

APRESENTAÇÃO

Nesta edição do Boletim da Saúde, observamos o quanto a humanização na atenção básica avançou no Estado do Rio Grande do Sul nos últimos tempos. Embora nenhuma proposta de atendimento em saúde descarte o aspecto humanizador de fazer saúde, tornar isso realidade no dia-a-dia não é tão fácil quanto possa parecer. A começar pelos diferentes entendimentos sobre humanização que têm os atores e os agentes da saúde, envolvidos tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos, assim como pela análise e pela forma como sua prática é concretizada. A humanização transcende o próprio campo da saúde pública inicialmente focado. Vai desde o atendimento das necessidades iniciais do prestador de serviços e do usuário, quando recorre ao SUS, até os aspectos não-perceptíveis a um primeiro olhar, mas que refletem componentes estruturais e essenciais a uma boa prática em saúde.

Sempre tive consciência de que somos humanos na essência, o que não representa nada se essa característica inata não impactar de alguma maneira nossas ações, ou não resultar em algo positivamente significativo para alguém ou para nós mesmos. Muitas vezes, o atendimento humanizado reveste-

se de um caráter aparentemente subserviente. No entanto, esse enfoque está longe de uma situação adequada, tendo em vista que tal postura carrega consigo a necessidade de um grau de submissão de um agente em favor de outro. Essa subserviência determina, no mínimo, uma desumanização ao ator proponente da ação, ocasionando, por conseguinte, um aspecto agressivo importante de uma das partes. Com isso, pretendo esclarecer que qualquer ação humanizadora deve ser concebida, planejada e executada integralmente, tanto por parte de quem recebe quanto de quem promove. Esse amadurecimento ocasionará a excelência nas relações estabelecidas entre as partes envolvidas.

Devemos entender o modelo assistencial vigente como um processo de construção continuada e mutante. Assim como o ato de procurar formas de práticas mais adequadas deva permitir o agregar de novos saberes e fazeres as conquistas já obtidas e concretizadas. Isso não significa, no entanto, a inexistência de referenciais balizadores necessários e estruturantes comuns a qualquer proposta ou projeto concebido. No RS, em função de um grupo cada vez maior e mais participativo do processo, já

está sendo possível vislumbrar um crescimento relevante nessa área. As iniciativas apresentadas, como se pode ver nos artigos desta edição, permitem-nos afirmar com muita convicção que, embora os horizontes ainda sejam amplos, já se observa o produto bastante homogêneo e rico de um trabalho de partilha, fruto das trocas permanentes entre os atores. Esse encaminhamento de consolidação e adoção de conceitos e práticas comuns potencializa os resultados obtidos por todos.

Nos diversos encontros de humanização realizados por todo o Estado, foi possível perceber essa característica de modo bastante acentuado. A sistematização de conceitos propicia um estabelecimento mais concreto de processos de trabalho formatados em uma lógica comum. À medida que esses processos são propostos e consolidados, começam a fazer parte de um consenso entre os atores, permitindo a análise das dificuldades e a busca de melhorias, além da possibilidade de utilização das experiências em cada realidade local. Essa riqueza de experiências e sua divulgação abreviam caminhos no sentido de atendimento dos melhores resultados. O compartilhamento, ao nosso ver, constitui o grande valor observado nessa etapa de trabalho de humanização no Estado do Rio Grande do Sul.

Nunca foi visto, ao que eu saiba, tantos envolvidos em uma causa na qual acreditam. Mesmo porque a importância de um assunto como a humanização dificilmente pode ser questionada em qualquer programa ou ato isolado no dia-a-dia do fazer dos atores

envolvidos nos diferentes níveis de atuação do SUS. Constitui a forma mais concreta e perceptível do conceito basilar da Reforma Sanitária que procura assegurar o aspecto da integralidade da atenção no sistema. A integralidade – que pode, muitas vezes, ser entendida como um conceito abstrato – tem na humanização o instrumento capaz de torná-lo visível, palpável e mensurável. Já nos encontramos em um estágio tal em que o estabelecimento de processos de controle, avaliação e mensuração de resultados começam a se tornar possíveis.

Tal como a máxima que diz que não se gerencia aquilo que não se mensura, a humanização no Rio Grande do Sul encontra-se em nível de um gerenciamento mais qualificado, que resultará inevitavelmente na melhoria dos serviços prestados aos usuários que procuram o atendimento em saúde nos postos e hospitais do nosso Estado. Aproveito para cumprimentar o Professor Décio Angnes, a Doutora Maria Izabel Bellini e todos os profissionais dos Comitês de Humanização e Grupos de Trabalho de Humanização pela maneira brilhante como têm conduzido esse processo em todos os recantos do nosso Rio Grande do Sul, fato que nos orgulha sobremaneira.

Diretor da Escola de Saúde Pública

PRESENTATION

In the present issue of the *Boletim da Saúde Temática Humanização* (Health Report Theme Humanization) journal, we observe how much Humanization in Primary Care has advanced in the state of Rio Grande do Sul in the past years. Although no health care policy puts aside the humanizing dimension of health promotion, making this come true in daily life is not as easy as it may seem. To begin with, different views on humanization are held by the relevant healthcare actors and agents as regards either the quantitative or qualitative aspects of their analysis, as well as the way their practice is carried out. Humanization transcends the initially focused field of public health. It ranges from the attention to the initial needs of the patient referred to the SUS and of the healthcare provider to aspects that are not perceived at first but which reflect structural elements that are key for a good healthcare practice. I have always borne in mind that we are human at heart, which does not mean a thing if this innate feature fails to have some impact on our actions and does not result in something significantly beneficial for someone or for ourselves. Many times humanized care takes on an apparently subservient character.

However, this view is far from being an appropriate situation, as such attitude implies to some extent that one agent should be submissive to another. Such submission brings about, at least, the dehumanization of the actor proposing the effort, resulting thus in aggressiveness on the part of one of the parties. With this, I intend to stress that any humanizing action must be conceived, designed and executed integrally, be it by the recipient or by the one who undertakes it. The relationship maturation will allow the attainment of excellence in the relationship between the relevant parties. We should view the existing healthcare model as a continuous changing process of construction. The pursuit of more adequate practices should allow us to add new knowledge and procedures to the already existing achievements. This does not mean, however, the absence of structuring landmarks necessary for and common to any devised proposal or project. In the state of Rio Grande do Sul, as a result of an increasingly larger group participating in the process, it is already possible to glimpse a significant maturation in this field. The initiatives brought to the table, as can be seen in the articles presented in this issue, allow us to assert that, although

the horizons in this field are still quite broad, one can already see the product of a collaborative effort stemming from ongoing exchanges among actors, which is quite homogeneous and rich. This course towards integration and the common concepts and practices largely enhance the results achieved by everyone. In the several Humanization meetings held all across the state, it was possible to pronouncedly perceive this characteristic. The systematization of concepts provides a more effective establishment of working processes shaped according to a common logic. As these processes are proposed and consolidated, they start taking part of a consensus amongst actors, allowing for an analysis of difficulties and a pursuit of improvements, in addition to the possibility for utilizing these experiences in each local situation. The richness of the experiences and their promotion are a shortcut to a healthcare of better results. Sharing, in our opinion, has been the greatest asset observed during this stage of the humanization work in the state of Rio Grande do Sul. As far as I know, never have so many been committed to a cause in which they believe. Because hardly can the importance of an issue such as humanization be called into question in any program or single effort in the daily practice of the actors involved in different assignments within the SUS (Unified Health System). Humanization constitutes the most concrete and perceptible form of the basic concept of Sanitary Reform, which seeks to ensure the INTEGRALITY aspect of care in the system. Integrality, which often can be understood

as an abstract concept, finds in humanization a tool capable of making it visible, palpable, and measurable. We are, at this point, in a stage in which the establishment of processes for control, assessment and measurement of results has begun to become feasible. As the dictum that says that we do not manage what cannot be measured, humanization in Rio Grande do Sul is found to be, by and large, at a more qualified level of management, which will inevitably result in an improvement of the attention delivered to patients seeking healthcare in the clinics and hospitals in our state.

I would like to especially congratulate professionals such as Professor Décio Angnes, Doctor Maria Izabel Belini, and all the professionals in the Humanization Committees and Humanization Workgroups for the terrific and brilliant way in which they have led the humanization process in every corner of Rio Grande do Sul. This makes us deeply proud.

Head of the Public Health School