**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RITA DE CÁSSIA CALEGARI

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERCEPÇÃO
DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE UM HOSPITAL PRIVADO**

**SÃO PAULO
2012**

RITA DE CÁSSIA CALEGARI

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA PERCEPÇÃO
DE ENFERMEIROS E MÉDICOS DE UM HOSPITAL PRIVADO**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Área de Concentração: Fundamentos e
Práticas de Gerenciamento em
Enfermagem e em Saúde. Programa de
Pós Graduação em Gerenciamento em
Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina
Komatsu Braga Massarollo

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data: __/__/_____.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Calegari, Rita de Cássia

Humanização da assistência à saúde na percepção
de enfermeiros e médicos de um hospital privado /
Rita de Cássia Calegari. – São Paulo, 2012.
80 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu
Braga Massarollo

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento
em Enfermagem e em Saúde. Programa de Pós Graduação em
Gerenciamento em Enfermagem

1. Humanização da assistência
2. Direito à saúde
3. Defesa do paciente
4. Cuidados de enfermagem
5. Enfermagem I. Título.

Nome: Rita de Cássia Calegari

Título: Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof.^a.Dr.^a._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof.Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof.Dr._____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de ânimo em todos os dias de minha vida.

À minha família, em especial Amanda, Cláudio e Kevin que apoiam todos os momentos de inquietude da minha alma.

À orientadora e exemplo pessoal e profissional, Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, por sua delicadeza, sabedoria, paciência e gentileza constantes.

Ao enf. Luiz Carlos Bordin, pela amizade, pela liderança e pela dedicação ao próximo.

Ao superintendente, aos diretores e lideranças do Hospital São Camilo Pompeia, em especial à diretora de Enfermagem enf. Maria Lúcia Cardoso, pelo apoio nas mais diferentes etapas deste trabalho.

Aos professores e colegas da Escola de Enfermagem, pelo acolhimento e boa vontade.

À equipe Psicossocial do Hospital São Camilo Pompeia, minhas parceiras de trabalho, sem a qual eu não teria conseguido conciliar a atividade profissional com a realização deste sonho.

À Juliana Fazolaro e Bruna Cavalcante, que se dedicaram a coleta de dados com competência e carinho.

Aos enfermeiros e médicos que participaram deste estudo, pela generosidade em compartilhar suas percepções sobre o tema da humanização.

Aos meus amigos, que torcem positivamente por mim, me estimulam e são queridos companheiros na jornada da vida.

“Aqueles que dançavam eram considerados totalmente insanos por aqueles que não conseguiam ouvir a música”.

(Ângela Monet)

Calegari RC. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa que objetivou verificar o significado do termo “humanização” para enfermeiros e médicos de uma instituição hospitalar; conhecer como eles percebem a humanização na prática profissional e identificar os fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência. Após a autorização da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram entrevistados 19 profissionais, sendo nove enfermeiros e dez médicos de uma instituição hospitalar privada do Município de São Paulo. Para a coleta de dados, foi elaborado instrumento contendo dados referentes à caracterização dos participantes e as questões norteadoras: “para você o que significa o termo humanização hospitalar?”, “como você percebe a humanização da assistência nessa instituição?” e “quais os fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência nessa instituição?”. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados, conforme o método de Análise de Conteúdo de Bardin, emergindo as seguintes categorias e subcategorias: 1. Significado do termo humanização: 1.1 Respeito, 1.2 Acolhimento e 1.3 Empatia; 2. Fatores que facilitam a humanização: 2.1 Cultura organizacional, 2.2 Equipe multiprofissional, 2.3 Autonomia; 3. Sobrecarga de atividades como fator que dificulta a humanização. Foi evidenciado que humanizar o atendimento à saúde é respeitar as crenças, valores e direitos do paciente; adaptar as rotinas hospitalares aos hábitos do paciente; oferecer, além do cuidado técnico, um atendimento individualizado; melhorar a qualidade do relacionamento entre profissional e paciente pela empatia e promover a autonomia do paciente. A cultura institucional que apresenta características, tais como orientação religiosa, tratamento digno do funcionário, promoção de treinamentos, orientação em relação aos direitos do paciente e à importância do acolhimento, implantação de protocolos assistenciais que permitem o gerenciamento dos riscos e a qualidade da assistência, bem como programas de Acreditação Hospitalar, pode facilitar a humanização. Ao respeitar os funcionários e promover sua autonomia, transferindo-lhes autoridade e apoiando suas decisões, as instituições podem ajudar seus profissionais a desenvolver processos de trabalho mais criativos, participativos, responsáveis e humanizados. A sobrecarga de atividades foi apontada como fator que mais dificulta a humanização da assistência, pois escalas de serviço enxutas, grande quantidade de tarefas e processos de trabalho pouco ágeis dificultam que os profissionais dediquem o tempo necessário ao paciente para atendê-lo de forma humanizada, uma vez que precisam fazer escolhas em relação às demandas dos pacientes e, em consequência, não conseguem atender todas as solicitações. Observou-se uma mudança no perfil das atividades dos entrevistados, que desempenham cada vez menos atividades assistenciais e, cada vez mais, atividades consideradas burocráticas, o que pode dificultar a humanização.

Palavras-chave: Humanização da assistência. Direitos do paciente. Acolhimento. Enfermagem.

Calegari RC. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Exploratory, descriptive, qualitative study aimed at checking the meaning of the term “humanization” for nurses and physicians at a hospital, knowing how they perceive humanization in professional practice and identifying factors that hinder and facilitate humanization in care. Upon the authorization of the institution and approval of the Research Ethics Committee, we interviewed 19 professionals (nine nurses and ten physicians) of a private hospital in the city of São Paulo. In order to collect data, we developed an instrument including data on the characterization of participants and the guiding questions: “what does the term hospital humanization mean to you?”, “how do you perceive humanization of care at this institution?” and “what factors do hinder and facilitate the humanization of care at this institution?”. Interviews were transcribed and data were analyzed in accordance with Bardin’s Content Analysis methodology, emerging the following categories and subcategories: Meaning of the term humanization: 1.1 Respect, 1.2 Reception and 1.3 Empathy; 2. Factors that facilitate humanization: 2.1 Organizational culture, 2.2 Multiprofessional team, 2.3 Autonomy; 3. Overload activities as a factor that hinders humanization. We evidenced that humanizing health care is to respect patients’ beliefs, values and rights; adapt hospital routines to patients’ habits; provide individualized care in addition to technical care; improve the quality of the relationship between the professional and the patient through empathy and promote patients’ autonomy. The institutional culture that presents characteristics such as religious orientation, dignified treatment of employees, promotion of training, orientation regarding patients’ rights and the importance of reception, implementation of assistance protocols enabling the management of risks and the quality of care, as well as Hospital Accreditation programs, may facilitate humanization. By respecting employees and promoting their autonomy, giving them authority and supporting their decisions, institutions can help its professionals to develop more creative, participative, responsible and humanized processes. The overload of activities was pointed out as the factor that most hinders humanization of care, because lean works schedules, large number of tasks and slow working processes hinders professionals from devoting the time needed to treat patients in a humanized manner, since they need to make choices regarding patients’ demands and, consequently they are unable to meet all requests. We observed a change in the profile of activities of respondents, which increasingly perform care activities and more and more activities regarded as bureaucratic, what may hinder humanization.

Keywords: Humanization of care. Patients’ rights. Reception. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

BVSMS	Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
JC	<i>Joint Commission</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
USP	Universidade do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 A origem do conceito “humanismo”.....	13
1.2 Direitos Humanos e Direitos do Paciente.....	15
1.3 Direitos do Paciente no Brasil.....	17
1.4 Política de Nacional de Humanização.....	20
1.5 Humanização e Hospitalidade.....	23
2 JUSTIFICATIVA.....	26
3 OBJETIVOS.....	27
4 MÉTODO.....	28
4.1 Local do estudo.....	28
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	29
4.3 Aspectos éticos.....	30
4.4 Coleta de dados.....	31
4.5 Análise dos dados.....	32
5 RESULTADOS.....	34
5.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados.....	34
5.2 Categorias e subcategorias	34
5.2.1: “Significado do termo humanização”.....	35
5.2.1.1 “Respeito”.....	35
5.2.1.2 “Acolhimento”.....	39
5.2.1.3 “Empatia”.....	43
5.2.2: “Fatores que facilitam a humanização da assistência”.....	45
5.2.2.1 “Cultura organizacional”.....	45
5.2.2.2 “Equipe multiprofissional”.....	51
5.2.2.3 “Autonomia”.....	53
5.2.3: “Sobrecarga de atividades como fator que dificulta a humanização”.....	56
6 Considerações Finais.....	60
Referências.....	62

Anexo 1.....	69
Anexo 2.....	71
Anexo 3.....	76
Apêndice A	78
Apêndice B.....	79
Apêndice C.....	80

INTRODUÇÃO

O termo “Humanização” é de difícil conceituação, pois apresenta características subjetivas, complexas e multidimensionais (Simões, Rodrigues, Tavares e Rodrigues, 2007).

No dicionário, humanizar está definido como tornar humano, tornar tratável e civilizar, sendo citado ao lado das palavras: “humanitário”, definida como bondoso, benfeitor e filantrópico, e “humanismo”, como um movimento de caráter multidisciplinar da época Renascentista, que resgatava os valores antigos da filosofia (Bueno, 2000).

O discurso da humanização está presente na área da saúde, da administração, no debate da economia e na prática de diversos ramos de prestação de serviços. Na atenção à saúde, esse discurso organiza-se em torno da defesa dos direitos de cidadania e da ética. Na área administrativa, a base discursiva é a da qualidade total e da felicidade da empresa, visando à busca pela excelência do trabalho. Na economia, a ideia da humanização visa a resgatar a identificação do homem com seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais valia. No ramo da prestação dos serviços, como o do comércio e dos transportes, o conceito da humanização está presente na melhoria dos acessos físicos e na qualidade do serviço prestado, com foco na agilidade, no respeito ao atendimento preferencial, no conforto das instalações e na ambiência (Souza e Moreira, 2008).

Embora a humanização se faça presente como um qualificativo positivo em diversos setores, em razão das diferenças culturais e dos valores individuais, assume diferentes significados e, o que é humanizado para uma pessoa, para outra pode ser desumano.

A biologia evolutiva postula determinismos genéticos e condições adaptativas consideradas desumanas em razão de seu egoísmo e que conflitam com conceitos de livre-arbítrio, escolha e autonomia. Tais conflitos impulsionam as discussões sobre a liberdade humana e suas repercussões sobre a ética, as responsabilidades individuais, sociais e a ânsia humana na busca da felicidade. A satisfação das necessidades biológicas e fisiológicas não garante a felicidade, pois o ser humano existe nas

dimensões físico-psíquica e espiritual e necessita de contato afetivo e da satisfação da esfera psicológica, tanto quanto da física (Aleksandrowicz e Minayo, 2005).

Compreender que a injustiça, a exploração, o mal e a perversidade são atributos humanos, contribui na conceituação do que é humano e humanizado e qual sua interface com a sociedade e, em especial, com a assistência à saúde.

A desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, relacionado aos problemas estruturais que compõem a sociedade. Podem se qualificar como desumanas as relações sociais em que há desequilíbrio do poder com abuso por parte do lado poderoso que, ao desconsiderar os interesses e desejos das partes vulneráveis (pela ausência de poder), as reduzem à situação de objeto manipulável. A humanização na saúde está vinculada à evolução da sociedade, destacando os valores ligados à ética, à defesa da vida, à desalienação e à transformação do trabalho em processo criativo (Campos, 2005).

Reconhecer a pessoa como única e, portanto, singular, requer dos profissionais o olhar e agir sensível para que sejam propostas ações que visem atendê-la em sua totalidade (Bolela, 2008, p.21).

1.1 A origem do conceito “humanismo”

Humanismo deriva do latim “*humanus*” e um humanista é aquele que atribui grande valor aos seres humanos. Ao longo da história, muitos filósofos foram considerados humanistas e, para alguns estudiosos, a origem do humanismo é atribuída a Sócrates (Minayo, 2006).

No séc. VI a.C., surgiram os primeiros filósofos nas colônias gregas e indagavam sobre o surgimento das coisas, questionando se eram mesmo obras dos deuses. Esses filósofos começaram a explicar a parte física do mundo, de um modo lógico e não mágico, sendo chamados de pré-socráticos. No séc. V a.C., o desenvolvimento da democracia grega possibilitou a mudança do eixo da Filosofia, que passou das questões cosmológicas às da Ética e da Política (Abrão *et al.*, 2008).

Sócrates conversava com as pessoas que encontrava em suas caminhadas e dedicava-lhes gratuitamente sua atenção e conhecimentos, inserindo em seus

diálogos o cidadão e os escravos da época. Por esse comportamento centrado nas pessoas e no que elas pensavam, ele é considerado um filósofo humanista, tendo sido condenado à morte por questionar a existência dos deuses e fixar suas reflexões nos problemas humanos, além de ter inspirado outros filósofos, em especial, seu discípulo Platão (Minayo, 2006).

De acordo com a filosofia platônica, a sabedoria produzida pela razão leva o homem a ser virtuoso, ou seja, capaz de controlar seus desejos e praticar o bem. Só por meio dessa sabedoria, o homem pode ser ético e participar da sociedade. Aristóteles, que foi aluno de Platão e professor de Alexandre, o Grande, contribuiu com o conceito da lógica no estabelecimento de normas para o pensamento e regras para o emprego da linguagem. Para Aristóteles, a ética deve conduzir o homem à felicidade, pois por meio dela o indivíduo pode delimitar o que é o “bem”. Com as vitórias militares de Alexandre, o Grande, a influência cultural da Grécia estendeu-se por vários territórios, no período conhecido como “helenístico”. A preocupação com o comportamento humano, levando a ética ao centro das discussões filosóficas e a transformação das ciências em um saber autônomo marcam esse momento da história. Quando Roma surge como força política e cultural, torna-se receptiva à cultura grega, em especial, com a Filosofia, porém, as tensões que caracterizaram o encontro da Filosofia com o Cristianismo, têm início na Idade Média e estendem-se até o século XVII. Pensadores como Agostinho (354-430) e Tomás de Aquino (1225-1274) tentaram, em diferentes momentos da história, conciliar a razão dos pensadores gregos com as crenças e ensinamentos de Jesus. Nos séculos XIV e XV, a sociedade experimentou transformações decisivas: o Humanismo surge na Itália, com objetivo central de reagir ao pensamento predominante na escolástica. Petrarca (1304-1374), um poeta insatisfeito com o clima intelectual, político e religioso de sua época, resgata da antiguidade os valores multidisciplinares da Filosofia e da Literatura. O latim era a língua predominante dos rituais religiosos e da transcrição de diversas obras, inclusive a Bíblia e a tradução de textos bíblicos para outras línguas por Erasmo (1469-1536), com formação humanista, pretendia contribuir para a liberdade dos homens (Abrão *et al.*, 2008).

O humanismo surge na atmosfera do Renascimento e no nascimento da ciência moderna, definindo um pensar o mundo com grande importância à vida e aos valores humanos. É um pensamento revolucionário considerar os seres humanos, e

não os deuses, os responsáveis pela vida social e pelas atitudes em relação à humanidade (Minayo, 2006). Conforme a autora citada, no século XVIII, o Iluminismo, no período chamado de Modernidade, fortalece o pensamento científico, desassociando-o do conhecimento da religião (valores Renascentistas), inclui valores como a educação dos jovens e o fim da miséria e da opressão na sociedade, os direitos do cidadão como a liberdade, fraternidade e igualdade (Revolução Francesa) e inspira a origem da Declaração dos Direitos Humanos.

1.2 Direitos Humanos e Direitos do Paciente

De acordo com Abrão *et al.* (2008), a “Carta Magna, promulgada pelo rei inglês João Sem Terra, em 1215, é considerada a precursora dos direitos humanos”. Nessa carta, há uma limitação do poder do rei diante dos súditos e a exigência de julgamentos justos, de acordo com as leis do país. Na ocasião, esta carta significou um avanço, mas, ainda assim, na Idade Média, a vida humana tinha pouco valor.

Em uma sequência histórica, Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) denuncia as desigualdades da época e, como um dos pensadores iluministas, desenvolve teorias que são consideradas precursoras dos direitos humanos, pois enfatizam a submissão dos homens à vontade geral. Em 1776, a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, redigida por Thomas Jefferson afirma que todos os homens nascem iguais e dotados de certos direitos. Finalmente, em 1789, é proclamada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, durante a Revolução Francesa. Nela são definidos os direitos básicos do homem, considerados naturais, como a liberdade individual, de credo, de imprensa, a igualdade, a segurança, o respeito à vida e à propriedade (Abrão *et al.*, 2008).

É importante salientar que os pensadores da época do Iluminismo compreendiam a necessidade de criar um alicerce para a ética, à religião e à moral, que fossem condizentes com a razão humana e que todas as camadas da população fossem “iluminadas”, ou seja, esclarecidas em relação a esses valores, para que a sociedade pudesse evoluir. Surgiram a Pedagogia (como ciência), a enciclopédia e os direitos humanos (Gaarder, 1995).

Nesse momento da história, embora marcassem uma grande evolução na representatividade do ser humano para a sociedade os direitos eram deferidos para o homem como gênero. Só após muitos anos, as crianças e as mulheres foram consideradas tão merecedoras de direitos como os homens.

O conceito de humanização na atenção à saúde confunde-se historicamente, com a luta pelos direitos dos pacientes e fundamenta-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos acalenta o ideal de ser atingida por todos os povos e todas as nações e afirma no artigo nº 1: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (Fortes, 2004).

Muito embora essa declaração não seja tecnicamente considerada um tratado internacional com força jurídica vinculante entre os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), reflete o consenso em torno dos valores nela defendidos e serviu de modelo para dois importantes tratados: o Tratado Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Tratado Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotados pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966; ambos ratificados pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992. A partir de 1948, a proteção dos direitos humanos deixou de ser interesse interno de alguns estados e passou a ser tema de interesse internacional, em constante processo de construção e reconstrução, pois os direitos humanos são valores históricos e mudam com o tempo (Aranha e Martins, 2009).

Vinte e dois anos após a proclamação dos Direitos Humanos, em 1970, iniciam-se as discussões sobre as práticas humanizadas em saúde e, em 1972, o Hospital *Mont Sinai* de Boston, Estados Unidos da América, emite aquela que é atribuída como a primeira declaração dos direitos dos pacientes. Em 1973, a Associação Americana de Hospitais lança a carta dos Direitos dos Pacientes (*Patient's Bill of Rights*) (Fortes, 1998).

Outros documentos foram discutidos e emitidos em conferências internacionais, a partir da década de 1970, culminando em 19 de outubro de 2005, em Portugal, com a publicação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aprovada na 33ª Assembleia Geral da *United Nations Educational*,

Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Nessa declaração, além dos direitos universais humanos, firmados anteriormente (que preservam a dignidade humana, bem como os direitos humanos e as liberdades fundamentais), há a promoção dos princípios fundamentais da bioética: a autonomia, a justiça, a equidade, a beneficência, a não maleficência, o respeito à diversidade cultural, à responsabilidade social e à saúde (Pessini e Barchifontaine, 2006).

1.3 Direitos do Paciente no Brasil

No Brasil, a Medicina passa a ter formas contemporâneas com a chegada de D. João VI, sua família e a comitiva real no século XIX. Nessa comitiva, encontrava-se o cirurgião real que exerceu cargo similar a um Ministro da Saúde que autorizou a abertura das primeiras escolas de Medicina no Brasil (em Salvador e Rio de Janeiro). Durante os primeiros 300 anos da descoberta do Brasil, a Medicina exercida misturava conhecimentos leigos e cultura indígena. Durante o século XIX e início do século XX, a Medicina era praticada nas residências dos pacientes que possuíam poder aquisitivo e nas Santas Casas de Misericórdia, aos que não tinham condições econômicas e dependiam da caridade do médico e da sociedade. Dos anos 1920 e 1960, inicia-se o movimento sindical e passam a existir formas de assistência médica suplementar, por inter-médio de ambulatorios e hospitais de classe. Pouco se fala dos direitos do paciente nessa fase, e a desproporção de poder entre médico e paciente é evidente. Por um lado, o médico detém o conhecimento do tratamento da doença e, do outro, o paciente emocionalmente fragilizado, não só pelo sofrimento, como também pelo medo da morte. A implantação do Código de Ética Médica, em 1965 foi considerada um importante instrumento de defesa dos direitos do paciente no Brasil. Na terceira versão do Código de Ética Médica (de 8 de janeiro de 1988), 79 dos 145 artigos que o compunham eram relacionados com os direitos do paciente, representando mais da metade dos artigos abordando a questão da disciplina da conduta médica na relação com o paciente, visando a protegê-lo nessa relação de desigualdade (Timi, 2005).

Em função das mudanças sociais, jurídicas e científicas, o Código de Ética Médica foi revisado e, em 13 de abril de 2010 sua nova versão entrou em vigor, com enfoque na previsão de cuidados paliativos, regras para reprodução assistida, para a manipulação genética e destaque para a autonomia e esclarecimento do paciente (CFM, 2012).

Em 1988, com a aprovação da Constituição Federal, o conceito de cidadania é revigorado e no capítulo II é assegurado ao brasileiro o direito social à saúde, bem como a proteção à maternidade e à infância, tornando-se importante instrumento legal (Brasil, 1988).

Em setembro de 1990, a regulamentação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) por meio da Lei 8.080, que afirma no Título I das Disposições Gerais: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, fortalece as discussões e debates sobre o tema (Brasil, 1990).

Não há um Código ou um Estatuto de Direitos do paciente unificado no Brasil, mas diversas leis e decretos difusamente encontrados: a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), a Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor), a Lei 9.029 de 13 de abril de 1995 (Direitos da mulher, gestante, parturiente e lactante), a Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996 (Direitos dos Pacientes Portadores HIV), a Lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 (Doações de Órgãos e Tecidos), a Lei 9.797 de 6 de maio de 1999 (Direitos do Paciente com Câncer), o Decreto 3.181 de 23 de setembro de 1999 (Regulamentação do Medicamento Genérico), a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 (Direitos das Pessoas Portadoras de Doenças Mentais), a Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), o Decreto 5.090 de 20 de maio de 2004 (Programa Farmácia Popular do Brasil), entre outros.

Além dessas leis e decretos, em 1995, a Cartilha dos Direitos do Paciente foi emitida pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo e, conforme Fortes (2004), as diretrizes dispostas nessa Cartilha inspiraram a Lei Estadual n°.10.241 promulgada em março de 1999, aplicável no Estado de São Paulo, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado (São Paulo, 1999) e dá outras providências. Esta Lei determina o direito do paciente em receber um atendimento digno e respeitoso; a ser identificado pelo nome ou sobrenome; não

ser identificado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública; a poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham os dados do prestador do serviço de saúde (nome, cargo, instituição); a receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes de medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, duração prevista do tratamento, informações sobre anestésicos ou procedimentos invasivos; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida procedimentos diagnósticos e terapêuticos; acessar livremente seu prontuário médico; receber por escrito o diagnóstico e as informações sobre o tratamento realizado; receber as receitas com o nome genérico das substâncias prescritas e em letra legível (art. 2º, itens I a IX).

Outro movimento que favorece os direitos dos pacientes refere-se aos programas de Acreditação Hospitalar, centrados nos princípios da qualidade da assistência e na segurança do paciente e dos profissionais. Dentre os diversos métodos nacionais e internacionais de Acreditação Hospitalar, a americana *Joint Commission* (JC) destaca-se por detalhar no manual técnico as ações necessárias à sua certificação, referentes à compreensão e proteção dos valores culturais, psicossociais e espirituais dos pacientes. Os elementos de mensuração (que evidenciam a implantação das políticas de qualidade) descrevem desde a identificação, proteção, promoção e informação dos direitos aos pacientes, a inclusão da família do paciente quando apropriado nas decisões sobre seu cuidado, a obtenção do consentimento informado e a educação dos profissionais quanto aos direitos do paciente (CBA, 2010).

O tema dos direitos dos pacientes e os debates dos diferentes órgãos reguladores do País também são divulgados pela mídia brasileira em seus diversos meios de comunicação. Um dos mais recentes foi a medida da Justiça Federal que derrubou liminar e liberou a prática da ortotanásia no País. De acordo com Toledo (2010), com essa medida, médicos brasileiros poderão suspender tratamentos invasivos que prolonguem a vida de pacientes em estado terminal, sem chances de cura e de acordo com o desejo do paciente e seus familiares. A liberação desta

prática está alinhada com o atual Código de Ética Médica, que entrou em vigor em abril de 2010 e com a Lei Estadual nº.10.241, que consolida o direito do paciente em não se submeter a tratamentos dolorosos e à obstinação terapêutica, quando não há chances de cura.

Pesquisas da década de 1990, em relação à satisfação dos usuários dos serviços de saúde públicos, apontaram que os avanços tecnológicos da medicina não foram acompanhados de um atendimento humanizado (Pessini e Bertachini, 2004).

De acordo com Teixeira (2005), nessas pesquisas, os usuários dos serviços de saúde queixavam-se da forma como o atendimento à saúde era realizado, opondo-se à humanização, delatando uma violência simbólica de não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários.

Para a população atendida, desumanização do atendimento à saúde foi a percepção que sintetizou problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores da saúde frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento imposto ao paciente em relação à sua família e rede social durante procedimentos e hospitalizações, a gestão autoritária, degradação do ambiente e das relações de trabalho. Desta forma, fatos percebidos pelos usuários como desumanos expressam não apenas falhas éticas e individuais, mas, inclusive, a forma de organização do serviço de saúde no Brasil e que, portanto, necessitou de uma intervenção coletiva (Brasil, 2010).

1.4 Política Nacional de Humanização

O Ministério da Saúde, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais e, na busca pelo desenvolvimento e validação de uma metodologia de humanização da atenção hospitalar, coordenou de junho a dezembro de 2000, um Projeto Piloto com dez hospitais públicos, de diferentes regiões e realidades sócioeconômicas, com distintos modelos de gestão e perfil de serviço.

Os principais objetivos do Projeto Piloto foram: deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma profunda, provocando mudanças progressivas e

permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício dos usuários-clientes e dos profissionais, além de produzir conhecimento específico sobre estas instituições sob a perspectiva de humanização do atendimento (Brasil, 2001).

Em 2001, pelas Portarias GM/MS n. 881, de 19 de junho de 2001 (anexo 1), SAS /MS n. 202 de 19 de junho de 2001(anexo 2) e SAS/MS de 20 de junho de 2001 (anexo 3), o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A proposta desse Programa foi reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento do paciente e favorecer a recuperação da comunicação entre a equipe de saúde, o usuário e seus familiares, entre a equipe e a comunidade e entre os profissionais (Pessini e Bertachini, 2004).

O ano de 2003 é considerado um marco na humanização no Ministério da Saúde, quando é lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH/Humaniza SUS) durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura e Paz e Não Violência, realizado na cidade de Natal/RN (Matoso, 2010).

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2008).

A PNH como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão possui três princípios, com base nos quais desdobra-se como política pública de saúde: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A transversalidade visa a melhorar e aumentar a comunicação intra e intergrupos, desestabilizando os territórios de poder e as fronteiras dos saberes das relações de trabalho. A indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo têm por objetivo a integralidade do cuidado e a integração dos processos de trabalho, alterando os modos de cuidar e gerir. O protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos buscam a afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, com responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e cuidar (Brasil, 2008).

O tema central na PNH é o ser humano e, em específico, o relacionamento entre as pessoas usuárias e fornecedoras de serviços da saúde, propondo como condição para o sucesso a promoção de uma mudança cultural. A cultura da qual trata a PNH é o modo de pensar, agir e tratar o paciente e seus familiares, os profissionais da saúde e a comunidade onde o hospital ou instituição de saúde está inserido. Essa política enfatiza ações coletivas, sendo necessárias a mudança cultural proposta e a atenção à individualidade, tanto do usuário como do fornecedor de serviços de saúde.

A mudança de cultura ocorre quando cada sujeito envolvido toma consciência das novas práticas adquiridas pelo aprendizado de conhecimentos e conceitos, ultrapassando a esfera da razão e atingindo a afetividade das pessoas (Mezzomo *et al.*, 2003).

As referências à assistência humanizada são associadas à boa comunicação, interação entre profissionais e pacientes, ênfase de relacionamento pessoa a pessoa e a valorização do desenvolvimento da sensibilidade, respeito e solidariedade (Oliveira e Kruse, 2006).

Muitas vezes, a PNH confronta-se com gestores de formação não relacionada à assistência (como administradores, engenheiros, contadores, economistas). Nesse contexto, os profissionais não assistenciais ou não prestadores de cuidados podem não sentir empatia natural com as questões tangíveis à humanização e podem, no exercício de suas atribuições, dificultá-la e, até mesmo, impedi-la. O papel dos gestores da saúde é percebido como parte da mudança necessária à prática da humanização, já que abrange desde a forma como o profissional posiciona-se até a elaboração dos planejamentos institucionais, que criam dispositivos capazes de intervir na resolução de problemas e realizam a humanização na saúde. Nesse contexto, é necessária a transferência de um poder centralizado, que envolve risco e responsabilidade, para um poder compartilhado em que profissionais, pacientes e gestores sustentem o processo da assistência (Reis, Marazina e Gallo, 2004).

A PNH contempla ações de atenção hospitalar, atenção básica, formação e intervenção que preconizam ações, como por exemplo: reformas em vários setores dos hospitais, sinalização da área hospitalar, oferta de recreação e convivência aos usuários, brinquedoteca, ações de melhoria da qualidade de vida do trabalhador, promoção da saúde, melhoria das condições de trabalho, implantação de ginástica

laboral, implantação do Programa de Atendimento ao Recém-Nascido, diploma do nascido, carteirinha do bebê, cartão de vacinas, distribuição de enxovais para recém-nascidos, inclusão do trabalho voluntário, definição de critérios de riscos em unidades de atendimento emergencial, realização de reuniões com os usuários e com os trabalhadores de saúde para orientações e discussões sobre as melhores formas de gestão da saúde (Brasil, 2008).

1.5 Humanização e Hospitalidade

O conceito de humanização pode ser compreendido, fundido ou mesmo confundido com o de hospitalidade. O termo “hospitalidade” significa “hospedar” e “qualidade de quem é hospitaleiro”, e hospitaleiro é similar a “acolhedor” e “caridoso” (Bueno, 2000).

Ao longo da história, hotéis e hospitais destinavam-se a hospedar viajantes e enfermos. A enfermeira Florence Nightingale (1820-1910) influenciou os profissionais da saúde na forma de trabalhar com os pacientes, ensinando que o cuidado é mais abrangente que a cura que, para cuidar, é preciso estar atento às questões como o ambiente, a luminosidade e o bem-estar do paciente. Muitas especialidades relacionadas à hospitalidade foram desenvolvidas nos hospitais nos últimos anos, como por exemplo, a gastronomia e a arquitetura hospitalar, atentas na melhoria dos processos de cuidado considerados não assistenciais e que impactam na percepção do paciente e seus acompanhantes sobre a experiência da hospitalização (Boeger, 2009).

Os hospitais têm a nobre missão de, além de produzir bens e serviços visando à satisfação das necessidades das pessoas, tratá-las com humanidade, respeito e empatia. Preocupados com o estado físico e emocional do paciente e seus familiares, alguns gestores tentam deixar para trás a imagem clássica do hospital, tornando-o um ambiente mais agradável e, portanto, mais humanizado (Taraboulsi, 2009).

Os conceitos de humanização e hospitalidade demonstram ter vocação complementar, porém algumas diferenças são observadas, pois em muitas das

chamadas ações de hospitalidade, o foco é comercial e, na humanização, é a relação entre as pessoas envolvidas.

Considerando que os serviços prestados pelo hospital são pagos pelo usuário (por meio dos planos de saúde, pagamento particular ou do recolhimento de impostos), os serviços assistenciais e hoteleiros não são considerados humanização e, sim hospitalidade comercial. É na relação do profissional de saúde com a vulnerabilidade em que se encontra o usuário do serviço e da atenção às necessidades de forma gratuita e sem esperar reciprocidade, baseados na empatia e na compaixão, que a humanização ocorre (Boeger, 2009).

Na hospitalidade, as ações são passíveis de treinamento, como por exemplo, a forma que o profissional irá se apresentar ao entrar no aposento do paciente, para fazê-lo de forma atenciosa e cortês. Para essas e outras situações podem ser desenvolvidos roteiros e treinamentos em larga escala destinada aos diversos profissionais do hospital.

Algumas das ações padronizadas de hospitalidade, como por exemplo, a comemoração do aniversário do paciente e a recepção de uma parturiente com *kit* de boas vindas são de fácil mensuração em pesquisas de satisfação dos usuários, pois é possível que o usuário avalie quesitos como a beleza do *kit*, o sabor do bolo de aniversário, a satisfação e utilidade do presente recebido. Essas ações também podem promover um retorno financeiro em relação a seu custo, visto que a instituição poderá valer-se dessas ações comercialmente, divulgando-as e fazendo propaganda para atrair novos pacientes.

Os serviços de hotelaria hospitalar oferecem serviços considerados hospitalidade como cuidados relacionados ao enxoval, refeições e decoração dos ambientes, com o objetivo de satisfazer e encantar o paciente, mudando sua percepção por meio de uma nova e positiva experiência relacionada ao hospital. A hospitalidade promovida pelos serviços de hotelaria está em alta, como valor de gestão dos hospitais públicos e privados, sendo, nesses últimos, compreendida como forma de fidelização da clientela em um mercado aquecido pela competitividade (Taraboulsi, 2009).

Ao considerar esses aspectos, entendemos que hospitalidade não é sinônimo de humanização, e uma das principais diferenças é que na humanização é necessário elevar a sensibilidade, a percepção e o sentimento de empatia entre as pessoas.

As ações de humanização ocorrem no dia a dia hospitalar, muitas não são padronizadas e verificam-se em pequena escala ou mesmo em experiências singulares. A mensuração em pesquisas de satisfação sobre um serviço humanizado pode ser muito complexa, em razão da difícil conceituação e da subjetividade do termo. Em relação ao investimento financeiro nas ações de humanização, nem sempre ele será contemplado pelo lucro, pois muitas das ações não consideradas atrativos comerciais, embora gerem custos.

Admite-se o desafio e a dificuldade em ensinar humanização nas relações interpessoais, em decorrência das questões subjetivas presentes, entre elas, a sensibilidade. Este desafio envolve repensar o processo de formação dos profissionais, centrado no aprendizado técnico, racional, com pouco exercício da criatividade e da sensibilidade (Casate e Corrêa, 2005).

Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que cada um se encontra no momento de sua internação (Souza, 2010, p. 327).

2 JUSTIFICATIVA

Estudar o assunto da humanização hospitalar surge como resposta de enfrentamento às minhas inquietações pessoais e profissionais.

Desde o início da graduação, em 1989, envolvi-me com o trabalho da Psicologia Hospitalar, o que me permitiu vivenciar diversas situações relativas ao cuidado da saúde sob a percepção dos pacientes e familiares que eu acompanhava durante a hospitalização; no início como estagiária e, posteriormente como profissional. Muitas daquelas situações envolviam angústias despertadas na relação entre paciente e equipe de saúde.

Atuando como psicóloga hospitalar, percebi a importância de a instituição desenvolver projetos que focassem questões como a humanização, a dignificação da morte e do morrer, os desejos do paciente, suas angústias, ansiedades e conflitos. Com o apoio e a receptividade da instituição onde trabalho essas questões, pude participar de palestras e eventos sobre a humanização hospitalar e da comissão de humanização interna, implantada em 2005.

Como membro da comissão de humanização, visitei alguns hospitais da cidade de São Paulo, para conhecer os programas e ações voltadas à humanização implantadas por eles. Nessa aproximação com o tema, observei a ausência de estudos sobre o que médicos e enfermeiros pensam sobre a humanização. Questões como o que entendem esses profissionais dessa conceituação, como se percebem nesse contexto, o que percebem ser humanizado na prática profissional e como é uma instituição humanizada, me despertaram o desejo de buscar respostas.

Na assistência à saúde, manejar a subjetividade da relação com o paciente exige do profissional de saúde, atitudes e saberes que, muitas vezes, o confrontam com suas próprias fragilidades. Nesta pesquisa, pretendo conhecer as percepções dos enfermeiros e médicos sobre o tema da humanização hospitalar e ao compartilhá-las, contribuir com as discussões que visam a transformar positivamente a assistência à saúde.

3 OBJETIVOS

- Verificar o significado do termo “humanização” para enfermeiros e médicos em uma instituição hospitalar;
- Conhecer como enfermeiros e médicos percebem a humanização da assistência na prática profissional e
- Identificar fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência, conforme enfermeiros e médicos.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa.

4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital geral, privado, acreditado Pleno no Programa de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e certificado internacionalmente, de acordo com as metodologias canadense *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) e *Joint Comission* (JC). Possui 284 leitos distribuídos entre as unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, terapia intensiva adulto, terapia intensiva infantil, terapia intensiva neonatal, transplante de medula óssea e maternidade. O hospital também oferece atendimento emergencial (pronto-atendimento adulto, infantil e obstétrico), além de serviços de diagnóstico por imagens, hemodinâmica, câmara hiperbárica entre outros, para pacientes do Município de São Paulo, das diversas regiões do País e do exterior. Os pacientes que utilizam a instituição são credenciados de convênios ou particulares.

A assistência ao paciente é prestada por equipe multiprofissional composta de: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos e farmacêuticos. O Sistema de Classificação de Pacientes, em relação ao grau de dependência da Enfermagem, é o SCP de Fugulin.

O hospital tem orientação religiosa católica, com funcionários e usuários de outras religiões; possui uma Comissão Interna de Humanização, instituída desde maio de 2005.

A Comissão é multiprofissional e tem como objetivo assessorar os diversos setores e departamentos do hospital no fortalecimento do programa de humanização preconizado pela instituição, assim como analisar, mediar, facilitar e monitorar as ações de humanização existentes, apresentando relatórios à diretoria periodicamente. Além das ações de humanização previstas em lei, como por exemplo, a Lei 11.104 de

março de 2005 (Brasil, 2005), que dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, ações espontâneas, com foco na humanização e hospitalidade são realizadas na instituição. Os serviços de arquitetura e hotelaria desenvolvem ações com objetivo de tornar o ambiente hospitalar aconchegante, bonito e funcional, além de seguro. Para os funcionários e seus dependentes, as ações de humanização estão definidas na política de recursos humanos da instituição, pelo programa de benefícios, que pode ser obrigatório ou espontâneo. No treinamento dos funcionários recém-admitidos, desde 2004, é ministrada aula sobre o tema humanização, desde janeiro de 2011, aula sobre acolhimento ao familiar enlutado e, desde julho de 2011, aula sobre os direitos e deveres dos pacientes e seus acompanhantes, com objetivo de orientar os funcionários sobre a importância dos temas e sua relação com os objetivos institucionais.

4.2 Sujeitos da Pesquisa

São enfermeiros e médicos que trabalham na instituição, realizam assistência aos pacientes e preenchem os critérios de inclusão.

A escolha de médicos e enfermeiros deu-se com a intenção de pesquisar as duas categorias profissionais presentes em todo tipo de atividade assistencial na instituição, bem como em todas as unidades de atendimento ao paciente.

Critérios de inclusão:

- ter no mínimo seis meses de experiência profissional na instituição;
- realizar atividade de prestação de cuidados ao paciente.

Foram convidados a participar da pesquisa: profissionais dos plantões da manhã, tarde e dois noturnos (par e ímpar), que exercem cuidado assistencial ao paciente, independente da unidade de atuação.

Não houve número prédefinido de participantes, tendo sido considerado suficiente quando começaram ocorrer repetições nos conteúdos dos relatos.

4.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Instituto de Ensino e Pesquisa da Instituição, que solicitou o parecer da diretoria do hospital, conforme processo interno para autorização de realização de pesquisa clínica e científica. Com o parecer favorável da diretoria do hospital, o projeto foi encaminhado para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo o parecer favorável. De acordo com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, recebendo o parecer favorável (Processo n. 1.057/2011).

Por ser a pesquisadora membro da equipe multiprofissional da instituição, em exercício de cargo de coordenação e membro da comissão interna de humanização, considerou-se a possibilidade da existência de conflitos éticos na etapa de coleta dos dados. Para dirimir essa questão, a pesquisadora optou em não coletar os dados e consultou duas psicólogas sobre o interesse em participar da fase de coleta de dados. As duas psicólogas haviam realizado estágio no Serviço de Psicologia da Instituição e na ocasião da coleta de dados não estavam vinculadas à mesma, assim, foram convidadas por apresentarem um perfil desejável (boas ouvintes, interessadas no tema da pesquisa e disponíveis para se dedicar à fase de coleta de dados).

A participação das psicólogas como colaboradoras na coleta de dados da pesquisa ocorreu mediante assinatura de um contrato de prestação de serviços. As colaboradoras da coleta de dados foram treinadas pela pesquisadora, tanto na forma da abordagem dos sujeitos em relação à entrevista como no manejo de situações como a desistência durante a entrevista ou imediatamente após sua conclusão, de forma a não constranger o voluntário nessas situações, respeitando sua autonomia e privacidade.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento (Apêndice C) contendo: caracterização do profissional (categoria profissional do entrevistado, tempo de atuação na instituição, gênero, turno de trabalho e unidade de atendimento) e as questões norteadoras da pesquisa: “para você o que significa o termo humanização hospitalar?”, “como você percebe a humanização da assistência nesta instituição?” e “quais os fatores que dificultam e facilitam a humanização da assistência nesta instituição?”, além de um espaço para que o entrevistado pudesse contribuir com comentários adicionais ou espontâneos se desejado por ele.

Para a realização das entrevistas, foi feito o treinamento das colaboradoras da coleta de dados. Após o treinamento, foi conduzido um pré-teste do instrumento, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do instrumento, adequá-lo às necessidades apontadas e completar o treinamento das colaboradoras, possibilitando a discussão de dúvidas e sugestões relativas à condução das entrevistas, além de treinar a pesquisadora para a etapa de transcrição das entrevistas.

O pré-teste foi realizado com duas profissionais da instituição, sendo feitas as alterações necessárias para melhor compreensão dos participantes. Os dados obtidos nas duas entrevistas do pré-teste não foram utilizados neste estudo.

A abordagem dos sujeitos foi realizada pela pesquisadora, que esclareceu sobre o estudo a ser realizado e verificou o interesse na participação. Foram convidados profissionais das diversas unidades de atendimento do hospital. Após a manifestação de interesse dos voluntários, a pesquisadora combinou o dia, horário e local adequado ao sujeito para a realização da entrevista, entregando a carta convite (Apêndice A). As entrevistas agendadas foram confirmadas por contato telefônico ou mensagem de texto e ocorreram no segundo semestre de 2011.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas privativas disponíveis na instituição. Na data e horário pré-agendados para a entrevista, a colaboradora da coleta dos dados recebeu o voluntário, explicou os objetivos da pesquisa, a manutenção do anonimato, liberdade do sujeito em interromper a entrevista a qualquer tempo, mediante simples comunicação ao entrevistador, telefones para contato (do Comitê de Ética e da pesquisadora), solicitando aos participantes o

Consentimento Livre e Esclarecido para a participação no estudo (Apêndice B). O Consentimento Livre e Esclarecido foi formalizado com a assinatura em duas vias (uma para o entrevistado, outra para o entrevistador) dos interessados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na sequência, a entrevista foi realizada.

Os dados foram gravados para possibilitar o conteúdo na íntegra dos depoimentos, que foram transcritos pela pesquisadora. Os discursos dos participantes foram identificados por letra e número, como exemplo “D 17”, correspondendo à letra “D” a “discurso” e o número ao número do discurso, que foi atribuído aleatoriamente.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados, de acordo com o método de Análise de Conteúdo de Bardin (2010), que oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Nesse método, a investigação tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A análise da comunicação utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (Bardin, 2010).

A análise de conteúdo de Bardin é indicada para este tipo de pesquisa, pois enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta, privilegia as formas de comunicação oral e escrita e possibilita que hipóteses sob a forma de questões provisórias sirvam como diretrizes para a confirmação ou infirmação de uma pesquisa (Silva, Gobbi e Simão, 2005).

O processo proposto por Bardin desenvolve-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e, por fim, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise, organizam-se os documentos pela formulação dos objetivos e do desenvolvimento dos indicadores que fundamentam a fase posterior de

interpretação. Nessa fase, utiliza-se a leitura flutuante, quando o pesquisador entra em contato com trechos dos discursos e conecta-se as suas primeiras impressões e direcionamentos do texto explorado (Bardin, 2010).

O estabelecimento de indicadores ocorre pelo reconhecimento nos discursos obtidos, de indícios e menções de um tema ou mensagem, associados ou não aos objetivos levantados inicialmente na pesquisa. O tema, afirmação a respeito de um assunto, é a unidade de registro mais utilizada na análise de conteúdo para estudar as opiniões, valores e tendências. Dessa forma, a operacionalização dos temas conduz às unidades temáticas, ao agrupamento dos temas como mesmo significado. A definição dos temas possibilita a seleção e os cortes dos segmentos da mensagem, que serão definidos como categorias e subcategorias encontradas. Pode ser empregada a contagem frequencial de cada categoria ou subcategoria, fornecendo informações quantitativas à análise qualitativa do material obtido, o que não foi realizado neste estudo. A exploração do material é a fase da leitura das respostas e do aprofundamento e organização da análise realizada na fase anterior, para a confirmação das categorias e subcategorias apontadas. O tratamento dos dados e a interpretação transformam os dados brutos em dados significativos, que possam estabelecer quadros de resultados que expõem as informações obtidas pela análise (Silva, Gobbi e Simão, 2005).

Por intermédio dos dados obtidos pela análise de conteúdo, foi possível a proposição de inferências e interpretações em relação aos objetivos previstos na pesquisa, dialogando com autores sobre os temas encontrados.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos sujeitos entrevistados

Foram entrevistados 19 profissionais e destes, nove enfermeiros (48%) e dez médicos (52%).

No total, 12 dos sujeitos pesquisados eram do gênero feminino (63,1%) e sete do gênero masculino (36,9%). O tempo de experiência profissional na instituição foi de dois a 17 anos, e o turno diurno prevaleceu nos sujeitos pesquisados (94,8 % dos sujeitos), sendo um sujeito plantonista de 24 horas semanais (5,2 %).

Quanto à unidade de atendimento onde os enfermeiros entrevistados trabalhavam foram: dois, no pronto-socorro adulto; um, no pronto-socorro Infantil; dois, na unidade de terapia intensiva adulto; um, na maternidade; um, na clínica cirúrgica e dois, na unidade de oncologia. Os médicos entrevistados atuavam: dois, no pronto-socorro adulto; um, no centro cirúrgico; um, na clínica médica; um, na unidade de terapia intensiva neonatal; dois, na unidade da terapia intensiva pediátrica e três, na unidade de terapia intensiva adulto.

5.2 Categorias e subcategorias

Após a transcrição, os discursos dos sujeitos entrevistados foram analisados e localizadas as unidades de registro que continham significado relacionado ao objeto do estudo. Essas unidades foram agrupadas em categorias temáticas. Assim, foram identificadas três categorias temáticas e seis subcategorias que convergiram para os objetivos propostos:

5.2.1 Categoria “Significado do termo humanização hospitalar”;

5.2.1.1 Subcategoria “Respeito”;

5.2.1.2 Subcategoria “Acolhimento”;

5.2.1.3 Subcategoria “Empatia”;

5.2.2 Categoria “Fatores facilitadores para a humanização da assistência”;

5.2.2.1 Subcategoria “Cultura organizacional”;

5.2.2.2 Subcategoria “Equipe multiprofissional”;

5.2.2.3 Subcategoria “Autonomia”;

5.2.3 Categoria “Sobrecarga de atividades como fator que dificulta a humanização da assistência”.

A seguir, os resultados discutidos dizem respeito aos dados obtidos, relacionam-se aos objetivos propostos inicialmente e serão apresentados de forma descritiva e analítica para facilitar a compreensão do leitor.

5.2.1 Categoria “Significado do termo humanização hospitalar”

Nesta categoria temática, foram identificadas três subcategorias: respeito, acolhimento e empatia, que são os significados atribuídos pelos sujeitos ao termo humanização hospitalar.

5.2.1.1 Subcategoria “Respeito”

Quando definiram o termo humanização, os sujeitos utilizaram a palavra “respeito”, expressando-a como o respeito aos costumes, aos desejos, às crenças e aos valores do paciente. Para os entrevistados, a internação do paciente deve conciliar seus hábitos às rotinas assistenciais, exigindo por parte da equipe um esforço de adaptação que pode ser traduzido no respeito ao ser humano. Nos discursos encontramos afirmações de que as rotinas hospitalares são importantes para a equipe realizar seu trabalho com tranquilidade, mas, para oferecer um atendimento digno e respeitoso ao paciente é necessário que os profissionais do hospital busquem adaptar essas rotinas, tais como: os horários de medicação, procedimentos e regras às necessidades do paciente e dos acompanhantes. Ao respeitar o paciente, os sujeitos

acreditam fazê-lo sentir-se de uma forma digna em um ambiente que não é o dele, como transcrito abaixo:

(...) significa nós conseguirmos fazer dentro da instituição hospitalar, com que o paciente se sinta de uma forma mais digna possível, não só a título de tudo aquilo que para ele significa tanto crenças como valores. Significa que nós respeitamos isso e tentamos dentro de todo contexto onde se misturam necessidades de horários, procedimentos, condutas de rotinas. A gente não pode esquecer que isso faz com que nosso trabalho se desenvolva de uma forma mais tranquila de ser realizada, mas que dentro de todo esse processo nós consigamos respeitar essa parte do paciente (...) humanizar é nós tentarmos fazer com que o paciente se sinta o mais respeitado possível dentro de um contexto que não é o dele, mas, que naquele momento ele precisa estar inserido para ser devolvido o quanto antes para dinâmica de vida dele (D15).

Atender todos os critérios com o paciente, quanto a seu dia a dia, quanto à sua religião, sua crença, e respeitar dentro deste contexto, dentro da internação do paciente, conciliar o seu dia a dia com sua internação (...) a gente vai tentar adaptar, é óbvio que não dá para conciliar todos os seus hábitos, mas, a gente tenta respeitar como um todo (D 05).

Para os sujeitos, humanização é respeitar as necessidades do paciente, prestando-lhe além do cuidado técnico, um atendimento diferenciado, com atenção às particularidades de cada pessoa. Chamar o paciente pelo nome, conhecer seus hábitos, suas preferências, sua orientação espiritual possibilitam o atendimento humanizado, de acordo com os entrevistados, apesar das restrições que as situações de adoecimento e hospitalização provocam, é possível liberar algumas coisas incomuns no hospital que ao paciente são importantes. Conferir ao paciente o controle sobre algumas funções e aspectos de sua rotina é considerado pelos profissionais entrevistados como impactante para a assistência humanizada. O respeito aos direitos do paciente e de sua família também foram citados pelos sujeitos, conforme ilustram os discursos:

(...) respeitando também o direito da família (...) o direito e a vontade do paciente e da família dele (D 4).

(...) significa atribuir ao paciente algumas das funções, capacidades que ele tem na vida habitual dele, guardadas as devidas restrições em função da doença, garantir que ele mantenha o controle sobre certos aspectos da vida dele, seja conforto e autonomia (...) (D 17).

(...) liberar algumas coisas que, na verdade, seriam incomuns para outros, mas para aquela pessoa foi super importante (...) (D 6).

(...) é a gente respeitar a individualidade e os conceitos, a espiritualidade, os desejos dos pacientes que estão internados. Então, é a gente dar alguma coisa além do cuidado técnico que, normalmente a gente dá, é tentar entender essas nuances do paciente (...) (D 8).

Humanização hospitalar são os cuidados que a gente presta ao paciente, de maneira diferenciada em relação de um para o outro (D 1).

Os entrevistados referiram aspectos relacionados ao respeito aos direitos dos pacientes e seus familiares presentes na Lei dos Usuários dos Serviços de Saúde (Lei 10.241 de 17 de março de 1999), como o tratamento digno e respeitoso, o respeito às crenças e costumes, além de identificar o paciente pelo nome (São Paulo, 1999). A ética dá ênfase aos valores, deveres e direitos, ao modo como as pessoas conduzem suas relações, e esses elementos são identificados nos discursos dos sujeitos, embora não façam menção a Leis ou Códigos de Ética profissional.

Quando o paciente está hospitalizado, ele não perde suas obrigações pessoais e compromissos como cidadão, porém, a condição de estar internado é limitante e desperta sentimentos de impotência na maioria das pessoas. Desconhecer e desrespeitar os direitos dos pacientes e não legitimar seu poder de escolha, pode ser considerada como uma das prováveis causas da atual crise assistencial, bem como dos processos de cuidado desumanos (Veloso e Spindola, 2005).

Na sociedade pluralista em que vivemos, não é possível um acordo universal sobre as questões morais entre médicos e pacientes. Os profissionais não podem

exercitar a tarefa de cuidar sem dar ao paciente a compreensão das alternativas existentes, de forma que ele, em conjunto com seu médico, cheguem a uma decisão sobre seu tratamento, de acordo com sua moral e seus valores (Pellegrino, 2006).

Alguns hospitais desenvolvem ações focadas na educação do paciente e seus familiares sobre seus direitos e deveres, com o objetivo de torná-los mais conscientes e participativos no processo de hospitalização e tratamento. Esse processo educativo ocorre na instituição pesquisada, e é possível que tenha influenciado positivamente a percepção dos sujeitos, sensibilizando-os, em especial, para o atendimento pautado no respeito ao indivíduo e às suas crenças e costumes.

É importante que os profissionais de saúde compreendam que cada paciente é singular, que possui identidade única e, em consequência, necessidades específicas. Não reconhecer essa singularidade pode conduzir o profissional de saúde a tratar o paciente de forma padronizada e impessoal; no entanto, a padronização do atendimento não se configura obrigatoriamente em sinônimo de atendimento desumanizado, bem como um tratamento individualizado não garante um atendimento humanizado (Silva, Chernicharo e Ferreira, 2011).

Para organizar a rotina de cuidados assistenciais, é imprescindível sistematizar o trabalho dos profissionais da saúde, aproveitando da melhor forma os recursos existentes sem, contudo, tornar a rotina uma prioridade. A sistematização da assistência deve ser tratada, como um meio com o qual se pretende chegar ao resultado desejado pelo planejamento terapêutico do paciente, deve ser executada de forma a respeitar a individualidade e ser flexível para adaptar as particularidades de cada ser humano.

A técnica busca formas de fazer uma atividade racionalmente e é um conjunto de saberes que podem ser repetidos, ensinados, reproduzidos e aperfeiçoados (Ayres, 2008).

A assistência aos pacientes não pode ser reduzida à dimensão técnica, que é imprescindível, pois assistir o paciente sem o necessário conhecimento técnico poderá acarretar em má conduta, erro, negligência e risco à vida do paciente. Mas, a estrita preocupação com a dimensão técnica da assistência transforma o paciente em objeto de cuidado, ficando seu bem-estar e conforto subordinados ao uso da tecnologia. A ênfase sobre a tecnologia que traz muitos benefícios à humanidade,

pode levar à fragmentação do saber e em consequência, à fragmentação do paciente (Massarollo, Mira, Martins e Neto, 2006).

A promoção da humanização da saúde requer o acolhimento das expectativas e da individualidade do paciente e, ao reconhecer a identidade e cultura do paciente, ao compartilhar decisões referentes ao cuidado, promovendo a coparticipação dos envolvidos, o profissional estará estabelecendo uma relação de atendimento ético, digno, respeitoso e humanizado.

5.2.1.2 Subcategoria “Acolhimento”

Para os sujeitos deste estudo, a humanização implica atender bem o paciente e, para tanto, é preciso conversar com ele, conhecer o contexto em que está inserido e não só sua parte física e sua doença. Afirmam ser necessário dedicar tempo e atenção às ansiedades e temores do paciente. É nessa aproximação do profissional, com gestos de ternura, proteção e preocupação com o paciente que ocorre a humanização da assistência. Para os entrevistados, melhorar a qualidade do relacionamento entre os profissionais, pacientes e seus familiares promove a aproximação das pessoas e, por meio disso, uma assistência mais sensível e terna. Os profissionais buscam adaptar-se e combinar seus recursos de forma a atender às necessidades e expectativas de seus pacientes, não se limitando às necessidades físicas. Ouvir as pessoas pode aproximá-las e melhorar a prestação do cuidado técnico necessário:

(...) é tratar direito, saber conversar com o paciente, saber escutar o paciente que muitas vezes, vem aqui para ser escutado (...) (D 19).

(...) humanização hospitalar é atender bem o paciente, é ter o diagnóstico do paciente, entender o paciente, tratar o paciente dentro do hospital, dentro do que a gente pode fazer aqui (...) (D 21).

(...) melhorar a qualidade do relacionamento do atendimento enquanto indivíduo, quer dizer, a pessoa vem procurar o serviço por causa de uma doença, quanto mais a gente enxerga aquela `pessoa com uma doença` melhor, então humanizar não é seguir somente o protocolo, é tentar melhorar a relação entre duas pessoas(...) (D11).

(...) é ver o paciente como um todo, como ser humano e não só a parte física dele, que é o intuito do momento e do tratamento, mas poder atender nos mínimos detalhes (...) (D 2).

(...) humanizar o atendimento é tornar esta prática muito mais sensível, próxima, fazendo com que ele não tenha simplesmente uma assistência médica propriamente dita, mas, um aspecto de ternura e proteção fazendo com que este sofrimento diminua (...) (D 9).

Para os entrevistados, a humanização também se relaciona com as melhorias das condições do ambiente, que deve ser acolhedor e propiciar conforto para minimizar o sofrimento da experiência de estar doente e hospitalizado, já que o paciente encontra-se distante de seu lar e, muitas vezes, privado da convivência familiar. Os entrevistados citam a importância do ambiente tranquilo para tornar a internação mais branda. Quando possível liberam algum tipo de refeição ou refrigerante que o paciente tem vontade de consumir para lhe proporcionar sensação de conforto.

Os profissionais destacam ações que tornam flexíveis algumas das regras do ambiente hospitalar, como a liberação de visitantes fora dos horários preconizados e a presença de acompanhante nas unidades de terapia intensiva. A presença da família é citada como fator importante para o paciente durante a hospitalização. Para os profissionais, trabalhar com as exceções, esforçando-se para atender aos desejos do paciente possibilita que atuem e tornem o ambiente acolhedor, conforme ilustram os discursos dos sujeitos pesquisados:

(...) humanização é amenizar o fato de você estar dentro de uma instituição hospitalar, tudo o que você possa fazer pelo paciente, para que amenize a situação que já é preocupante (...) várias

coisas podem ser feitas para o paciente se sentir melhor e mais acolhido(...) (D 6).

(...) liberar uma comida que ele tenha vontade de comer, um refrigerante, autorizar um familiar vir fora de horário ou um familiar para ficar junto (...) conversar mesmo fora do horário da visita se alguém chamar (...) (D 8).

(...) é poder proporcionar um ambiente tranquilo, que faça com que aquela estadia dele, dentro do período de internação, seja o mais branda possível (...) (D 2).

(...) o familiar em si sempre contribui (...) é de suma importância o acompanhamento do paciente por um familiar ou cuidador (...) (D 1).

Oferecer proteção, refúgio e conforto significa acolher. Os conceitos de humanização e acolhimento fundem-se, e o acolhimento tem maior reconhecimento como estratégia para atendimento de demandas reprimidas. Mas, sem resolutividade, o acolhimento pode ser fonte de descontentamento para o paciente, que espera ser ouvido em suas queixas, mas também quer que elas sejam resolvidas (Lima e Pereira, 2010).

O acolhimento é um recurso fundamental no espaço assistencial, porém não deve ser confundido com recepção, pois acolher implica fazer presente a escuta do outro, com interesse genuíno para o estabelecimento de uma relação terapêutica (Ayres, 2004).

O acolhimento como postura e prática nas ações de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso com os pacientes, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade. O acolhimento como efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (Brasil, 2006).

Mesmo bem intencionados e por mais que deseje acolher o paciente, os profissionais que trabalham em instituições com recursos escassos, com falta de materiais e problemas nas escalas de serviço estarão expostos a condições que

dificultam realizar a missão de cuidar. Para que o esforço em humanizar seja verdadeiro e abrangente, é necessário incluir a totalidade do universo em que os cuidados são produzidos.

Não se pode alimentar uma visão ingênua e voluntarista do profissional herói. Alguns discursos, que falam da humanização da oferta de cuidados de forma não contextualizada, podem ser considerados uma ideologia fraca (Minayo, 2008, p. 57).

O profissional da saúde tem como base de trabalho as relações humanas e, para trabalhar adequadamente, valorizará o processo de comunicação. Todas as formas de comunicação (fala, expressões não verbais, audição, escrita e tato) devem ser utilizadas para minimizar os conflitos inerentes das relações humanas e beneficiar a relação entre o paciente e o profissional de saúde (Silva, MJP, 2011).

Para acolher é necessária uma condição emocional de abertura do profissional, para deixar-se “tocar” pela história do paciente, por suas necessidades e anseios, de forma a provocar um comprometimento que está além da técnica e resvala no humano de cada um, despertando o desejo pela resolução dos problemas e referenciando-os quando necessário. Para que o acolhimento exista, é importante ouvir e dialogar e é preciso saber se comunicar eficazmente.

A humanização depende da capacidade de ouvir e falar, pois os acontecimentos do mundo só se tornam humanos, quando são dialogados com seus semelhantes, ou seja, quando propiciam a interação humana, o conhecimento, o reconhecimento e a compreensão do outro (Oliveira, Collet e Viera, 2006).

As ações desenvolvidas para tornar o ambiente aconchegante, com foco na humanização e na hospitalidade das pessoas, visam à promoção do acolhimento. De acordo com as políticas propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) essas características de promoção do ambiente acolhedor são definidas como ambiência.

Os hospitais organizam, protocolam e sistematizam suas atividades para aproveitar da melhor forma possível seus recursos (humanos, técnicos e físicos) diante da demanda apresentada por seu público-alvo. Muitas dessas rotinas são úteis para a logística do cuidado em larga escala, mas sem uma visão crítica, podem uniformizar o cuidado de forma nociva, excluindo de seu escopo a atenção às

particularidades que cada paciente tem e que precisam ser consideradas pelos profissionais, a fim de impedir que o atendimento ocorra de forma desumana. Seguir protocolos de atendimento não garante a humanização se não houver a tentativa de melhorar a qualidade do relacionamento entre paciente e profissional de saúde.

5.2.1.3 Subcategoria “Empatia”

Para os entrevistados, colocar-se no lugar do paciente possibilita assisti-lo melhor. Para alguns profissionais, humanização é tratar os pacientes como se fosse uma pessoa de sua própria família ou alguém querido e tratá-los como gostariam de ser tratados. Os entrevistados têm a percepção de que hoje ocupam um papel de prestador de cuidados e esperam que, quando estiverem no papel de quem recebe os cuidados, também sejam atendidos de forma humanitária:

(...) a gente procura prestar cuidados de uma maneira mais humana, se pondo principalmente no lugar do paciente (...) hoje, eu me ponho no lugar; amanhã eu posso estar nesse lugar, e eu espero ter esse lado humanitário sobre mim. Então, hoje, eu só me ponho, amanhã, eu posso estar (...) (D 1).

(...) eu sempre procuro passar isso para minha equipe: vou tratar as pessoas do jeito que eu gostaria de ser tratado e que tratassem minha família (...) (D 4).

(...) respeitar essas necessidades do paciente e ainda assim, nós sempre tentamos nos colocar na posição dele (...) (D15).

O sentimento de identificação entre duas pessoas é definido como empatia (Bueno, 2000). O relacionamento baseado na empatia é a base para a compreensão do paciente, pois, quando nos colocamos no lugar do outro, ampliamos nossa percepção em relação à importância do atendimento de suas necessidades ou desejos.

É com base na empatia e desenvolvimento do vínculo entre profissional e paciente (e familiares) que será estabelecida a relação de confiança necessária, para que a humanização da assistência ocorra (Silva, 2006).

De acordo com Caponero, Pimenta, Mota e Cruz (2006) o tecnicismo da medicina provocou uma mudança na relação entre médico e paciente, com perda do poder terapêutico da presença do médico, como figura que apoia e conforta o paciente durante seu sofrimento. Os profissionais esqueceram-se de que cuidar pode ser mais importante que curar e que, para cuidar, é preciso desenvolver as atitudes citadas pelos entrevistados: respeito, acolhimento e empatia.

A empatia requer ampla reflexão, pois as pessoas apresentam sentimentos espontâneos de simpatia (inclinação recíproca entre duas pessoas), antipatia (aversão espontânea), apatia (insensibilidade e indiferença) e empatia na relação com os demais (Bueno, 2000). A dificuldade em sentir empatia, por motivos ou limitações pessoais, pode criar vieses no relacionamento entre profissional e paciente e, em consequência, não contribuir para a assistência digna e respeitosa, prejudicando-a.

Em casos excessivos, a empatia pode trazer sofrimento e angústia ao profissional da saúde, tornando seu ofício difícil de suportar emocionalmente. Ou ainda, comprometer a postura profissional e precipitar atitudes que firem a autonomia do paciente ou o beneficiem-no em detrimento de outros, agravando injustiças.

Os entrevistados mencionam que, ao ser colocar no lugar do paciente, praticam o cuidado da forma como gostariam de recebê-lo. Desse modo, pode ocorrer um problema à humanização, já que as diferenças culturais dos indivíduos impossibilita uniformizar as percepções e, portanto, o que para o profissional é referência positiva de cuidado, na percepção do paciente ou de sua família, poderá ser não humanizado ou ofensivo. Para prestar assistência humanizada, é importante conhecer as crenças, a cultura e os valores do paciente.

Receber apoio e orientação para enfrentar as dificuldades relacionadas à empatia é uma das etapas do aperfeiçoamento do profissional. Para exercitar a empatia, o profissional precisa estar disponível emocionalmente para estreitar sua relação com o paciente e seus familiares, bem como os gestores devem estar conscientes de seu papel para apoiar seu trabalhador a fazê-lo de forma salubre.

Portanto, a empatia não deve ser interpretada como um dom natural ou uma habilidade rigorosamente positiva, mas como uma competência a ser ensinada e estimulada nos profissionais da saúde, desde a formação do aluno até as etapas de extensão e educação continuada.

5.2.2 Categoria “Fatores que facilitam a humanização da assistência”

Dos fatores que facilitam a humanização da assistência, destacam-se as subcategorias cultura organizacional, equipe multiprofissional e autonomia.

5.2.2.1 Subcategoria “Cultura organizacional”

Os entrevistados citaram aspectos relacionados à cultura da instituição, tais como a identidade religiosa da mantenedora, a postura da diretoria com os funcionários, a preocupação com a educação para humanização e a implantação de programas de Acreditação como facilitadores à humanização.

Nos relatos encontramos afirmações, que a humanização é considerada uma exigência por parte da instituição e de seus trabalhadores. A orientação religiosa é percebida como fator que favorece o tratamento cuidadoso do ser humano. Tratar bem pacientes e funcionários faz parte dessa cultura e quando o funcionário é bem tratado, ele é estimulado a tratar bem o outro.

A postura dos líderes e o fato dos profissionais conhecerem-se, pois muitos trabalham na instituição há alguns anos, foram considerados pelos médicos e enfermeiros, como fator impactante e positivo na humanização da assistência:

(...) eu vejo a humanização como a exigência que nós temos tanto por parte da instituição e também a gente acaba adquirindo essa cultura para gente mesmo (...) (D 7).

(...) temos uma empresa que tem um cunho religioso, isso também faz com que facilite muito a humanização, está sempre puxando para algumas coisas. A alta diretoria tem um cuidado grande com as pequenas coisas para os funcionários e isso é uma coisa que reverte para humanização, a partir do momento que você é bem tratado, você também trata muito bem (...) (D 15).

(...) muitos da equipe trabalham aqui há anos, todo mundo já está envolvido com a instituição (...) (D 3).

(...) eu acho que o ambiente, o fato das pessoas se conhecerem e ser uma coisa menor e menos formal, facilita (...) (D 8).

O treinamento realizado pela instituição com o profissional recém-admitido (em sala de aula e no local de trabalho) e os treinamentos promovidos pela instituição periodicamente, com foco na humanização e na hospitalidade foram ponderados como fatores positivos para a assimilação da postura humanizada. A continuidade da orientação, por parte dos líderes com os funcionários, enfatizando questões, como o respeito à autonomia do paciente, aos direitos, ao acolhimento, à conversa e a importância de ouvir as necessidades do paciente e seus familiares reforçam a postura profissional com foco na humanização. Os entrevistados referiram que atitudes profissionais contrárias à humanização acabam se destacando, gerando embates na equipe multiprofissional. Os relatos abaixo ilustram alguns desses aspectos:

(...) o jeito que é feita a integração e tem a parte da psicóloga onde ela conversa, onde ela fala muito de humanização (...) quando você tem uma palestra em relação à humanização, eu acho que isso vai motivando, por ser uma coisa que está sempre sendo enfatizado, acaba mobilizando aquilo na pessoa, acaba tirando aquilo de lá de dentro (...) (D10).

O que facilita é a orientação que é dada ao funcionário quando ele é admitido no hospital. A chefia de Enfermagem, e os outros funcionários da equipe multidisciplinar, passam isso, o paciente

tem mais autonomia, mais direitos, é recomendado que se ouça mais o paciente (...) (D17).

(...) no treinamento da equipe multidisciplinar, isso é, do médico, da enfermeira, do técnico, da fisio, todo mundo no sentido de como você vai humanizar, como você vai conversar com o paciente, como você vai acolher, porque a gente percebe quem não tem essa posição e isso gera embate (...) (D 3).

Outro aspecto da cultura da instituição considerado positivo pelos entrevistados para a humanização foi a implantação de protocolos assistenciais, relacionados ao controle de riscos e segurança do paciente que, de acordo com os entrevistados, estimulam e apoiam a humanização. Os programas de Acreditação Hospitalar da instituição foram considerados facilitadores da humanização e da qualidade pelos sujeitos, pois eles entendem que estimulam a comunicação e o acolhimento:

(...) por essas questões da instituição, eu acho que a gente consegue prestar assistência humanizada com qualidade para o paciente, através desses protocolos, que eu vejo como uma forma de humanização (...) tem protocolos que nos garantem que a gente tem que seguir justamente para isso. Eu vejo aquele paciente que precisa de um atendimento prioritário que os demais, então, vamos tirá-lo e levar para onde deve ser atendido, para a gente minimizar os riscos que ele possa apresentar (...) (D 7).

(...) acho que uma mudança que vai acontecer com essa parte da Acreditação é a de humanização, que é um dos critérios, além da segurança do paciente, é essa parte de acolhimento e comunicação (...) (D 3).

(...) eu vou ver o que o paciente quer e o que já existe na instituição como protocolo (...) (D 6).

Para as religiões, o ser humano é compreendido, além das dimensões biológica, psicológica, política, social e filosófica. A reflexão das religiões está no

transcendental, no âmbito espiritual, chegando a Deus. Em muitas igrejas, de diferentes credos, os doentes recebem especial atenção, pois, como sofredores são dignos da compaixão de Deus e, conseqüentemente, das pessoas. Para aquele que crê, o posicionamento da Igreja constitui um ponto de referência sobre a dignidade e o respeito à vida humana. Algumas das referências religiosas, em especial, as da Igreja Católica orientam seus seguidores, para que vejam o doente como um filho de Deus e irmão de Jesus, e, portanto, a assistência poderá ser humanizada espontaneamente se os profissionais de saúde tiverem esse conceito da pessoa enferma (Mezzomo, 2010).

A orientação religiosa da instituição, com enfoque no catolicismo, reforça o olhar bondoso ao enfermo. A humanização da saúde é descrita como parte dos princípios da entidade, amplamente discutida e difundida por seus representantes e, nesse caso, a cultura organizacional alinhada a uma identidade religiosa que valoriza o humano, atua como facilitadora da humanização da assistência.

É importante que a humanização do cuidado configure-se como direito de todos os envolvidos na produção da saúde e não como uma expressão de boa vontade dos profissionais, pois, de acordo com Silva, FD, Chermicharo e Ferreira (2011), “(...) ações de cuidado que emanam do exclusivo favor, da benevolência ou da bondade, podem originar o seu contrário, o descuido – expressão não ética da ação, portanto, não humanizada”.

A identidade religiosa da instituição não deve ser considerada um fator exclusivo na composição da cultura organizacional que favorece a humanização da saúde; além disso, a instituição considera outros aspectos como os programas de hospitalidade e dos direitos dos pacientes, permanentemente presentes em sua programação de educação e treinamento institucional, bem como no planejamento estratégico adotado.

De acordo com Andrade *et al.* (2006), “as ações de treinamento, desenvolvimento ou qualificação do trabalhador ocupam um dos papéis centrais no conjunto de práticas que denominamos gestão de pessoas”. Os resultados alcançados em uma instituição, tanto individual como coletivamente são influenciados pelos processos educacionais internos.

“Educação” significa instrução, ensino, polidez e cortesia, o termo “treinamento”, do ato de treinar, define-se como ensaiar, exercitar ou adestrar (Bueno, 2000).

Qualquer conteúdo de aprendizagem está situado no campo conceitual (saber) ou procedimental (saber fazer), ou atitudinal (ser), sendo oportuno que as estratégias educacionais considerem esses três domínios e suas características específicas para ensinar adequadamente as situações a serem enfrentadas (Zabala e Arnau, 2010).

Apesar da importância dos treinamentos e programas educacionais, observa-se que não é possível a humanização ao paciente se não houver humanização para o trabalhador. Lidar com a dor, a morte e a doença não é fácil ou prazeroso. Muitas vezes, os trabalhadores de saúde angustiam-se diante do sofrimento de seus pacientes e preocupados em resolver os problemas dos doentes, não compreendem ou descuidam de seus próprios problemas.

De acordo com as diretrizes da PNH, que têm por princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão em saúde e o fortalecimento e protagonismo dos sujeitos, alterar a maneira de trabalhar e interferir nos processos de trabalho no campo da saúde, é essencial para fortalecer a cultura da humanização. É necessário estimular o desenvolvimento de novas formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos e que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam (Brasil, 2007).

Algumas das ações com foco na atenção às relações do trabalho e do trabalhador implantadas pela PNH são: a “Roda de Conversa” com os trabalhadores da saúde, em que por meio de um espaço democrático de troca entre gestores e trabalhadores, há a oportunidade de decidir em conjunto as questões relativas ao trabalho, com ênfase na diversidade de opiniões sobre as questões apresentadas; sensibilização das equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestações; viabilização da participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde; implementação de mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento e a autonomia das equipes; organização do trabalho em equipes multiprofissionais; implementação de sistemas de escuta qualificada dos trabalhadores; promoção de atividades de educação permanente e de valorização da saúde e qualidade de vida no trabalho (Brasil, 2008).

Podemos alertar que a valorização do profissional é premissa básica para o desencadeamento do processo de trabalho humanizado, que exige atitudes de reciprocidade na relação de trabalho e que pessoas competentes desejam trabalhar em organizações que lhes deem retorno pela dedicação (Shinyahiki, 2000).

Outro aspecto citado pelos sujeitos pesquisados, como facilitador da segurança, comunicação e do acolhimento no hospital, foi o programa de Acreditação Hospitalar.

Os programas de qualidade foram iniciados nas indústrias com enfoque no controle dos custos, redução de gastos, melhoria do produto e competitividade da marca passaram a incorporar o ambiente hospitalar intensamente nos últimos 20 anos. Na área da saúde, a qualidade refere-se ao esforço em oferecer um tipo de assistência que tenha o efeito desejado, de acordo com as expectativas do usuário, dos profissionais prestadores de serviço, dos financiadores e fornecedores (Malik e D'Innoncenzo, 2010).

A qualidade acontece quando os agentes envolvidos na produção da saúde, além de comprometidos com o processo de trabalho, estão abertos a analisar os resultados obtidos e a realizar mudanças, para que os resultados possam ser melhores. Infelizmente, nem toda mudança resulta em melhoria. Mudanças podem ser estressantes, desgastar os profissionais, confundi-los e prejudicar o sucesso do trabalho da equipe. Para que os processos mudem para melhor, é necessária a utilização de ferramentas que gerenciem as mudanças, além de envolver os participantes relacionados às mudanças, para que sejam agentes e não reagentes nesse processo. O não envolvimento das pessoas nas mudanças pode comprometer negativamente o resultado e impedir o sucesso (Langley *et al.*, 2011).

Para muitos profissionais, o hospital é um ambiente onde dedicam grande parte de seu tempo e de seus esforços, além de local, onde muitas das relações interpessoais são estabelecidas, constituindo-se em seu principal ambiente social.

A instituição hospitalar é um ambiente onde o ser humano trabalhador libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva. Os profissionais esperam reciprocidade nas relações de trabalho, que sejam tão humanizadas entre si quando podem e devem ser para os pacientes, de acordo com Backes, Filho e Lunardi (2006): “São os profissionais, através de seu trabalho e das relações que estabelecem, que determinam e retratam se o atendimento ao usuário é ou não é humanizado.”

5.2.2.2 Subcategoria “Equipe multiprofissional”

O grupo pesquisado considera a atuação da equipe multiprofissional como fator facilitador da humanização na assistência. Para eles, não bastam bons aparelhos e bons médicos para a prestação da assistência com qualidade e humanização. É preciso a atuação em conjunto de médicos com os profissionais da equipe de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, nutrição e, inclusive, das equipes de apoio, como a de limpeza. A equipe multiprofissional deve atuar de modo eficaz e capaz de contribuir na assistência humanizada ao paciente. Conforme os entrevistados, a equipe multiprofissional ajuda-os diante das intervenções necessárias com os pacientes e acompanhantes, contribuindo com as informações e percepções individuais para o cuidado integral do paciente, conforme descrito:

(...) a equipe de enfermagem, fisioterapia, fono, médico, todo mundo, a equipe auxilia, como a de limpeza, acabam participando disso e trazem sua contribuição na humanização. Todos tentam ajudar o paciente, os familiares, não deixando ser um número, e sim uma pessoa (...) (D16).

(...) a equipe psicossocial facilita muito a nossa vida, por isso, quando a gente tem alguma coisa, algum processo que a gente precisa intervir, eles sempre dão condição (...) (D 6).

(...) a questão da interdisciplinaridade, todo mundo fica lembrando, qual o impacto disso aqui para o paciente, como ele vai receber isso ou o diagnóstico, ou o tratamento, ou o remédio, o procedimento, isso é um facilitador (...) (D18).

(...) é a equipe multiprofissional que trabalha com todos os profissionais juntos, tanto a fisio, enfermeiro, técnico, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, cada um tem sua função e se cada um desses profissionais deixar passar alguma informação

que poderia auxiliar na internação do paciente, isso vai estar dificultando (...) (D 5).

O trabalho em equipe multiprofissional favorece a articulação dos saberes e a divisão do trabalho pela busca de consensos, quando os profissionais podem arguir mutuamente a construção e execução de projetos que possam atender às necessidades dos usuários (Peduzzi, 2001).

Para que o trabalho em equipe se beneficie dos diversos e múltiplos saberes, há a necessidade da interdisciplinaridade, que é a atitude de reciprocidade dos diversos profissionais diante de um problema do conhecimento. O alinhamento dos conhecimentos requer por parte dos componentes de uma equipe multiprofissional a presença de certos traços de perfil, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, capacidade de adaptação e aceitação, entre outros (Vilela e Mendes, 2003).

A humanização fundamenta-se no respeito e valorização da pessoa humana, constituindo um processo que visa a transformar a cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos, abrigando as várias visões da humanização, que são compostas pela multiplicidade dos saberes da equipe. É a composição heterogênea dos grupos de trabalho da saúde que nutre o processo de humanização, pois a humanização reconhece o campo das subjetividades, como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para busca de soluções compartilhadas (Rios, 2009).

A necessidade de integração dos profissionais, entendida como um grupo de trabalho articulado e contínuo das ações em saúde, torna-se evidente quando consideramos as múltiplas necessidades de saúde (biológicas, psicológicas, sociais e culturais) e a realidade do serviço de saúde que tende à fragmentação do cuidado prestado ao paciente. O parcelamento da atividade de cuidado do paciente que não é realizado por um único cuidador, refere-se às numerosas operações realizadas por diferentes trabalhadores que por se configurar em uma teia de ações diferenciadas, necessita de articulação (Peduzzi e Ciampone, 2010).

O objetivo dos profissionais precisa estar claro e bem definido, para que seus esforços sejam direcionados adequadamente com complementação das diferentes áreas dos valores preconizados pela instituição enraizados, para que se convertam em benefício do cuidado prestado ao paciente, de forma integrada. O ambiente de

trabalho que valoriza as relações entre profissionais, reconhece a importância do desempenho de todos os membros da equipe que prestam cuidados direta ou indiretamente ao paciente, oferece espaço às opiniões das diferentes categorias profissionais a fim de obter melhores condições de propiciar a humanização da assistência.

5.2.2.3 Subcategoria “Autonomia”

Outro aspecto considerado facilitador da humanização pelos entrevistados foi o respeito à autonomia do profissional por parte da instituição e dos gestores, que se desdobra no respeito à autonomia dos pacientes pelos profissionais. Para eles, avaliar as necessidades e desejos do paciente, poder liberar as exceções e permitir que o paciente controle aspectos relacionados à sua vida, sem interferência negativa da instituição, facilita a prática da humanização. Os sujeitos entendem que esse exercício de autonomia profissional requer atenção e análise cuidadosa de cada situação, a fim de prover as melhores soluções para as demandas dos pacientes. Agir com autonomia não significa para os entrevistados liberar tudo para todos, e sim avaliar o impacto de cada caso, tomando a melhor decisão a respeito, no momento em que ocorre o problema ou a solicitação. Essa atitude também é considerada como um comportamento de flexibilidade da equipe que procura se ajustar às necessidades do paciente:

(...) essas coisas que são regras, a gente pode compreender e não vamos abrir exceção para todo mundo (...) vamos abrir algumas exceções no momento certo e poder estudar caso a caso (...) (D 2).

(...) eu percebi que o hospital deixa a gente trabalhar dessa forma, com exceções, e a gente pode trabalhar com humanização, amenizando aquele ambiente, naquele momento (...) (D 6).

(...) os pacientes têm uma autonomia um pouco maior que eu costumo ver em outros hospitais, principalmente em relação à enfermagem que é quem tem um contato mais direto com o paciente, eles são particularmente flexíveis neste sentido. Eu vejo com muita frequência algumas condições singulares, a equipe se adapta a isso (...) (D17).

O reconhecimento da autonomia das pessoas é uma questão central, tanto no âmbito moral e jurídico, como na saúde, sendo essa última, tradicionalmente regida pelo princípio da beneficência e pela ideia de que o médico é quem toma as decisões por ser especialista em doenças. No contexto em que se discute a autonomia das pessoas, é necessário não pressupor qual é a opinião das partes envolvidas, sobretudo porque na relação entre profissional e paciente, os valores podem ser diferentes (Casado, 2011).

A atividade do profissional de saúde é marcada pela relação entre autonomia e heteronomia, pois ele trabalha em meio a negociações, escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes ou que considerem o tipo de inserção de cada um e de todos que compartilham o ambiente de trabalho, os valores, as práticas de saúde instituídas e as relações interpessoais (Santos Filho, Barros e Gomes, 2009).

A gestão que estimula a autonomia, compartilha decisões e confere poder de escolha e mudança aos seus trabalhadores, pode sensibilizar o profissional nas questões relativas ao respeito à autonomia do paciente.

Para favorecer a autonomia, os sujeitos envolvidos devem estar prontos para ouvir, para acolher e permitir que a vontade das partes seja manifestada. A atitude de escuta por parte dos profissionais é, possivelmente, o primeiro passo para a humanização da assistência da saúde.

O conceito de autonomia teve sua origem na teoria política e estendeu-se às pessoas individuais, referindo-se à capacidade que as pessoas têm para se autodeterminar, livres das limitações pessoais que as impeçam de fazer uma escolha genuína. De acordo com Ferrer e Alvarez (2005), “O indivíduo autônomo age livremente em conformidade com um plano de ação que ele mesmo escolheu”.

São condições essenciais para a manifestação da autonomia, a liberdade de escolha e o esclarecimento. Uma escolha pessoal é autônoma quando a pessoa é livre

das influências externas que a controlam e das limitações pessoais que a impeçam de fazer uma opção genuína (Ferrer e Alvarez, 2005).

Mesmo pessoas autônomas podem fazer escolhas não autônomas, por desconhecimento; por isso, o esclarecimento é necessário no processo decisório. Conhecer as consequências das opções de escolha existentes é essencial para avaliar os prós e contras e, decidir com consciência e ciência das responsabilidades que certamente advirão desse processo.

As pessoas podem ter ou estar com sua autonomia diminuída. Isso ocorre quando o indivíduo é imaturo ou está incapacitado (temporária ou definitivamente), justificando as intervenções de índole autoritária ou paternalista por parte da família e da equipe. O respeito pela autonomia exige a maturidade de reconhecer que o paciente tem seus próprios pontos de vista, que ele escolhe suas opções e que atua em conformidade com seus valores e crenças pessoais. Esse respeito visa também a potencializar a autonomia das pessoas, fornecendo todas as informações possíveis, para que o indivíduo possa tomar decisões autônomas e livres de limitações (Ferrer e Alvarez, 2005).

Os profissionais de saúde devem assegurar que o paciente seja informado sobre o diagnóstico e o tratamento proposto de forma que ele obtenha as informações necessárias para tomar uma decisão racional a respeito de seu cuidado e se autodeterminar, com o apoio da obrigação positiva da equipe em alertá-lo sobre os riscos ou prejuízos existentes na aderência ou não aderência do tratamento proposto.

Infelizmente, muitas situações consideradas desumanas, do ponto de vista do respeito à autonomia do paciente, ocorrem no ambiente hospitalar. Desse modo, quando as condições clínicas impedem a manifestação das escolhas do paciente, a equipe e a família possivelmente as farão por ele. Mas, muitas condições clínicas somente diminuem a autonomia e, mesmo com capacidade de exercitar algum nível de escolha, o paciente é subjugado às determinações da equipe ou da rotina institucional, o que se constitui em um processo de atendimento desumano.

A autonomia do paciente é uma das principais preocupações da ética biomédica e não deve focar somente às situações de decisão sobre as intervenções de cuidado de saúde que o paciente vai ou não vai receber (Entwistle, Cribb e MacCaffery, 2010).

O respeito à autonomia deve reforçar a individualidade de cada pessoa, com o reconhecimento da importância da sua cultura e a manutenção de ações que protejam os indivíduos durante as fases de autonomia diminuídas. Constituem-se em algumas das inúmeras atividades do profissional ético e humanizado para com os pacientes: estabelecer oportunidades de manifestação da vontade, da expressão da opinião e a participação nas decisões sobre o tratamento.

5.2.3 Categoria “Sobrecarga de trabalho como fator que dificulta a humanização da assistência”

Os entrevistados consideraram as escalas de serviços assistenciais enxutas e grande a quantidade de atividades a serem desempenhadas, diminuindo o tempo disponível e, assim é preciso estabelecer prioridades para a execução do cuidado. A sobrecarga de trabalho foi citada como o componente que mais dificulta a humanização. Para eles, a assistência humanizada necessita de dedicação ao paciente para atendimento de suas necessidades, o que requer tempo e pessoal para isso. Quando o quadro de funcionários está reduzido ou a quantidade de tarefas está intensificada, os profissionais ficam estressados, dificultando o atendimento humanizado, já que para que o atendimento ser humanizado é preciso tempo e atenção à individualidade do paciente. Nas condições de sobrecarga de atividades, os profissionais fazem escolhas em relação às necessidades apresentadas pelos pacientes, tendo como consequência o não atendimento de todas as demandas, o que gera estresse nos profissionais. Essas questões foram apontadas pelos entrevistados:

(...) quando a gente tem, por exemplo, um quadro de funcionários maior, eu acho que você consegue dar uma assistência melhor e, por isso, eu acho que a humanização também melhora. Mas, a gente acaba trabalhando de uma forma mais restrita, com menos colaborador, e eu acho que isso acaba dificultando, porque, às vezes, você acaba trabalhando meio que mecânico, você vai só trabalhar com prioridades, essa parte a gente acaba deixando de lado (...) (D10).

(...) o que dificulta, acho que é a sobrecarga de trabalho, que tem momentos que o paciente solicita mais de você, mais tempo desta parte afetiva e se você estiver com sobrecarga intensa, você não consegue dar para ele (...) (D 2).

Uma coisa que dificulta muito é a carga de trabalho, e o estresse que essa carga de trabalho traz (...) quando você tem um número de funcionários reduzidos, uma quantidade de Enfermagem para um número de pacientes reduzido, você vê que a atenção a essa individualidade ao paciente cai, e o nível de estresse da equipe sobe (...). Acho que a carga de trabalho talvez seja o componente mais importante que dificulte a humanização (...) (D 8).

(...) às vezes, o paciente precisa que você gaste 10 minutinhos com ele para conversar, segurar na mão, para contar os receios dele, os medos, só que a casa tá caindo. Enquanto isso a campainha tá tocando, um quer a comadre, outro que perdeu o acesso, o outro porque o médico vai passar um cateter, então, assim, se você não tiver tempo e pessoal para isso, você não vai conseguir humanizar e não adianta só a tua boa vontade (...) aí o próprio profissional vai se sentir num estresse tão grande, porque ele não interveio, não conseguiu. Eu acho que isso vira uma coisa totalmente inversa (...) é importante que nós tenhamos condições, não só vontade de atender às necessidades do paciente, mas, até condições de trabalho para isso, então, dentro de uma instituição hospitalar, eu acho que a teoria é muito bonita, mas, às vezes, nós não conseguimos por falta de tempo (...) (D 15).

Alguns entrevistados referiram aspectos negativos relacionados ao crescimento institucional, com o aumento de atividades consideradas burocráticas, tais como a documentação exigida ou os protocolos institucionais. Os enfermeiros cada vez mais exercem um papel assistencial menor, com aumento das atividades burocráticas, como o monitoramento dos processos relacionados à assistência (entrega de exames, emissão de laudos, etc.), já os médicos queixam-se do dispêndio de tempo para o preenchimento de documentos e da falta de agilidade existente em alguns processos da instituição, o que desvia a atenção desses profissionais da relação com o paciente, dificultando a humanização. Para que essas atividades burocráticas não atrapalhem a relação interpessoal entre os sujeitos e os pacientes, é

preciso que a instituição se organize e dê condições aos profissionais para estar mais tempo com os pacientes, como citado nos relatos dos entrevistados:

(...) esse lance de tudo ter papel, tudo ter protocolo, pode acabar afastando um pouco. Então, é muito nítido que os enfermeiros hoje têm cada vez menos o papel assistencial e mais o papel burocrático (...) (D 8).

Nesta instituição especificamente, a urgência de crescimento estrutural fez com que hoje nos tivéssemos uma dificuldade muito grande de estar mais próximos dos doentes. Eu acredito que exista um afastamento deste nosso objetivo de humanizar (...) seria te dar uma condição que você pudesse ter mais tempo para seu doente, então, processos mais ágeis, se eu tenho que ficar cobrando resultados de exames que o laboratório não manda, se eu tenho que ficar procurando pasta de paciente que simplesmente desceu para fazer exame e não subiu, eu estou preocupado com outra coisa, que é a parte burocrática e não humanizada, que é atender meu doente, que é o foco número um, ele deixa de ser o foco número um e os documentos dele viram prioridade (...) (D 9).

A questão do dimensionamento de pessoal é foco de atenção dos gestores da saúde, em especial, dos enfermeiros “por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde”. A demanda e a complexidade do atendimento na saúde têm sobrecarregado os profissionais, o planejamento e a distribuição dos recursos humanos constitui-se em uma das atividades gerenciais mais desafiantes na atualidade. Adequar o quantitativo de profissionais da assistência, para melhorar a qualidade do atendimento oferecido e a qualidade de vida do profissional, alinhado às necessidades crescentes de redução de custos, aumento da competitividade e da oferta dos serviços é uma atividade relevante e essencial para determinar a saúde financeira de uma instituição, bem como seu nível de serviços (Fugulin, Gaidzinski e Castilho, 2010).

O ambiente hospitalar apresenta aspectos, como a excessiva carga de trabalho, o contato com situações limite, o elevado nível de tensão, os altos riscos para si e para os outros e a necessidade de funcionamento nas 24 horas do dia

(exigindo esquema de plantões e turnos), favorecendo que os profissionais da saúde sofram de estresse e doenças psíquicas de forma crescente (Elias e Navarro, 2006).

A inadequação numérica e qualitativa do pessoal pode acarretar uma sobrecarga de trabalho aos integrantes da equipe de Enfermagem e dificultar a implementação de medidas que melhorem o atendimento e a qualidade de vida dos profissionais (Gaidzinski e Fugulin, 2006).

Os processos assistenciais, quando mal gerenciados e não funcionais, podem acarretar um desvio de tempo e energia, tornando-se uma armadilha em relação à atenção dispensada ao paciente, quando devem promover a segurança, a eficiência e serem também ágeis, sem, contudo engessar a relação com o paciente.

Condições como a estrutura física, dimensionamento de pessoal, disponibilidade de recursos e instrumentos de trabalho, remuneração, perfil da população atendida, atualização profissional constante podem acentuar o estresse e o desgaste à saúde desse profissional, bem como impactar na qualidade da assistência por ele oferecida.

Conseguir superar o estresse que parece ser inerente à prática profissional do trabalhador da saúde, depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Existe uma conotação diferente para cada pessoa do que é qualidade de vida, baseada em suas expectativas e necessidades, o que pode dificultar o enfrentamento do estresse de forma institucional, mas, que não exime as instituições do compromisso de implementar programas de assistência ao profissional (Lourenção, Moscardini e Soler, 2010).

Alguns profissionais da saúde, apesar das dificuldades que encontram no exercício da sua atividade, tais como problemas estruturais, pouco tempo e muito trabalho são capazes de cultivar uma ética do cuidado e encaram o seu ofício como vocação, e assim, representam o gérmen e a semente das intenções, emoções e ações portadoras das transformações humanizadoras. Contudo, não se pode alimentar uma visão ingênua e voluntarista do trabalhador-herói, que na oferta de cuidados não contextualizados podem ser ideologicamente fraco (Minayo, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para médicos e enfermeiros o significado do termo humanização da assistência à saúde é o respeito, o acolhimento e a empatia pelo paciente. O profissional deve respeitar os hábitos do paciente, esforçando-se para ajustar a rotina hospitalar às necessidades do paciente, prestando-lhe além do cuidado técnico, um atendimento individualizado. Respeitar o direito do paciente em receber um atendimento digno, de ser chamado pelo nome, de ter um acompanhante durante a hospitalização e de exercer sua autonomia são modos de respeitar os costumes, as crenças e valores do paciente, de forma a resgatar sua identidade em um ambiente que não é o dele e que historicamente, promoveu a despersonalização dos indivíduos.

Acolher o paciente é ouvir o que ele tem a dizer, é conhecer suas necessidades e temores. Esse movimento de interesse pelo que constitui a vida do paciente promove sua aproximação com o profissional. A excelência do cuidado técnico é imprescindível, mas a preocupação com a individualidade do paciente, com as condições do ambiente, a flexibilidade das regras institucionais e a liberação de questões que possam trazer conforto físico e emocional ao paciente são confirmadas, como complementares para se produzir assistência de qualidade e humanizada. Na humanização hospitalar, os entrevistados colocam-se no lugar do paciente, exercitando a empatia. Os profissionais esperam que, ao agir com humanidade, possam no futuro, quando na posição de pacientes, receber atendimento humano, demonstrando o desejo e a reciprocidade na relação empática. Mas, a empatia não necessariamente conduz o profissional à assistência humanizada, podendo inclusive dificultar a compreensão do outro, pois ao se basear nas próprias percepções, o profissional pode se desconsiderar a identidade do paciente e, mesmo bem intencionado, não promover o cuidado de forma digna e respeitosa, levando em consideração seus valores e não os da pessoa assistida.

Para tanto, as instituições devem promover ações de orientação e educação, para que a empatia seja uma ferramenta positiva na construção da humanização da assistência.

Os sujeitos afirmaram que a cultura organizacional, a atuação da equipe multiprofissional e a autonomia do profissional são facilitadores da humanização.

A cultura da instituição de saúde que apresenta condições, tais como: orientação religiosa, tratamento digno do funcionário, promoção de treinamentos, orientação em relação aos direitos do paciente e à importância do acolhimento, implantação de protocolos assistenciais que permitem o gerenciamento dos riscos e a qualidade da assistência, bem como programas de Acreditação Hospitalar poderão facilitar a humanização. Além disso, quando a instituição respeita a autonomia dos profissionais, estes podem avaliar as necessidades e as individualidades dos pacientes, tornando-se capazes de liberar e ajustar aspectos da hospitalização que beneficiam a estada do paciente no hospital, tornando esse período mais brando. Ao respeitar os funcionários e promover sua autonomia, transferindo-lhes autoridade e apoiando suas decisões, as instituições podem ajudar seus profissionais a desenvolver processos de trabalho mais criativos, participativos, responsáveis e humanizados.

A sobrecarga de atividades foi apontada como o fator que mais dificulta a humanização da assistência. Escalas de serviço enxutas, grande quantidade de tarefas e processos de trabalho pouco ágeis dificultam que os profissionais dediquem o tempo necessário ao paciente de forma a atendê-lo com humanização, já que precisam fazer escolhas em relação às demandas dos pacientes e, em consequência, não conseguem atender todas as solicitações.

Os entrevistados observam que a instituição investe no seu crescimento e desenvolvimento da ampliação física e nos Programas de Acreditação, embora percebam que houve uma melhora das condições de humanização na prática profissional, por meio de protocolos e das ações focadas nesses programas, também observaram a mudança no perfil de suas atividades, referindo que desempenham cada vez menos atividades assistenciais e, cada vez mais, atividades burocráticas, o que podem dificultar a humanização.

REFERÊNCIAS

Abrão BS *et al.* Enciclopédia do estudante: história da Filosofia: da Antiguidade aos pensadores do Século XXI. São Paulo: Moderna; 2008.

Aleksandrowicz AM, Minayo MCS. Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética. Rev.Ciência e Saúde Coletiva.[periódico na Internet]. 2005 [citado em 2012 set 15];10(3):[513-26]

Andrade JEB, Abbad GS, Mourão L e colaboradores. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho – fundamentos para gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Aranha MLA, Martins MHP. Filosofando: Introdução à Filosofia. 4ª ed. São Paulo: Moderna; 2009.

Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde soc. [periódico na internet]. 2004 [citado em 2012 set 16]; 13(3): [16-29]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>

Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de La Hermenéutica Filosófica. Salud Colectiva. 2008; 04(02): 159-72.

Backes DS, Filho WDL, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2012 set 23]; 40(2);[221-7]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Loyola; 2010.

Boeger M. Hotelaria Hospitalar, Gestão em Hospitalidade e Humanização. São Paulo: Senac; 2009.

Bolela F. A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde [dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto/SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:018055.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Ambiência. Brasília; 2004.

Brasil. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Diário oficial da União, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2ª ed. Brasília; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília; 2010.

Bueno S. Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: FTD; 2000.

Campos GWS. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? Rev Interface Comunic Saúde e Educ. 2005; 9 (17): 398-400.

Caponero R, Pimenta CAM, Mota DDC, Cruz DALM organizadores. Dor e cuidados paliativos. Barueri: Manole; 2006.

Casado M. Cuestiones bioéticas em torno al envejecimiento. Rev. Bioética. 2011; 19(03): 697-712.

Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 Out 05]; 13(1): [105-11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>

CBA, Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para hospitais. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. 4ªed. Rio de Janeiro: CBA; 2010.

Conselho Federal de Medicina (CFM) [homepage da Internet]. Brasília [atualizado 2009 set 17; citado em 2012 set 30]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>

Elias M A; Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2012 fev 20]; 14 (4): [517-25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>

Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. *Supporting Patient Autonomy: The importance of Clinician-Patient Relationships*. J Gen Intern Med. [serial on the internet]. 2010 [cited 28 September 2012]; 25 (7): [741-5]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881979/?tool=pubmed>

Ferrer JJ, Alvarez JC. Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos da bioética contemporânea. São Paulo: Loyola; 2005.

Fortes PAC. Ética e Saúde Questões éticas, Deontológicas e Legais, Tomada de decisões, Autonomia e Direitos do paciente: Estudo de casos. 5ª reimpressão. São Paulo: EPU; 1998.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saude Soc. [periódico na Internet]. 2004 [citado em 2011 jan 25];13(3): [30-5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgant P.(coord.). Gerenciamento em Enfermagem – 2.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2010.

Gaarder J. O mundo de Sofia, romance da história da Filosofia. 75ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

Gaidzinski RR, Fugulin FMT. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Unidade de terapia intensiva. In Leite MMJ (coord.). PROENF Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.65-96.

Langley GJ et al. Modelo de Melhoria. Campinas: Mercado das Letras; 2011.

Lima AAF, Pereira LL. Humanização: revendo a ideologia da gestão do serviço. In: Pereira LL, Chanes M, Galvão CF (orgs). Gestão em Saúde, Tendências, Inovações e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010; p.353-66.

Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev. Assoc. Med. Bras. [periódico na Internet]. 2010 [citado em 2012 fev 20]; 56(1):[81-91]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n1/21.pdf>

Malik, AM, D’Innocenzo M. coordenadores. Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.

Massarollo MCKB, Mira VL, Martins MS, Neto JG. Direitos dos usuários dos serviços de saúde: aspectos da prática profissional de Enfermagem na assistência ao adulto. In Leite MMJ (coord.). PROENF Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.41-64.

Matoso O. A Humanização em atos normativos: Portarias. Rede HumanizaSUS [homepage na Internet]. 2010 fev. 01 [citado 2012 set. 24]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/9234-a-humanizacao-em-atos-normativos-portarias>

Mezzomo PAA *et al.* Fundamentos da Humanização Hospitalar Uma visão Multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003.

Mezzomo PAA. Humanização Hospitalar – Fundamentos antropológicos e teológicos. São Paulo: Loyola; 2010.

Minayo MCS. Sobre o Humanismo e a Humanização. In Deslandes SF organizadora. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 23-30.

Minayo MCS. Sobre o humanismo e humanização de cuidados à pessoa idosa. Revista Kairós [periódico na Internet]. 2008 [citado em 2012 set 19];11(2):[49-58]. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2392/1485>

Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 [citado 2012 Sep 15]; 14 (2): [277-84]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>

Oliveira CP, Kruse MHL. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. Rev. Bras. Enferm. [periódico na Internet]. 2006 [citada 2009 Out 05]; 59(1):[78-83]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a15v59n1.pdf>

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2001 [citada 2012 Jan 20]; 35(1): [103-9]. Disponível em : <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>

Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e Processo Grupal. In Kurcgant P.(coord). Gerenciamento em Enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.105-20

Pellegrino ED. *Toward a reconstruction of Medical Morality*. 2006. *The American Journal of Bioethics*. 2006; 06(02): 65-71

Pessini L, Barchifontaine CP organizadores. Bioética e Longevidade Humana. São Paulo: Loyola; 2006.

Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde Soc.* [periódico na Internet] 2004 [citado em 2009 out 05];13(3): [36-43]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* [periódico na Internet]. 2009 [citado em 2012 set 19]; 33(2): [253–61]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>

Santos Filho SB, Barros MB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [periódico na Internet]. 2009 [citado em 2012 set 21]; 13(1): [603-13] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 18 mar 1999. Seção 1:1.

Shinyahiki R. Os donos do futuro. São Paulo: Infinito; 2000.

Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organ. rurais agroind.* [periódico na Internet]. 2005 [citado em 2010 Abr 03]; 7 (1): [70-81]. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/210/207>

Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8ª ed. São Paulo: Loyola ; 2011.

Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2011 [citado em 2012 set 18];15 (2):[306-13].Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a13.pdf>

Silva MJP organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de Enfermagem. 2ªed. São Paulo: Loyola; 2006.

Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2007

[citado 2009 out 05]; 16(3):[439-44].Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf>

Souza RP. Manual: Rotinas de humanização em medicina intensiva. São Paulo: Atheneu; 2010.

Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface [Periódico na Internet]. 2008 [citado 2012 Set 14]; 12(25): [327-38]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>

Taraboulsi FA. Administração de Hotelaria Hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia da informação. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2009.

Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2005 [citado em 2012 set 19];10(3):[585-97]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>

Timi JR. Direitos do Paciente. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

Toledo K. Justiça Federal derruba liminar e libera prática da ortotanásia no País. Jornal O Estado de São Paulo. 2010, dezembro 04; Caderno de Notícias.

Veloso RC, Spindola T. A Percepção do Cliente Hospitalizado Acerca de Seus Direitos e Deveres. Ver. Enferm. (UERJ). 2005; 13(1): 38-43.

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enferm [periódico na Internet]. 2003[citado em 2012 set 19]; 11(4):[525-31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Zabala A, Arnau L. Como aprender e ensinar competências. Porto Alegre: Artmed; 2010.

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 881, DE 19 DE JUNHO DE 2001.

DO 119-E, de 21/6/01

O Ministério de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade da criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários nas organizações em saúde, pautada pelo mais amplo respeito à vida humana, pela observância dos princípios ético-morais na convivência entre profissionais e usuários, para a conquista da qualidade no atendimento à saúde;

Considerando que a busca pela maior qualidade na assistência hospitalar não se limita ao aperfeiçoamento técnico, científico e gerencial dos recursos existentes, mas depende, fundamentalmente, de um novo padrão de convivência entre o profissional de saúde e o cidadão usuário, e

Considerando a necessidade de implantar ações que visem à mudança do padrão de assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde, melhorando a qualidade e eficácia da assistência hoje prestada, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

Parágrafo Único. o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar objetiva promover a humanização da assistência hospitalar, a partir de intervenções institucionais para a criação, desenvolvimento e sustentação de iniciativas humanizadoras, introduzidas progressiva e permanentemente, visando, em seu conjunto, a construção de uma nova cultura de atendimento à saúde da população, pautada no respeito à saúde da população, pautada no respeito à vida humana.

Art. 2º Estabelecer que poderão participar do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH todos os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

Art. 3º Definir que da fase de implantação do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH deverão participar os hospitais que fazem parte do projeto piloto de humanização; os hospitais do Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade

da Gestão e Assistência Hospitalar e os hospitais que receberam o Prêmio Galba de Araújo, em 1999 e 2000.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS adote todas as medidas necessárias à normatização do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 2

Portaria SAS/Nº 202, de 19 de junho de 2001.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

Considerando que o processo de humanização da assistência significará a valorização do trabalho dos profissionais de saúde, mercê da compreensão de sua própria subjetividade, de suas aspirações e expectativas frente à complexidade do trabalho desenvolvido;

Considerando a existência de um grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais e a necessidade de articular e difundir estas propostas em torno de um eixo comum de atendimento humanizado, fornecendo-lhes diretrizes e parâmetros eficazes para a consolidação destas experiências e avaliação de seus resultados, e

Considerando a necessidade da construção de diretrizes e parâmetros, de abrangência nacional, para a criação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de programas de humanização na assistência hospitalar, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde, considerando:

- a) a formação de uma rede nacional de humanização hospitalar, e
- b) a capacitação dos profissionais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e dos hospitais que participarão da fase de implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;

Parágrafo único - As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde receberão suporte técnico e operacional para o desenvolvimento das diretrizes de que trata este Artigo.

Art. 2º Definir que para formação da rede de que trata a alínea a, do Artigo 1º, serão constituídos, nos hospitais participantes da fase de implantação do PNHAH, Grupos de

Trabalho de Humanização Hospitalar – GTHH, de acordo com determinações contidas no Anexo desta Portaria.

§ 1º - Entende-se por Grupo de trabalho de Humanização Hospitalar - GTHH o espaço coletivo organizado, participativo e democrático, com funcionamento similar a um órgão colegiado e destinado a empreender uma política institucional de resgate de valores humanitários na assistência hospitalar, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

§ 2º – Os GTHH serão constituídos por representantes dos hospitais participantes do PNHAH.

Art. 3º - Definir que para a capacitação de que trata a alínea b, do Artigo 1º, serão constituídos, na forma do Anexo desta Portaria, Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar - GMHH, nas cinco regiões do território nacional.

Parágrafo único - Os GMHH serão formados por:

a) 02 (dois) representantes indicados pela Secretarias Estaduais e 02 (dois) das Secretarias Municipais de Saúde em gestão plena do sistema

b) consultores com reconhecida experiência em análise e supervisão sócio-institucional, a serem formalmente indicados pela Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, com assessoria do Comitê Técnico Assessor para o desenvolvimento do PNHAH.

Art. 4º - Estabelecer que será concedido aos hospitais participantes do PNHAH, ao final do processo de qualificação e capacitação, o Título de “Hospital Humanizado”.

§ 1º - Receberá o Título de que trata este Artigo, com validade pelo prazo de um 01 (um) ano, a instituição hospitalar que, após participar de todas as etapas de capacitação do PNHAH, tenha efetivamente implantado uma política de humanização no seu serviço.

§ 2º – Uma política de humanização pressupõe a existência de um Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar – GTHH que atue de acordo com a normatização proposta nesta Portaria e em conformidade com os indicadores de humanização.

§ 3º- a unidade titulada como “Hospital Humanizado” será priorizada no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar.

Art. 5º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Anexo da Portaria

1. DOS GRUPOS DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR/GTHH

1.1 - O GTHH deverá ser composto, atendidas as peculiaridades de cada hospital, por profissionais de todos os níveis da organização.

1.2 - Compete ao Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar:

a) Constituir um espaço coletivo democrático, de escuta, análise, elaboração e decisão sobre os projetos de humanização;

b) Promover um fluxo de propostas e deliberações que contribuam para melhorar as relações entre trabalhadores e usuários, dos trabalhadores entre si e destes com a comunidade;

c) Avaliar os projetos em desenvolvimento e a serem deflagrados nas instituições em relação aos critérios de humanização e à sua eficácia na promoção da humanização;

d) Dar apoio e ressonância às diversas iniciativas humanizadoras dentro do hospital, cuidando das articulações necessárias para sua sobrevivência, integração e ampliação;

e) Buscar ativamente a cooperação da gestão hospitalar para a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH;

f) Promover e participar da Rede Nacional de Humanização;

g) Criar formas de participação da comunidade, buscando os pontos de intersecção com entidades da sociedade civil, com o poder público, e outras instituições.

h) Estabelecer, sobre as propostas de humanização, um processo interno de comunicação, que relacione os vários setores da instituição de saúde e sua esfera de gestão,

bem como um processo externo de comunicação que interligue a instituição, seus usuários e a comunidade.

i) Avaliar e divulgar os resultados referentes à humanização segundo os indicadores propostos pelo PNHAH.

2. DOS GRUPOS DE MULTIPLICADORES DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR/GMHH:

2.1 – Nas 05 (cinco) regiões do território nacional, serão 08 (oito) Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar distribuídos, assim distribuídos:

01 (um) GMHH na Região Norte com 03 (três) capacitadores – sede Belém/PA

02 (dois) GMHH na Região Nordeste com 06 (seis) capacitadores – sedes Fortaleza/CE e Recife/PE

01 (um) GMHH na Região Centro-oeste com 03 (três) capacitadores – sede Belo Horizonte/MG

03 (três) GMHH na Região Sudeste com 09 (nove) capacitadores – sedes São Paulo/SP, Campinas/SP e Rio de Janeiro/RJ

01 (um) GMHH na Região Sul com 03 (três) capacitadores – sede Porto Alegre/RS

1.2 - Caberá aos GMHH:

- a) Desenvolver a capacitação dos profissionais envolvidos no PNHAH;
- b) Acompanhar a atuação dos GTHH dos hospitais participantes do PNHAH;
- c) Divulgar e difundir o PNHAH no âmbito de cada região.
- d) Promover eventos, reuniões e workshops;
- e) Distribuir o material de suporte do PNHAH, confeccionado pelo MS (vídeos, manuais, informes);
- f) Informar ao Comitê Técnico Assessor para o Desenvolvimento do PNHAH a progressão do trabalho nos hospitais em sua respectiva região, fornecendo subsídios para a

análise de indicadores e aperfeiçoamentos requeridos pelo programa em seu desenvolvimento.

g) Promover e participar da Rede Nacional de Humanização.

h) Planejar e implantar estratégia de multiplicação dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar para a fase posterior a de implantação do PNHAH;

i) Acompanhar a implantação do processo de capacitação dos hospitais por intermédio dos Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar integrantes da fase posterior a de implantação do PNHAH;

j) Aprimorar metodologia de capacitação de hospitais como Centros de Referência de Humanização.

1.3 - Os profissionais a serem capacitados nos estados serão:

a) Representantes das Secretarias Estaduais de Saúde - coordenador e suplente estaduais do PNHAH;

b) Representantes das Secretarias Municipais de Saúde, quando o município tiver gestão plena do sistema – coordenador e suplente municipais do PNHAH;

c) 02 (dois) representantes dos hospitais participantes da fase de implantação do PNHAH.

ANEXO 3

Portaria SAS/Nº 210 de 20 de junho de 2001.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, e

Considerando o disposto na Portaria GS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, que estabelece as diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Instituir o Comitê Técnico de Assessor para o desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, de que trata a Portaria GM/MS Nº 881, de 19 de junho de 2001.

Art. 2º - O Comitê Técnico Assessor objeto do Artigo 1º desta Portaria será composto pelos membros abaixo relacionados, e atuará sob a coordenação do primeiro:

- Eliana Ribeiro de Souza Ribas – Psicóloga
- Heloísa Junqueira Fleury - Psicóloga
- Nelson Luiz Magalhães Carrozzo - Médico
- Carmita Helena Najjar Abdo - Médica
- Vilma Lúcia Cruz de Paiva - Enfermeira
- Fernando Alberto Taddei Cembranelli - Médico

Art.3º - Estabelecer que cabe ao Comitê Técnico Assessor de que trata o Artigo 1º desta Portaria:

- a) Apoiar tecnicamente a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS na operacionalização do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;
- b) Promover e participar da Rede Nacional de Humanização;
- c) Acompanhar os Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar - GMHH no desenvolvimento da capacitação dos profissionais envolvidos no PNHAH;
- d) Elaborar indicadores do atendimento humanizado, para avaliação das ações implementadas no PNHAH;
- e) Acompanhar a produção dos materiais e estratégias de suporte ao PNHAH (publicações, vídeos, manuais, Home Page);
- f) Definir a programação e realização de workshops de divulgação do PNHAH, e
- g) Elaborar relatórios das atividades e de resultados.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

APÊNDICE A

CARTA CONVITE

Vimos por meio desta convidá-lo(a) para participar do estudo **“Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado”**, com a finalidade de conhecer e compreender a humanização segundo a percepção desses profissionais.

A pesquisa é desenvolvida pela psicóloga Rita de Cássia Calegari e resultará na dissertação de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo (Escola de Enfermagem da USP).

Sua participação será muito valiosa na construção desse estudo. Para tanto, é necessário que manifeste interesse em participar da pesquisa, para que possamos agendar, conforme sua disponibilidade, data, local e horário para a realização da entrevista.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a pesquisadora:

E mail: ritacalegari1@hotmail.com

celular: 11- 9203 8282

telefone comercial : 11 - 3677 4444 ramal 5904 (de segundas à sextas, das 08h00 às 18h00)

telefone residencial: 11 – 4508 3955

APÊNDICE B

Termo de Consentimento livre e esclarecido para o Profissional de Saúde

Prezado Profissional da Saúde:

Vimos convidá-lo para participar do estudo **“Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado”**, com a finalidade de conhecer qual o significado do termo “humanização” para médicos e enfermeiros da instituição pesquisada; conhecer como médicos e enfermeiros percebem a humanização da assistência na prática profissional e identificar fatores que dificultam e que facilitam a humanização da assistência.

A pesquisa é desenvolvida por Rita de Cássia Calegari, vinculada à instituição onde a pesquisa é realizada cujo resultando será a dissertação de mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo (da Escola de Enfermagem da USP).

Essa pesquisa pretende beneficiar a comunidade, contribuindo para a compreensão da humanização na saúde, promovendo a discussão do tema, incentivando a reflexão e tornando público os fatores que dificultam e facilitam a humanização, atingindo desta forma a relação entre profissionais da saúde e os usuários dos serviços, bem como, as ações ou programas de humanização preconizados nas instituições.

Essa pesquisa é autorizada pela instituição hospitalar, aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (telefone para contato: 11 (XX) 3465 2669 e email: edipesq@usp.br) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (e-mail: secretariacoep@saocamilo-sp.br Telefone: 11(XX) 3465 2669).

A sua participação é voluntária. Será realizada uma entrevista, com estimativa de duração de trinta minutos, que será gravada com a permissão do entrevistado. O participante pode a qualquer momento da entrevista suspender seu relato.

Será preservado o anonimato dos entrevistados. Os resultados serão apresentados e divulgados através de eventos e publicações. Este documento será emitido em duas vias de igual teor (uma para o entrevistado, outra para o pesquisador).

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, já agradecida pela sua estimável e valiosa contribuição.

Atenciosamente,

Psicóloga Rita Calegari

Telefones para contato (x11) 36774444 ramal 5904 ou celular 9203 8282.

São Paulo, de 2011.

Concordo em participar da entrevista e autorizo a gravação do meu depoimento.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa.

APÊNDICE C

Instrumento para a coleta de dados

Discurso n°: _____

I- Caracterização do sujeito:

Categoria profissional: ☐ médico ☐ enfermeiro

Tempo de experiência na instituição: _____

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Turno: ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite

Unidade de Atendimento:

☐ pronto socorro ☐ adulto ☐ infantil ☐ ginecologia/obstetrícia

☐ clínica médica

☐ clínica cirúrgica

☐ UTI ☐ adulto ☐ infantil ☐ neonatal

☐ unidade oncologia

☐ outras _____

II – Perguntas norteadoras:

a- Para você o que significa o termo “humanização hospitalar” ?

b- Como você percebe a humanização da assistência nesta instituição?

c- Quais os fatores que dificultam e que facilitam a humanização da assistência nesta instituição?

III – Comentários adicionais ou espontâneos.