerando grande insegurança. Em situações como esta foi preciso pensar a humanização em sua condição mais ampla, conforme prevê a PNH: cuidado ao paciente, família e equipe (BRASIL, 2010).

Assim como previsto como diretriz da PNH o acolhimento com classificação de risco, no qual, todas as pessoas que buscam o serviço são atendidas, mas aquelas que precisam mais (pessoas que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade, que tem maior risco de agravamento do quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estejam mais frágeis) terão prioridade no atendimento (BRASIL, 2010). Desse modo moldou-se a forma de atendimento do HCPA, pacientes com suspeita ou que positivaram para covid-19 tiveram prioridade no atendimento devido a sua situação de saúde podendo apresentar um maior risco de agravamento do quadro clínico.

No entanto a reorganização da estrutura hospitalar para atender a demanda crescente de pacientes contaminado pelo coronavírus implicou na suspensão de várias cirurgias e consultas aos demais pacientes da rede de saúde, descaracterizando a diretriz da PNH na qual prevê que é direito de todos os usuários o acesso aos serviços de saúde e a continuidade da assistência em outros serviços da rede, tais que também ficaram indisponíveis durante a pandemia devido a medidas restritivas de atendimento.

A grande demanda de pacientes necessitado de tratamento intensivo e a grande oscilação em um ano de pandemia gerou uma grande exaustão física e emocional, impacto entre os profissionais de saúde que por estar na linha de frente de atendimento estão mais sucessíveis a contaminação, a proximidade com o elevado número de mortes de pacientes, colegas contaminados faz com que muitos fiquem distante da própria família para protegê-las, criando um processo de adoecimento o qual pode refletir diretamente na prestação de uma atenção cuidadosa.

A pesar da necessidade de se atentar ao impacto emocional sofrido pelos usuários frente a pandemias, é ainda mais importante prevenir e intervir no impacto causado aos profissionais de saúde e assim o fez o HCPA.

Silva (2014), afirma que: “A humanização muitas vezes é negligenciada pelos profissionais de enfermagem, devido à excessiva carga de trabalho, responsabilidade de suas ações, episódios de extrema tensão, envolvimento constante com a dor, perda e morte”. Apesar do afirmado por Silva (2014) o HCPA conseguiu superar estas adversidades criando um cuidado pautado em uma atenção focada no paciente e suas necessidades, buscando alternativas de tratamentos para uma melhor recuperação como foi o caso da “Musicalidade na CTI” a qual apresentou melhora no quadro clínico do paciente.

A assistência à saúde não está centrada apenas na instituição hospitalar, espera-se com a implantação da PNH, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que atendem o usuário não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania e ainda uma oportunidade para os profissionais de saúde de resgatar o verdadeiro sentido de suas práticas, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde. Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem (BRASIL, 2010).

O processo de co-gestão tão enfatizado na PNH foi muito necessário durante a pandemia, para garantir atendimento de um grande número de pacientes, pois é necessário criar fluxos específicos, mobilizar força de trabalho qualificada, disponibilizar insumos como máscaras e ventiladores mecânicos, ampliar leitos entre outros, alinhamento dos poderes da gestão pública em saúde foi colocado em pauta durante todo o período de pandemia. Uma das principais lições que levaremos é a necessidade de debater o investimento em gestão de saúde.

Uma das metas da PNH é aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde a qual implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004). No entanto está não se fez presente, tendo como principal vilão desta pandemia a falta de adesão da população aos protocolos de prevenção (uso de máscaras e isolamento social), devido também a um processo político, divergindo entre flexibilização na circulação de pessoas, gerando uma sobrecarga de pacientes necessitando de atendimento o que gera lista de espera por leitos, deixando sem atendimento adequado parte dos pacientes que precisam de tratamento intensivo.

Na prática, os resultados que a PNH busca para o sistema de saúde como o aumento na produção de saúde e redução de filas para atendimento especializado, com o advindo da pandemia, este quantitativo só aumentou considerável, tanto no HCPA assim como em outras instituições de saúde pública, considerando que a maior parte da população é usuário exclusivamente do SUS, a redução de fila de espera para procedimentos e consultas tão discutida pré-pandemia não será uma realidade tão recente.

O tele atendimento tão enfatizado como uma forma de driblar a pandemia mostrou-se resolutivo como forma de prestação de atendimento, possibilitando a continuidade de muitos tratamentos de saúde. A tão esperada implantação de um modelo de atenção com responsabilização e vínculo é possível no momento que a incorporação da humanização como forma de atender o paciente na sua integralidade seja parte integrante de todo o sistema de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento prévio da literatura sobre o Humaniza SUS ajudou constantemente a instituição a organizar suas ações, pois pensar a humanização em sua condição mais ampla, conforme prevê a PNH: cuidado ao paciente, família e equipe, faz parte da gestão qualificada e preocupada com a assistência. Com a realização da revisão de literatura e a relação desta com o estudo de caso do Hospital de Clínicas de Porto Alegre chegou-se à conclusão de que falta no hospital um alinhamento com os gestores e formuladores de políticas públicas, os quais reconheçam nos pacientes pessoas que precisam de cuidados e não enxerguem apenas doenças que necessitam ser tratadas ou curadas, considerando que estamos diante de uma pandemia na qual a falta de conhecimento do vírus foi o principal vilão, visto que influencia significativamente as relações humanas no espaço hospitalar.

REFERÊNCIAS

AHMED T, Ahmed T, Karimi H, Tolle L, Iqbal MN. **COVID19 Acute respiratory distress syndrome and extra-corporeal membrane oxygenation; A mere option or ultimate necessity.** *Perfusion*. 2021;36(6):559-563. doi:10.1177/0267659120961507

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

_____, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.10 n.3. jul/set. 2005.

BRASIL. Associação Brasileira de Transplantes. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento do Transplantes no Brasil e em cada Estado (2020).** Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2021/03/rbt_2020_populacao-1-1.pdf. Acesso em: 22 Ago, 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:** <<https://saude.rs.gov.br/secretaria-da-saude-orienta-suspensao-de-cirurgias-eletivas-ate-31-de-marco>>. Acesso em:30 Ago.2021.

_____.Ministério da Saúde. **Resultado preliminar de pesquisa sobre saúde mental na pandemia.** Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47527-ministerio-da-saude-divulga-resulta-dos-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-na-pandemia>. Acesso em: 14 jul. 2021

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** 2004.

_____.**Manual Política Nacional de Humanização - PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____.**Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Secretaria da Política de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. Acesso em: 13 jul, 2021.

CAMPOS, GWS 2000. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional.** Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP).

CASATE,JC, Correa AK. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(1):105-111.

DE GÓES, Ronald. **Manual prático de arquitetura hospitalar.** São Paulo, Edgar Blucher, 2004.

DESLANDES, S. F. **Humanização: revisando os conceitos a partir das contribuições da sociologia médica.** In S. F. Deslandes (Ed.), Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (2006).

D'SOUZA D, Velker V M, Mendez L, et al. (August 30, 2020) **Managing a Locally Advanced Cervix Cancer Patient With COVID-19: Lessons Learned.** Cureus 12(8): e10138. doi:10.7759/cureus.10138

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saude soc. [online]. 2004, vol.13, n.3, pp.30-35. ISSN 1984-0470.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília. **Humanização das Práticas do Profissional de Saúde – Contribuições Para Reflexão.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):255-268, 2010.

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre: **Relato de Experiência:** Disponível em: https://www.hcpa.edu.br/downloads/9_MESES_DE_ENFRENTAMENTO_DA_COVID-19.pdf. Acesso em 14, jul.2021.

HALALAU A, Imam Z, Karabon P, Mankuzhy N, Shaheen A, Tu J, Carpenter C. **External validation of a clinical risk score to predict hospital admission and in-hospital mortality in COVID-19 patients.** Ann Med. 2021 Dec;53(1):78-86. doi: 10.1080/07853890.2020.1828616. Epub 2020 Oct 9. PMID: 32997542; PMCID: PMC7877986.

LITEWKA SG, Heitman E. **Latin American healthcare systems in times of pandemic.** Dev World Bioeth. 2020. doi: 10.1111/dewb.12262 <https://doi.org/10.1111/dewb.12262>

LECLAINCHE X. **É preciso humanizar o hospital.** Rev Paul Hosp 1962 maio; 10(5):7-10.
LEPARGNEUR, H. (2003). Princípios de autonomia. Em C de A. Urbin (Org.), Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter.

LÓPEZ, Rubio MA. **Nacer en los tiempos del COVID-19.** JONNPR. 2020;5(6):597-602. DOI: 10.19230/jonnpr.3681

KOVÁCS, M. J. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional.** O Mundo da Saúde, 34(4), 420-429.2010.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo. (2001).

_____, Maria Cezira F. N. **Humanização na Saúde.** Revista Ser Médico, n.18, jan-fev-mar, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Boletim COE COVID-19. Centro de operações de emergência em saúde pública. Semana Epidemiológica 17 (19-25/04). Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/19/BE12-Boletim-do-COE.pdf> ->. Acesso em 20, Ago,2021.

MAYER, K.P., Sturgill, J.L., Kalema, A.G. *et al.* **Recovery from COVID-19 and acute respiratory distress syndrome: the potential role of an intensive care unit recovery clinic: a case report.** *J Med Case Reports* **14**, 161 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13256-020-02481-y>

PESSINI, L. (2002). Pessini, L. (2002). **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar.** *Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 10(2). Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em 14, jul.2021

REQUIÃO, Moura, Lúcio R et al. **“Alta mortalidade entre receptores de transplante renal com diagnóstico de doença coronavírus 2019: resultados do estudo de coorte multicêntrico brasileiro.”** *PloS one* vol. 16,7 e0254822. 28 de julho de 2021, doi: 10.1371 / journal.pone.0254822

SEBASTIANI, R. W. & Chiattonne, H. B. C. (1991). **Curso de introdução em psicologia hospital** São Paulo: Nêmeton.

SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SOUZA, F. E. A.; SHIMIZU, D. S. **Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem**, Brasil. *Rev. Eletrônica Saúde Mental*, v. 12, n. 6, p. 50-58, 2010.

SILVA, R. M. M. da, Pancieri, L., Zilly, A., Spohr, F. A., Fonseca, L. M. M., & Mello, D. F. de. (2021). **Seguimento da saúde da criança e prematuridade: as repercussões da pandemia da COVID-19.** *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29, e3414. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4759.3414>

SOUZA, L. A. de P., MENDES, V. L. F. **O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH).** *Interface: Comunicação, saúde, educação*. v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009.< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3308/3/Unidade%2001%20-%20M%C3%B3dulo%2008.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da and CARVALHO, Rachel de. **Revisão ...** 2010, vol.8, n.1, pp.102-106.

TOBASE L, Cardoso SH, Rodrigues RTF, Peres HHC. **Empathic listening: welcoming strategy for nursing Professional in coping with with the coronavirus pandemic.** *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 1):e20200721. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0721>

WALTER. Orlando, Beys-da-Silva, et al: **The risk of COVID-19 for pregnant women: Evidences of molecular alterations associated with preeclampsia in SARS-CoV-2 infection**, *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, Volume 1867. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925443920303471>>. Acesso em: 22 Ago.2021.