



ISSN: 2230-9926

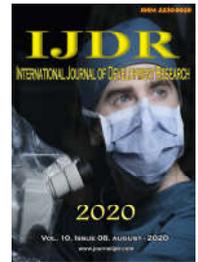
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 08, pp. 39013-39018, August, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19609.08.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: UM OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Michael Wilian da Costa Cabanha¹, Roberta Salles Orosco Nunes¹, Joelson Henrique Martins de Oliveira¹, Alex Sander Cardoso de Souza Vieira¹, Diana Pache Rodrigues¹, Susan dos Santos Araújo Ribeiro Valadares¹ and Edivania Anacleto Pinheiro Simões²

¹Residente de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil; ²Enfermeira Mestra Preceptora da Residência no hospital São Julião, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 20th May 2020

Received in revised form

19th June 2020

Accepted 11th July 2020

Published online 26th August 2020

Key Words:

Análise Crítica do Discurso, Humanização, Ambiência, Cuidados Continuados e Integrados.

*Corresponding author:

Hayla Nunes da Conceição

ABSTRACT

O presente artigo tem por objetivo realizar a análise crítica do discurso através de pesquisa via entrevista, do modelo em Cuidados Continuados Integrados (CCI) em um hospital de retaguarda. Tendo duas questões norteadoras: O que você entende por CCI? Qual a importância do ambiente no processo de reabilitação? **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista com a participação de 07 profissionais que atuavam em (CCI) sendo as áreas: enfermagem, técnico de enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, nutrição e a própria família. Os dados foram transcritos e analisados e discutidos em publicações na área de saúde e arquitetura hospitalar. Na análise realizada, foi observado de que maneira a estrutura argumentativa e a escolha lexical podem influenciar os leitores, impondo as crenças, ideologias e intenções dos autores. Pelo fato da Análise Crítica do Discurso (ACD) estar interessada no abuso de poder, desigualdade social e dominação, é fundamental uma análise levando em conta os grupos, instituições e os atores sociais afetados pelo modo de organização e atendimento da atual assistência hospitalar. Dessa maneira, o estudo espera contribuir com esse debate, através da análise e reflexão do papel do discurso na humanização e do ambiente hospitalar.

Copyright © 2020, Michael Wilian da Costa Cabanha et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Michael Wilian da Costa Cabanha, Roberta Salles Orosco Nunes, Joelson Henrique Martins de Oliveira et al. "Cuidados continuados integrados: um olhar da equipe multiprofissional", *International Journal of Development Research*, 10, (08), 39013-39018.

INTRODUCTION

A transição demográfica no cenário mundial, caracterizada pelo declínio dos índices de mortalidade e fecundidade, pode ser compreendida, dentre outros fatores, como resultado na redução de ocorrência das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas, que consequentemente aumentam a longevidade (Kanso, 2013). Para esta nova realidade epidemiológica brasileira, faz-se necessário inovar na atenção à saúde com novos modelos que atendam de forma mais direcionada a população idosa (Camacho, 2010). Nesse contexto de envelhecimento populacional, alguns países europeus como Portugal e Espanha, com destaque para a região espanhola da Catalunha, propuseram na área da saúde uma atenção diferenciada, pois as situações de cronicidade das doenças e suas incapacidades não têm sido mais respondidas eficazmente pelos cuidados tradicionais em saúde. Neste novo modelo de atenção à saúde, a atenção de cuidados se encontra entre o nível intermediário e o domiciliar, denominado de Cuidados Continuados (Lopes et al, 2010).

O conceito de Cuidados Continuados possui diversas nomenclaturas de acordo com cada país, bem como de acordo com a literatura científica internacional. Uma das mais utilizadas faz referência ao conceito de "integrated care", que tem por intenção obter modelos e experiências múltiplas, da mesma forma que "cuidados continuados integrados" em Portugal, "atención sócio sanitária" na Espanha, "shared care" e "joint care" no Reino Unido, "vernetzung" na Alemanha, "transmuralezorg" na Holanda, "soins médico sociaux" na França e "managed care" ou "transitional care" nos Estados Unidos, por exemplo (Gesawordl, 2012). Em consonância com a definição acima, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil também atenta para as pessoas em seu processo reabilitador ao promover o desenvolvimento de suas capacidades adaptativas, habilidades, recursos pessoais para, assim, promovê-las em sua autonomia ou parte desta. Para que isso ocorra, faz-se necessários a avaliação e acompanhamento de uma equipe multiprofissional formada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e outros com a inclusão da rede social deste indivíduo (BRASIL, 2008).

Aliados a essa nova proposta de humanização e processo transitório de cuidados integrados, os projetos mais recentes de ambiência hospitalar concebem espaços que, além de funcionais, também possam contribuir para a recuperação dos pacientes. Os ambientes clínicos e assépticos vêm ganhado um aspecto mais acolhedor, que evitam, na medida do possível, o tradicional padrão hospitalar. O objetivo desse estudo realizar a análise crítica do discurso através de pesquisa via entrevista, do modelo em Cuidados Continuados Integrados (CCI) e da ambiência hospitalar.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A pesquisa foi desenvolvida em um setor de CCI de um hospital geral filantrópico de média complexidade do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. Participaram da pesquisa os integrantes da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) médica, psicóloga, fisioterapeuta, nutrição e a família inseridos no contexto de CCI, que responderam duas questões norteadoras cujas respostas foram gravadas e transcritas na íntegra para realização da análise crítica do discurso. Compuseram a amostra final de 07 participantes. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2019, após aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como forma de manter o anonimato das participantes do estudo, optou-se por utilizar cognomes E1 a E7. Desse modo E1 nutrição, E2 psicologia, E3 enfermagem, E4 médica, E5 fisioterapia, E6 técnica de enfermagem, E7 familiares. As categorias analíticas na ACD serão de acordo com as teorias de Van Dijk (2013) e Rodrigues (2008), enfatizam algumas estruturas discursivas que são relevantes nas pesquisas, por meio das entrevistas logo mais apresentadas. Pesquisas bibliográficas e leituras complementares foram realizadas em publicações especializadas nas áreas de saúde e arquitetura hospitalar para embasamento teórico e complemento da análise crítica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), em seus aspectos éticos e metodológicos sob o registro CAEE nº 6611351720000.5162 e parecer favorável do Protocolo nº. 2005.461. Tendo como questões norteadoras: Um dos princípios dos Cuidados Continuados Integrados é a participação dos familiares na prestação desses cuidados. Neste sentido qual a importância do CCI? Qual a importância da arquitetura (ambiência) na humanização hospitalar?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Questão 1 - O que você entende sobre cuidados continuados integrados?

E1 - muito importante pois ajuda na reabilitação do paciente, proporcionando uma melhora na qualidade de vida do paciente.

E2 - promover assistência para reabilitação do paciente

E3 - Na unidade de CCI tem atuação da equipe multiprofissional permitindo uma abordagem integral do sujeito e sua família com enfoque na continuidade da assistência para melhor adesão ao tratamento terapêutico,

reabilitação biopsicossocial e capacitação do cuidado / familiar

E4 - tendo como base que esta instituição é um hospital de retaguarda, entendo como relevante o CCI, frente a atuação multiprofissional no âmbito da reabilitação e junto a rede de cuidadores, por meio de capacitação e educação em saúde. Diante de estudos recentes, essa atuação potencialmente pode reduzir a síndrome pós hospitalização; garantir melhor adesão terapêutica e continuidade da assistência por parte dos familiares no domicílio.

E5 - continuação de tratamento, garantindo a melhora do paciente de forma mais eficaz ajudando no progresso para a cura.

E6 - são tratamento de cuidados continuados integrado, visa cuidar em equipe

E7 - A unidade de cuidados integrados possui grande importância não só na vida do paciente, mas também como da família e cuidadores, tendo em vista que o processo de saúde doença é complexo e demorado. Ter um local especializado com equipe multiprofissional voltados para o treinamento do paciente e de seu cuidador, bem como ajustes medicamentos controle de danos, prevenção e cuidados integrados fazem toda diferença para maior conforto e qualidade de vida.

Questão 2 - Qual a importância do ambiente no processo de reabilitação?

E1 - o ambiente é importante pois traz uma sensação de conforto trazendo a sensação de bem-estar necessário para recuperação de qualquer paciente.

E2 - ajuda porque é um ambiente bastante arejado com todo conforto, quartos espaçosos, paciente fica à vontade para sentar na varanda para tomar sol, isso faz sua recuperação seja mais rápida

E3 - as áreas de ambiência tanto interno quanto externa da unidade de CCI por ser arejada, como boa iluminação, limpa, organizada, apresentando cores agradáveis tem a potencialidade de estimular a sensação de bem-estar, conseqüentemente uma melhora no estado fisiológico e psicológico do paciente, contribuindo com a melhora do estado clínico do paciente durante o tempo de permanência na unidade de reabilitação.

E4 - tal como existem aromas com efeito energizantes, ou de tranquilidade, utilizados por psicólogas. Assim é a ambiência no processo de recuperação ajuda nas nossas intervenções junto aos clientes e familiares de forma positiva. Assegura ao cliente um ambiente seguro, livre de barreiras arquitetônicas, acessibilidade e de certa forma conforto para cuidadores principais que permanecem durante todo período de recuperação.

E5 - proporciona um ar de alegria, traz inspiração para a vida, melhor a saúde mental, o paciente se sente confortável num lugar de bons cuidadores, bem observado, traz bom animo.

Tabela 1. Macroestruturas textuais do modelo em CCI

MACROPROPOSIÇÕES	DISCURSOS EMITIDOS
MP1	Ajuda na reabilitação, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos pacientes
MP2	Promove a assistência para reabilitação
MP3	Atuação da equipe multiprofissional com enfoque na reabilitação biopsicossocial e capacitação do cuidador/ familiar
MP4	Atuação multiprofissional no âmbito da reabilitação
MP5	Garante a melhora do paciente de forma eficaz
MP6	Visa cuidados em equipe
MP7	Treinamento transmitido pela equipe multiprofissional, voltado para o paciente e cuidador proporcionando o maior conforto e qualidade de vida

Tabela 2. Macroestruturas textuais da arquitetura hospitalar

MACROPROPOSIÇÕES	DISCURSOS EMITIDOS
MP1	O ambiente traz sensação de conforto e bem-estar
MP2	Quartos espaçosos, arejados traz todo conforto
MP3	As áreas de ambiência tanto interna quanto externa por serem arejadas, com boa iluminação, limpas, organizadas, apresentando cores agradáveis, estimula sensação de bem-estar
MP4	Garante um ambiente seguro, livre de barreiras arquitetônicas e acessibilidade.
MP5	Proporciona um ar de alegria, traz inspiração para vida.
MP6	Melhora a autoestima
MP7	Ambientes calmos e limpos são terapêuticos e ajudam na recuperação do paciente deixando calmo e focado

Tabela 3. Microestruturas textuais do modelo em CCI X arquitetura

Conforto	Cura
Reabilitação	Alegria
Cuidado em equipe	Inspiração para a vida
Ambiência	Autoestima
Bem-estar	Acessibilidade

Tabela 4. As representações discursivas sobre o modelo em CCI e arquitetura hospitalar

REPRESENTAÇÕES NEGATIVAS	REPRESENTAÇÕES POSITIVAS
Desconhecimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (1999)	<ol style="list-style-type: none"> Existência do programa (PNHAH) <ul style="list-style-type: none"> Fortalece e articula todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar; Melhora a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS. Capacita os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania. Concebe e implanta novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
Desconhecimento da Política Nacional de Humanização (2003)	<ol style="list-style-type: none"> Existência da política (PNH) <ul style="list-style-type: none"> Efetiva os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.
Dificuldades na efetivação das práticas tanto PNHAH quanto da PNH	<ol style="list-style-type: none"> Quebra de paradigmas, por parte das Universidades de Medicina e áreas correlatas por intermédio dos seus docentes e discentes Criação de empatia entre profissionais e seus pacientes Humanização hospitalar gerada por novos conceitos e atitudes profissionais, aliados a ambiência hospitalar humanizada através da arquitetura
Despreparo dos profissionais psicológica e emocionalmente Distanciamento em relação aos pacientes	<ol style="list-style-type: none"> Ações interdisciplinares para formação profissional Sabedoria = chave do sucesso no tratamento Interação profissional/paciente (empatia) = trabalho realmente humanizado
Humanização como conhecimento empírico	<ol style="list-style-type: none"> A medicina e a arquitetura contam com estudos que ajudam a humanização hospitalar a saltar do conhecimento empírico para evidências científicas

E6 - melhora auto estima, ajudando na saúde mental e social

E7 - Os ambientes calmos são terapêuticos e ajudam na recuperação do paciente deixando o calmo e focado em sua recuperação

De acordo com as entrevistas realizadas, verificou-se que os entrevistados repetiam e reiteravam em seus discursos certas e determinadas expressões e condutas apresentadas, de modo

que, de acordo com as ideias acima delineadas acerca das macroestruturas (Tabela 1 e 2), entendeu-se que essas repetições apontavam o ponto central dos envolvidos registrado nas lembranças/memórias dos profissionais entrevistados. Dessa maneira, as entrevistas coletadas, ora denominadas E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7. É possível refletir que as macroestruturas semânticas apresentadas focalizam o sentimento de bem-estar, reabilitação com o trabalho em equipe.

Os tópicos mencionados comprovam a ação da atenção primária de saúde, principalmente, sob a esfera psicológica, emocional e afetiva dos pacientes e da equipe, a ambiência ambiente hospitalar é essencial para que se alcance resultados positivos nos processos assistenciais, já que ela é a responsável pelo adequado desenho dos fluxos, pela economia de energia e pela eliminação do retrabalho, situando nos locais adequados os serviços integrados e interdependentes. Isso sem contar o papel fundamental da arquitetura hospitalar no gerenciamento de riscos.

É importante sumarizar essas macroestruturas em uma nova redução com o objetivo de se atingir uma macroestrutura de nível mais alto, ou seja, a ideia principal, o tema fundamental. A partir dessa ideia, infere-se que as macroestruturas mencionadas expressam os seguintes princípios gerais sobre o CCI e a arquitetura: sentimento de esperança na recuperação, tranquilidade, acessibilidade, ambiência, qualidade de vida, conforto e bem-estar. Dentre as macroestruturas semânticas, enfatiza-se, portanto, como tópico geral reabilitação biopsicossocial e capacitação do cuidador/ familiar. Ao se discutir família não se deve pensar apenas no modelo nuclear patriarcal, já que esta vem se modificando e construindo novas relações a partir de transformações vivenciadas pela sociedade. Para Szymanski (2002), as mudanças que acontecem no mundo acabam por influir e afetar a família de uma forma geral e de uma forma particular, a partir da formação, do pertencimento social e da história de cada um destes segmentos. Cumpre observar que os tópicos ou macroestruturas derivam-se das microestruturas, ou seja, dos significados locais. Essas microestruturas são responsáveis pela construção da base de um texto, o que significa que constituem as ideias menos relevantes para o texto, porém necessárias à composição textual, da qual se formarão as macroestruturas. (Van Dijk, 2013). As microestruturas de um discurso compreendem um conjunto de operações e representações complexas, as quais envolvem uma dimensão pragmática, semântica e de formulação, indissociáveis. A dimensão pragmática se refere aos atos da fala, a interação, a seleção léxica e os recursos retóricos e estilísticos. A dimensão semântica corresponde à seleção de um pequeno fragmento textual, que auxilia a construção do significado do discurso. Por sua vez, a formulação representa as estruturas esquemáticas, como as histórias, entrevistas e crônicas, por exemplo (Van Dijk, 2013).

A associação de todas essas dimensões compõe a base semântica textual, da qual se originam as macroestruturas, motivo que justifica a relação existente entre micro e macroestruturas – a macroestrutura é resultado da microestrutura. Nas palavras de van Dijk (1999), “o uso da linguagem, o discurso, a interação verbal e a comunicação pertencem ao micronível da ordem social. O poder, a dominação e a desigualdade entre grupos sociais são tipicamente termos que pertencem a um macronível de análise”, de forma que existem diferentes formas de análise e relação entre ambos, dentre as quais consta:

Cognição pessoal e social: os usuários da língua, enquanto atores sociais, possuem cognição tanto pessoal quanto social: memórias, conhecimentos e opiniões pessoais, bem como aqueles compartilhados com os membros do grupo ou da cultura como um todo. Ambos os tipos de cognição influenciam a interação e o discurso dos membros individuais, enquanto as “representações sociais” compartilhadas governam as ações coletivas de um grupo (Rodrigues, 2008).

Desse modo, um aspecto significativo para as pesquisas em ACD se volta aos estudos dos significados implícitos, aqueles do qual podem ser inferidos significados que não estão explícitos no texto, como pressuposições, alusões e ambiguidade, constantes nas microestruturas. Os significados implícitos normalmente estão relacionados às crenças, hábitos, formas de ver o mundo, ideologias sentidas e vividas, por isso nem sempre estão claros, diretos. Por esse motivo, dependem da forma de cada pessoa implicar o vivido, o sentido, o exposto, ou mesmo contextualizá-lo. Nas entrevistas realizadas, os profissionais multidisciplinares e família demonstraram em macroestruturas a relação de poder existente na APS, em que a tarefa de cuidar sob a perspectiva da integralidade requer uma convergência de múltiplos saberes o que a torna então, multidisciplinar. Desta forma, a singularidade das necessidades envolvidas será assegurada. Simplificando, o vivido, o sentido, o exposto pelos entrevistados deixa claro que a prática dos cuidados continuados integrados e a ambiência em saúde implica um processo de desenvolvimento humano - individual e coletivo-conforme foi possível de discutir, que depende do protagonismo integrado de vários atores, para atuar, seja nos órgãos que ofertam o serviço de saúde, seja no processo vivido de cada território, em acordo às suas especificidades. Para que possa ser colocada em prática a teoria da humanização em ambiente hospitalar, muito tem que ser feito, principalmente quando estão envolvidos profissionais de diferentes áreas. Cada profissional tem um olhar diferente sobre o paciente, porém os objetivos devem ser os mesmos: promover a reabilitação, elevar a auto-estima e preparar para retorno ao lar e o convívio familiar. Por isso, para que o cuidado seja de fato humanizado é necessário que o profissional enxergue no paciente mais do que uma patologia, um problema social, ou seja, mais um internamento.

No que tange às teorias em apreço, as entrevistas coletadas evidenciaram a existência de microestruturas, provenientes do contato entre entrevistados, familiar, e equipe multiprofissional, em que se denota que dos atos da fala e interação (dimensão pragmática), pequenos fragmentos textuais (dimensão semântica), advindos das histórias nas entrevistas (formulação) sobressaiam nos discursos emitidos, sem, contudo, representar a ideia essencial discursiva ao mesmo tempo em que completavam os tópicos apresentados. Por este motivo, é importante demonstrar não apenas as macroestruturas anteriormente apresentadas, mas também as microestruturas existentes nos discursos (Tabela 3), como análise e relação de ambas na representação discursiva de poder exercida pelos pacientes e a equipe multiprofissional. É possível conjecturar que as representações negativas (Tabela 4) demonstram Desconhecimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) bem como a Política Nacional de Humanização (PNH) apesar de que ambas ampliam a proposta pela busca da qualidade e indicam ações voltadas para a resolução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, da desvalorização dos trabalhadores de saúde, da precarização das relações de trabalho, do baixo investimento em educação permanente dos trabalhadores, da pouca participação destes na gestão dos serviços e do frágil vínculo com os usuários.

Observa-se que o despreparo dos profissionais no atendimento dos usuários em unidades de atendimento, apesar da humanização fazer parte do nosso vocabulário há mais de uma década, ainda enfrentamos dificuldades na efetivação das suas

práticas no cotidiano dos serviços. Contrapondo com as microproposições positivas (Tabela 4) revelam que, apesar das fragilidades ocasionadas nos atendimentos, tanto os pacientes e equipe, buscam soluções para coibir o problema, independente do estágio em que se encontra. As ações existentes objetivam desde a educação permanente e educação em saúde, por meio das informações emitidas pelas palestras e cursos, até a sua resolução quando já instalada. Relevante para os estudos discursivos é o exercício do poder apoiado na estrutura ideológica (Van Dijk, 1999; Rodrigues, 2008). Sobre esta temática, o autor afirma que é imperativo focalizar estas dimensões formadas por: cognições fundamentais, socialmente compartilhadas e relacionadas aos interesses de um grupo e seus membros, que é adquirida, confirmada ou alterada, principalmente por meio da comunicação e do discurso. O poder como categoria discursiva busca, segundo Dorsa (2006), o controle da mente ou opinião pública, a partir da interação de forma retórica das cognições sociais com a ideologia ou ponto de vista das elites do poder. No contexto desse trabalho, tanto os pacientes e profissionais estão satisfeitos com o atendimento e com a ambiência da UCCI, porém ainda existe um desconhecimento das políticas públicas. A ACD busca, então, denunciar esse jogo de poder evidenciado nos discursos orais e escritos e relacionado enquanto discurso, à vertente sócio-cognitiva, quer dizer, da sociedade e do conhecimento em constante interação entre o discurso individual (no caso dos pacientes e familiares) e o social (dos gestores e profissionais envolvidos). O Poder, na perspectiva vandijkiana, é uma noção encapsulada pelo conceito de controle sobre as instâncias, sobre os atos e sobre as mentes das pessoas, ou seja, existe intimidade entre ambos os conceitos. Falar de poder implica falar de controle e, de fato, tem-se mais a falar do segundo que do primeiro, já que é justamente o Controle a manifestação do Poder, seu braço, sua aptidão de modificar a realidade. (Maia, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização hospitalar vem sido discutida há mais de uma década e pelo fato de envolver multidisciplinaridade e interdisciplinaridade caminha por estradas tortuosas, numa velocidade aquém do desejado e do possível de ser feito. O grande desafio que se encontra atualmente, faz referência a implantação das políticas públicas PNHAH e PNH (poder) nas redes de saúde públicas (SUS) e privadas, mas principalmente nos hospitais (sujeitos), além da importância e da necessidade de se ter um ambiente hospitalar humanizado no que se refere a estrutura física e também ao capital humano e consequentemente, atendimento de qualidade. Desde o século XVIII há registros de ações que tornaram o hospital um espaço preocupado com a saúde da população, porém desumanizado, possivelmente graças a tecnologia apontada por muitos teóricos como princípio desencadeador da desumanização. (Rodrigues, 2013). Identifica-se diante deste hospital desumanizado, os principais sentimentos vividos pelos sujeitos durante a hospitalização, expressados por medo, angústia, impotência, dependência, dentre outros, que se desencadeiam devido ao descaso e abuso institucional, proposta pelo modelo hospitalar vigente (poder). Sentimentos que prejudicam ainda mais a saúde dos hospitalizados, podendo agravar sua situação tão precária e difícil, num ambiente frio, impessoal, inóspito, com profissionais que não desenvolvem a empatia (ideologia), concordando com a lógica vigente, segundo a qual o distanciamento é a melhor forma de não se deixar abater pelos dramas comuns ao ambiente hospitalar.

Fazer humanização e principalmente humanização hospitalar (ideologia), é entrar em embate com profissionais, gestores, governantes (atores), pois humanizar é sinônimo de mudanças, investimentos, formação e infelizmente nem todos estão abertos a tais transformações (polarizações). As políticas públicas e seus gestores em suas diversas instâncias e posicionamentos, as universidades e seu corpo docente composto por profissionais atuantes, experientes e que vivenciam as dificuldades do setor, os profissionais de saúde em todas as categorias, os pacientes com seus familiares, assim como arquitetos, engenheiros, especificadores (exogrupo), enfim, toda a cadeia envolvida na humanização hospitalar, podem e devem implementar ações, se posicionarem, atuando de forma a conseguirem mudanças favoráveis e de alcance a toda população (endogrupo). Todos merecem e precisam de hospitais que possam oferecer ambientes agradáveis, que proporcionem bem estar e conforto espacial, com cores estimuladoras da cura, materiais e acabamentos resistentes e adequados a não proliferação de infecções, fluxos e organização interna facilitadores das atividades, atendimento de qualidade, enriquecido com técnica, com os novos meios de diagnóstico e tratamento, assim como o acompanhamento do estado pós-agudo do paciente (CCI – Cuidados Continuados Integrados), que se possa ver o doente como um sujeito, um ser em completude, que precisa ser respeitado como tal, apoiado por seu cuidador e/ou familiar, preparado para a circunstância que se apresenta.

Da mesma forma, os profissionais precisam ser valorizados como sujeitos, que não sejam considerados como máquinas pelo sistema vigente que exige produção, independente de qualidade e/ou eficiência, sem lhes oferecer infraestrutura, espaços adequados para descanso e refeições, meios técnicos, etc., formação permanente e com atributos a todas as hierarquias e especialidades técnicas. Finalizando e reiterando o que foi posto anteriormente, o projeto Cuidados Continuados Integrados (CCI) com seu desígnio de proporcionar respostas adequadas às pessoas com dependência física ou emocional, possibilitando apoio às famílias, promovendo, recuperando e mantendo o conforto e qualidade de vida, prevenindo e reabilitando, readaptando e reintegrando o paciente à sociedade, aliado a ambiência humanizada proporcionada pela arquitetura hospitalar, como exemplo, o Hospital São Julião, pode tornar-se modelo de novas diretrizes para a valorização do ser humano em Campo Grande (MS), neste contexto, como aporte para o desenvolvimento local.

REFERÊNCIAS

- Camacho, A.C., Coelho, M.J. 2010. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Rev Bras Enferm. 63, pp. 279-84;
- Dorsa, AC 2006 Língua e discurso nas crenças culturais sul-pantaneiras. D. Tese em Língua Portuguesa. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo SP Brasil;
- Gesawordl. 2012 Projeto: Bases para a criação e desenvolvimento de uma Rede de Cuidados Continuados no Estado do Mato Grosso Do Sul: E2. P4 - Modelo de Cuidados Continuados e Estratégias básicas para dar impulso a criação e desenvolvimento do novo modelo. São Paulo: Gesawordl;
- Kanso, S 2013 Processo de envelhecimento populacional - um panorama mundial. Anais VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho/III Encontro Mineiro de Estudos em Ergonomia/VIII Simpósio do Programa Tutorial em

- Economia Doméstica, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Minas Gerais. 18 de julho; pp 01-23;
- Lopes, M, Mendes, F, Escoval, A, Agostinho, M, Vieira, C, Vieira I, Sousa, C, Cardozo, S, Fonseca, A, Novas, VC, Eliseu, G, Serra, I, Moraes, C 2010 Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Disponível online em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>;
- Maia, L, Antônio, H 2015. O direito humano ao desenvolvimento sob a ótica das minorias de gênero. M. Tese em Desenvolvimento Local. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande MS Brasil;
- Ministério da Saúde 2008. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Disponível online em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf;
- Rodrigues, CDC 2013. Humanização Hospitalar: dos Primórdios à Atualidade, um Breve Relato. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/humanizacao-hospitalar-dos-primordios-a-atualidade-um-breve-relato>;
- Rodrigues, M.C.S. 2008 VAN DIJK, Teun A. Discurso e poder. São Paulo: Contexto, 2008. Educ. &Tecnol. 17, pp. 83-86;
- Szymanski, H. 2002. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo de mudança. Serviço Social e Sociedade. 71, pp. 9-25;
- Van Dijk, T.A. 2013. El analisis critica del discurso. Análise crítica do discurso multidisciplinar: um apelo em favor da diversidade/ multidisciplinary critical discourse analysis: a plea for diversity. In: Linha d'Água. 26, pp. 351-381
- Van Dijk, T.A. 1999. El análisis crítico del discurso. In: Anthropos Barcelona. Análisis e Investigación. 186, pp. 23-36.
