

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR
O QUE OS TOMADORES DE DECISÃO PENSAM A
RESPEITO?

CACILDA MARIA FARIA RECH

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de
mestre

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO ANTONIO
DE CARVALHO FORTES

São Paulo

2003

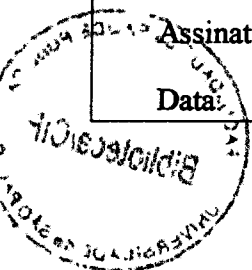


44439 / 2003 cg

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo, cite a fonte.

Assinatura:

Data:



Àqueles de quem primeiro ouvir falar em respeito ao próximo PLÍNIO e CARLINDA

A MAURO RECH e CAROLINA RECH que de amor e felicidade preenchem minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes que acreditou em mim e incentivou-me a realizar esta pesquisa, recebendo-me com carinho, orientando-me e apontando-me caminhos.

Aos meus Pais, Plínio e Carlinda, que me apresentaram, com seus exemplos, a ética e me ensinaram a ser perseverante e a vencer.

Ao meu marido, Mauro Rech, que, incansavelmente, a cada dia, contribui com palavras e atitudes de encorajamento para eu ser uma melhor profissional e mulher.

Ao Hospital Estadual de Diadema e seus profissionais, sujeitos do estudo, que, cordialmente, participaram das entrevistas e mostraram interesse quanto ao tema, possibilitando a realização da pesquisa.

Às professoras, Vitoria Kedy Cornetta e Katia Grillo Padilha, por aceitarem participar da banca examinadora, desde o momento da qualificação, contribuindo com sugestões que muito enriqueceram minha pesquisa.

A todos os amigos, não esquecendo meus chefes que me incentivaram e colaboraram, direta ou indiretamente, para o produto deste trabalho, e, em especial, a amiga Gláucia Trevisan.

A todos os funcionários da Faculdade de Saúde Pública que receptivamente receberam o meu trabalho e me deram respostas consistentes, de modo sempre muito gentil e profissional.

RESUMO

Rech CMF. **Humanização Hospitalar. O que os tomadores de decisão pensam a respeito?** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

A abordagem sobre a humanização de serviços de saúde diz respeito à atuação baseada nos valores do homem, na sua capacidade de compreensão, simpatia e espírito de cooperação social. Consiste em considerar o paciente na sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico. Concretiza-se na personalização da assistência, no direito à informação, na satisfação do usuário, no retorno para o mesmo profissional, reforçando o vínculo estabelecido, no consentimento para realização de procedimentos, em posicionar-se no lugar do paciente, na exclusão do modelo paternalista e na prática do modelo comunicacional. **Objetivo:** Compreender o significado de humanização na instituição hospitalar de acordo com a visão dos administradores do local em estudo e identificar as medidas que contribuem para a humanização hospitalar. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, mediante entrevistas semi-estruturadas com questões em aberto, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido oral dos entrevistados. Os sujeitos são os administradores de um hospital da região metropolitana de São Paulo. A interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos de BARDIN (1994) e CRESWELL (1998), mediante a técnica de “análise de conteúdo”. **Resultado:** Os entrevistados consideraram na conceituação de humanização hospitalar aspectos como a Preservação a integridade do ser, a União/ Integração, a Informação/ Comunicação e a Arquitetura e Decoração e as medidas sugeridas para a humanização do hospital relacionam-se à Implantação de um programa de qualidade, Definição e divulgação da missão e Valorização do profissional, além dos quatro elementos já citados.

Palavras chaves: humanização, hospital, integridade, informação, arquitetura, decoração, união, integração, dignidade, respeito.

SUMMARY

Rech CMF. **Humanização Hospitalar. O que os tomadores de decisão pensam a respeito?** [Hospital Humanization, What the ones in charge think about?] São Paulo (BR); 2003. [Master Degree Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Brazil].

Humanized healthcare is the assistance based in human values, in kindness, in sympathy, in respecting the patient's capacity to understand, and in exercising a social cooperation spirit. To humanize healthcare is to respect the patient's physical, psychic and social integrity, and not only consider him or her under the biologic point of view. Humanized care is to provide individualized assistance; to respect the patient's right to be informed and inform; to pursue the patient's satisfaction. A humanized healthcare patient is to be treated by the same professional; has the right to consent or not the treatments; is not patronized and don't follow passively medical opinions. In the humanized communicational model, doctors and patients together make decisions. **Objective:** To identify and analyze what the hospital's directors understand as an humanized hospital and to identify what they suggest to pursue in order to achieve that humanization. **Methodology:** This is a qualitative research, explorative, analytic-descriptive, with semi-structured interviews and open questions. This research started after having being approved by the Ethic Research Commission and had received the oral consent of the subjects. Directors of a hospital in the metropolitan region of São Paulo- Brazil were interviewed. The interpretations and conclusions were based on content analysis from BARDIN (1994) & CRESWELL (1998). **Results:** The hospital's directors conceive hospital humanization as Preservation of human integrity, Integration, Information/ Communication, and Architecture & Decoration. The suggestions were based on these concepts and consider Adoption of a quality program, Definition and divulgation of the hospital mission and Staff valorization.

Key words: humanization, humanizing, humanized, hospital, integrity, information, architecture, decoration, union, integration, dignity, respect. Patient

ÍNDICE

01. INTRODUÇÃO	
1.1 Conceito de humanização hospitalar	pág. 02
02. JUSTIFICATIVA PARA ESCOLHA DO TEMA	pág. 08
03. OBJETIVOS	pág. 12
04. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
4.1 Tipo de pesquisa	pág. 15
4.2 Local da pesquisa	pág. 17
4.3 Sujeitos de pesquisa	pág. 22
4.4 Instrumento de pesquisa e coleta dos dados	pág. 24
4.5 Tratamento dos dados	pág. 28
4.6 Considerações de caráter ético	pág. 30
05. RESULTADO E DISCUSSÃO	
5.1 Humanização hospitalar, segundo os sujeitos da pesquisa	pág. 33
5.1.1 Preservar a integridade do ser	pág. 37
5.1.2 União/ Integração	pág. 58
5.1.3 Informação e Comunicação	pág. 68
5.1.4 Arquitetura e Decoração	pág. 81
5.2 Medidas para humanização hospitalar, na visão dos entrevistados	pág. 88
5.2.1 Implantar um programa de qualidade	pág. 90
5.2.2 Definir e divulgar a missão da instituição	pág. 95
5.2.3 Valorizar o profissional	pág. 97
5.2.4 Preservar a integridade do ser	pág. 100

5.2.5 Promover a União/ Integração	pág. 119
5.2.6 Informar e Comunicar-se adequadamente	pág. 127
5.2.7 Arquitetura e Decoração	pág. 137
06. CONSIDERAÇÕES FINAIS	pág. 140
07. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 145
08. ANEXOS	
Anexo I – Consentimento Institucional para Realização da pesquisa	pág. 163
Anexo II – Termo de Responsabilidade do Pesquisador	pág. 164
Anexo III - Consentimento Informado Oral	pág. 165
Anexo IV – Formulário da Entrevista	pág. 167
Anexo V – Organograma	pág. 168

1. INTRODUÇÃO

01. INTRODUÇÃO

1.1. O Conceito de humanização hospitalar

O conceito atribuído a humanização hospitalar vem se modificando nos últimos 30 anos, com a tendência de deslocar-se de uma visão genérica para uma mais específica. Na década de 70, no conceito de humanização hospitalar era considerada a coletividade, e hoje no século XXI o conceito de humanização hospitalar está mais direcionado ao visualizar cada indivíduo como seres únicos com necessidades específicas.

Em 1975, HOWARD, COOKE, GEIGER e COBBS, no livro *Humanizando os Serviços de Saúde [Humanizing Health Care]*, consideram na conceituação de humanização hospitalar, questões mais genéricas como, o direito do homem aos serviços de saúde, independente da raça, sexo ou classe social. Eles evidenciam algumas questões como, o direito do paciente desde que internado possa igualmente ter acesso aos recursos disponíveis, bem como o cuidado do profissional de saúde em não despersonalizar o enfermo considerando-o como um objeto que pode ser monitorado pela tecnologia. A necessidade de critérios bem definidos na pesquisa com seres humanos ressalta que, na humanização hospitalar deve-se considerar o indivíduo com direitos e sentimentos.

Estes elementos mais genéricos e coletivos considerados por HOWARD, COOKE, GEIGER e COBBS (1975) na conceituação da humanização hospitalar se justificam pelo fato de historicamente, na época, discriminações sociais e raciais terem influenciado negativamente no direito ao acesso aos serviços de saúde. Outros fatores eram o receio do uso inadequado da tecnologia “monitorar as pessoas como se fossem coisas”, o uso de transplantes ou órgãos artificiais (COBBS 1975), o avanço das especializações médicas, dividindo o indivíduo em partes, o fato de pessoas terem participado de pesquisas médicas absurdas como nos centros nazistas e pela maneira como se cuidava dos enfermos durante a internação hospitalar, utilizando-se do isolamento afetivo e social (HOWARD 1975).

Outro elemento citado por HOWARD (1975) para a humanização hospitalar e muito discutido na época com a reforma psiquiátrica é o respeito da liberdade do indivíduo de escolher ficar ou não internado e poder participar da tomada de decisões no que refere-se à sua enfermidade (DELGADO 1992; BARROS 1993; AMARAL 2001; GOUVEIA 2001; NETO 1992).

A demonstração de empatia para com o enfermo, ou seja, não ser indiferente e nem neutro é um elemento afetivo que HOWARD (1975) também considera importante na humanização hospitalar.

A não discriminação, liberdade, autonomia e empatia, elementos citados anteriormente como relevantes na humanização hospitalar, estão diretamente relacionados ao cumprimento da própria finalidade do processo de internação, que é o

de amenizar o sofrimento físico e psíquico ou, quando possível, propiciar o tratamento.

Quando a assistência é realizada de forma hostil com discriminação, indiferença e desrespeito o paciente fica vulnerável a um processo de despersonalização, chegando, às vezes, a dissociar-se do seu corpo, passando a achar que ele é um e que o corpo é outro e que o corpo é quem está recebendo os cuidados. Isto é, o paciente sente o seu lado emocional e sua autonomia, sendo totalmente desconsiderados. Quando isso ocorre, ele começa a expressar incertezas na tomada de decisões, incompetência ou perda da habilidade de planejamento, a ter emoções negativas de medo, terror, depressão, ansiedade, desespero, perda de esperança, dificuldade de comunicação, dificuldade de processar as informações, que podem influenciar negativamente na sua melhora (LEVENTHAL 1975).

Segundo FORTES e SARCADO (2000) “O exercício da autonomia requer liberdade de escolha entre alternativas e a possibilidade de agir em conformidade com as opções feitas, isto é, ser coerente e responsável por seus atos. A pessoa autônoma é, portanto, aquela que exerce com liberdade a decisão do que é "bom" para si, ou o que é seu "bem-estar" numa determinada situação. Sendo assim, a todo cidadão deve ser permitida a expressão e o exercício da autodeterminação, que se desenvolva em função de suas convicções pessoais, sempre que estas não interfiram na liberdade dos demais, pois é da perspectiva do sujeito que as ações são consideradas autônomas ou não”.

Em 12 de setembro de 1978, a Declaração de Alma Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, relaciona a humanização na saúde como o completo bem-estar da pessoa (FERNANDES 1993).

Ao se propor o bem-estar do paciente na humanização hospitalar, observa-se que ela passa a ser concretizada, por exemplo, através da personalização da assistência, do direito à informação, da satisfação do usuário, do consentimento, do posicionar-se no lugar do paciente, da exclusão do modelo paternalista em que o paciente segue fielmente o médico para a prática do modelo comunicacional em que o paciente participa ativamente da tomada de decisão (CAPRARA e FRANCO 1999). Enfim, se considera o tratamento individualizado como meio de humanizar a assistência hospitalar (MINNESOTA DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE 1967).

Após a Declaração de Alma Ata, observa-se na literatura que se acrescenta à conceituação da humanização hospitalar os valores morais do homem, sua integridade física, sua capacidade de compreensão, simpatia e espírito de cooperação social como importantes para a humanização, não sendo considerado somente o ponto de vista biológico e/ou coletivo (LEON 1986; CAPRARA e FRANCO 1999).

Na assistência hospitalar baseada nos valores do homem há de se considerar a ética. LEON (1986) evidencia que o comportamento ético é um dos componentes que assegura a humanização da medicina, justificando que na ética se aplica o exercício constante do juízo ético que, muitas vezes, excede em importância quando comparado ao juízo clínico. Como “há muita diversidade nos valores em que as pessoas crêem e

nos quais baseiam a conduta, a Ética consiste no discernimento para encontrar, entre todos esses fatores, o critério de justa escolha” (SILVA 1993).

Em relação à ética COHEN e SEGRE (1994) relatam que “A pessoa não nasce ética, sua estruturação ética vai ocorrendo juntamente com o seu desenvolvimento”. Cabe aos administradores hospitalares perceberem que os funcionários do hospital têm diversas formações e valores e que podem reportar-se aos diversos Códigos, Declarações e Estatutos existentes para coibirem abusos em suas instituições. Os pacientes internados é que não podem ficar sujeitos a comportamentos anárquicos ao princípio da ética, citado como importante para a humanização hospitalar.

No Brasil, em novembro de 2000 na Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto, apoiada por instituições como a O Fundo da Organização das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundos das Nações Unidas para a Infância e para Assuntos da População (DINIZ 2003) tentou-se formular o conceito de humanização hospitalar, que assim foi interpretado: “Um processo de comunicação e cuidado entre pessoas levando a uma autotransformação e entendimento do espírito fundamental da vida, senso de compaixão e integridade com o universo, espírito e natureza, com outras pessoas da família, comunidade, país e sociedade mundial e com pessoas do futuro e gerações passadas” (UMENAI e col. 2001). Este conceito publicado, mesmo sendo um processo abrangente e ainda pouco compreensível, nos apresenta como outro elemento considerado relevante para a humanização hospitalar: a contextualização do paciente com o seu meio, seja a família, a comunidade onde ele vive, seu país ou seu mundo.

A partir desta Conferência, o Ministério da Saúde do Brasil, em junho de 2000, iniciou no país um amplo processo de discussão e implantação de medidas para humanização dos serviços de saúde com o projeto “Humanização dos Hospitais”. Além disso, o Ministério da Saúde criou premiações para os hospitais que se julgam humanizados, como o Prêmio Galba de Araújo e disponibilizou na Internet o portal Humaniza – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. O que se presencia hoje no Brasil é um grande movimento em prol da causa (VIANA e MELO 2003).

Como declara Wellington Nogueira (HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR EM AÇÃO 2003), um dos organizadores do 3.º Congresso de Humanização Hospitalar em Ação realizado em 2003: “Nenhum de nós ainda sabe como definir humanização...”, ou seja, a definição do que é Humanização hospitalar ainda não está esclarecida, entretanto parece haver um senso comum dos elementos que permeiam a conceituação da humanização de maneira que a falta de definição não interfere no processo.

2. JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DO TEMA

2. JUSTIFICATIVA PARA A ESCOLHA DO TEMA

A motivação para a realização deste Projeto deveu-se a inquietação por parte da pesquisadora, enquanto médica, pediatra, intensivista, administradora e auditora hospitalar, com experiência de 16 anos de trabalho no meio hospitalar, vivenciando inúmeras evidências de desumanização no relacionamento entre pacientes internados, e os profissionais que lá trabalham e, por outro lado, também pela percepção de que por vezes há omissão e falta de direcionamento por parte de muitos administradores no sentido de promover ações para a humanização no hospital.

Na procura de esclarecimentos, constatou-se que não há uma definição clara do que seja humanização hospitalar. Observa-se que existem vários Códigos, Declarações, Estatutos e ampla Legislação brasileira correlacionados ao tema e que muitos “conceitos” referem-se ao tratamento do paciente como uma pessoa com valores e direitos.

A pesquisadora desejou conhecer o pensamento dos administradores hospitalares a respeito do tema e optou por estudar este grupo. As razões que a fizeram pesquisar esta amostra é que aos administradores hospitalares cabem o papel de manter a razão social da existência do hospital, que é a de manter o foco no paciente ou usuário (ZOBOLI 2000) e de fazer com que isso seja exercido com respeito, dignidade e capacidade de comunicação, elementos importantes na humanização. Outros motivos para pesquisar este grupo é que os administradores hospitalares também influenciam

opiniões e são os responsáveis por fazer com que os funcionários realizem os anseios da instituição. MULLER-SMITH (1998) acredita que uma das maneiras dos administradores exercerem suas atividades é através do compartilhamento de valores, comportamento que, inclusive, pode ser uma oportunidade para se reforçar os princípios da humanização no dia a dia do exercício da profissão.

Aos administradores também cabe representar os funcionários e exercerem o papel de facilitadores. Estas funções quando realizadas com boa relação interpessoal resulta na obtenção da colaboração positiva dos funcionários com o de melhor que eles podem oferecer (PURNELL 1999; COSTA 2002).

Com esta pesquisa, busca-se o pensamento e o significado dos que estão em cargo de chefia e decidem administrativamente na estrutura hospitalar a respeito do tema humanização, através da identificação de questões subjetivas e inferência a materiais empíricos (DENZIN e LINCON 2000).

A partir daí, o trabalho contribui para que os interessados no tema ampliem seus conhecimentos intelectuais e teóricos sobre como o assunto insere-se no contexto político e social, apresentando uma nova dimensão aos atendimentos hospitalares e com a proposta de ações exequíveis, que redimensionem a prática hospitalar, colaborando com a humanização hospitalar em uma determinada instituição.

Desta maneira, o Projeto aspira contribuir socialmente por meio da oferta de instrumentos que possam ser utilizados pelos Administradores Hospitalares no planejamento da humanização em suas instituições, da satisfação do paciente em

relação a sua estadia no hospital e através do conseqüente reconhecimento dos profissionais da área da saúde.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

1. Compreender o significado de humanização na instituição hospitalar para os tomadores de decisão administrativa.

Objetivo específico

2. Identificar as medidas que contribuem para a humanização hospitalar mencionadas pelos tomadores de decisão administrativa.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa utiliza-se dos procedimentos da metodologia qualitativa, tendo caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva.

A pesquisa qualitativa é um método utilizado quando se pretende observar e entender um comportamento social com a possibilidade de se identificar várias nuances de atitudes e comportamentos que outras metodologias não são capazes de propiciar (BABBIE 2001).

A escolha da abordagem qualitativa deveu-se à necessidade de se conhecer as opiniões e expectativas dos pesquisados sobre situações que envolvem a humanização do atendimento em instituições hospitalares. Coerente com o que afirmam CHEEK (1996) e MINAYO (1989) ao afirmarem que a pesquisa qualitativa é adequada para a interpretação de uma realidade com influência da visão dos escolhidos para serem pesquisados.

A escolha por uma investigação exploratória se deu por ser, conforme GIL (1999), capaz de proporcionar uma aproximação da realidade de determinado fato ainda pouco explorado – a humanização hospitalar - podendo então, a partir de seus

resultados, serem estabelecidas hipóteses mais precisas e operacionalizáveis.

4.2 Local de pesquisa

O local de realização da pesquisa foi o Hospital Estadual de Diadema, inaugurado em 26/10/2000 por solicitação popular organizada dos moradores de Diadema, que alegavam falta de leitos especializados no município. Este hospital situa-se na Avenida José Bonifácio nº 1641, Bairro Serraria, CEP 09980 – 150, Diadema, São Paulo -São Paulo, Brasil.

Diadema é uma cidade localizada na região metropolitana da cidade de São Paulo, no estado de São Paulo; Brasil. Esta cidade faz parte de um conjunto de cidades que compreende Grande ABCD, representando cada letra uma cidade. A letra A - Santo Andrés, B - São Bernardo, C - São Caetano e D - Diadema. No censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2000 a cidade de Diadema tinha uma população de 375.064 habitantes. O sistema de saúde da cidade contava na época da realização da pesquisa com 02 (dois) hospitais públicos da rede municipal de saúde, Hospital Público Municipal de Diadema e Hospital Infantil Municipal de Diadema (Prefeitura de Diadema 2003), e 01(um) hospital da rede estadual de saúde, Hospital Estadual de Diadema, que foi politicamente estruturado para prover serviços ainda não existentes na região do Grande ABCD ou serviços que a rede pública municipal de saúde não suprisse a demanda.

Esta instituição foi escolhida em virtude de ser o local de trabalho da pesquisadora, onde ela tinha uma relação cordial e de confiança com a direção da unidade, facilitando a colocação da intenção da pesquisa e obtenção do consentimento

para sua realização. O prévio conhecimento político e cultural do sujeito da pesquisa colaboraram com o tratamento dos dados coletados, uma vez que, segundo STRAITS e col. (1988) e GLESNE (1999) a discussão da pesquisa requer contextualização e julgamento.

O fato do Hospital Estadual de Diadema ser o local de trabalho da pesquisadora, permite proporcionar com os resultados da pesquisa um retorno científico e social orientado ao seu local de trabalho.

O Hospital Estadual de Diadema é um hospital geral com unidades ambulatoriais e de internação com 200 (duzentos) leitos. No ambulatório, dentre várias especialidades são atendidos pacientes de neurologia adulto e infantil, cirurgia infantil, cardiologia, otorrinolaringologia, psicologia, fonoaudiologia, proctologia, pneumologia, reumatologia, endocrinologia adulto e infantil, angiologia, cirurgia torácica, cirurgia plástica, dermatologia, nefrologia, urologia. Há também um centro de reabilitação com fisioterapeutas e fisiatras.

As unidades de internação são constituídas de enfermarias com atendimento de obstetria, clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, berçário e psiquiatria. Existem também unidades de cuidados intensivos neonatal, pediátrico e adulto.

Não há pronto-socorro, porém existe uma sala devidamente equipada para atendimento de emergência.

O centro cirúrgico do hospital é composto de 07 (sete) salas cirúrgicas, 02 (duas) salas obstétricas e 01 (uma) sala de recuperação pós-anestésica. O hospital também

conta com um Central de Material e Esterilização onde se localiza e controla-se todo o fluxo de equipamento médico-hospitalar.

Como recursos de apoio diagnóstico e terapêutico o Hospital Estadual de Diadema tem raios-x, ultrassonografia, tomografia computadorizada, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, audiometria, laboratório próprio de análises clínicas e banco de sangue.

Possui outras unidades de apoio próprias como nutrição e dietética, que são responsáveis pela copa das unidades de internação, cozinha e refeitório para funcionários, lavanderia própria, rouparia para reparação, recepção central, recepção do ambulatório, farmácia e almoxarifado, com distribuição de medicamentos e materiais durante as 24 horas, serviço de arquivo médico e estatística, centro de processamento de dados e departamento pessoal.

O Hospital Estadual de Diadema é uma instituição pública, gerenciada por uma Organização Social, a Sociedade Paulista de Desenvolvimento da Medicina. A caracterização das organizações sociais foi definida na Lei complementar N. 846 de 04 de junho de 1998 pelo governador Mário Covas. O hospital é utilizado como campo de treinamento para a UNIFESP – EPM (Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina), o que ressalta sua importância na formação de profissionais, considerando que lá passam residentes das áreas médica e de enfermagem e estagiários.

Em relação à administração, como pode ser visualizado no organograma (anexo V), o hospital tem uma estrutura vertical assim distribuída:

No ápice a Superintendência do hospital e diretamente subordinada a ela a Diretoria Executiva. Como apoio à Diretoria Executiva estão a Diretoria Clínica, a Assessoria Jurídica, o Serviço de Atendimento ao Cliente e a Comissão Técnica Administrativa.

A Comissão Técnica Administrativa é composta pelo Superintendente, Diretor executivo, Coordenadoria Técnica, chefe da Divisão de Atenção ao Paciente, chefe da Coordenadoria Administrativa, chefe da Diretoria Clínica.

À Diretoria Clínica respondem o Corpo Clínico, Ensino e Pesquisa, Assistente de Planejamento e as Comissões (Óbito, Prontuário, Padronização de Materiais e Controle de Infecção Hospitalar, Neonatologia, Intra-hospitalar de transplante, Terapia Nutricional, Formulário Terapêutico, Farmacovigilância, Tecnovigilância e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).

Respondendo diretamente à Diretoria Executiva estão num mesmo nível a Divisão de Enfermagem, a Divisão de Atenção ao Paciente e a Divisão Administrativa.

A Divisão de Enfermagem tem a Coordenadoria Técnica e respondendo diretamente a esta os Grupo de enfermagem, Educação Continuada, Centro de Material e Esterilização e Comissão de Enfermagem.

Subordinados à Divisão de Atenção ao Paciente estão o Serviço Social, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e o Pronto Atendimento (sala e não serviço).

A Divisão Administrativa tem a Coordenadoria Administrativa e diretamente respondendo a esta a Informática, Serviços Gerais, Recursos Humanos, Portaria, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Manutenção, Suprimentos (Almoxarifado, Farmácia e Compras), Plantão Administrativo, Contabilidade, Tesouraria, Secretaria, Escola de Arte Ofício e Computação (destinada à comunidade e aos funcionários), Faturamento e Nutrição.

Os serviços realizados em área física externa ao hospital e ou terceirizados são: Assessoria Jurídica, Contabilidade, Tesouraria, Faturamento, Portaria e Compras.

4.3 Sujeitos de Pesquisa

Dentre os diversos profissionais envolvidos na assistência hospitalar no Hospital Estadual de Diadema, foi definido como população alvo os profissionais que desempenham cargo de chefia e decidem administrativamente na estrutura hospitalar. Para identificar estes atores sociais foi utilizado o organograma do hospital e indicações do corpo diretivo.

A decisão por estudar este grupo resultou do entendimento de que “o administrador no hospital é o responsável pela manutenção e funcionamento de seu sistema administrativo ou burocrático. Suportado na lógica realizadora típica da empresa, este sistema tem como função propiciar e facilitar a assistência de qualidade às pessoas que buscam a atenção e os cuidados dos profissionais que integram o sistema assistencial da organização hospitalar” (ZOBOLI 2000).

Os administradores hospitalares também são responsáveis por construir um bom relacionamento no trabalho, por dar suporte aos funcionários para a tomada de decisões, por dar direção e visão ao grupo, por fazer com que todos se sintam participando e se tornando mais empreendedor no gerenciamento. Além de inspirar o trabalhador com suas próprias ações e visão.

Os administradores entrevistados foram em número de 14. Estes tomadores de decisão convidados a participarem da pesquisa assumiam os cargos na Superintendência, Diretoria Executiva, Diretoria Clínica, Divisão de Atenção ao

Paciente e subordinadas a esta, Coordenadoria Administrativa e subordinadas a esta, tal como a chefia de Informática, dos Serviços Gerais, Recursos Humanos, Portaria, Manutenção, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Nutrição, Almoxarifado e Farmácia.

Os serviços realizados em área física externa ao hospital foram excluídos do estudo por os profissionais na chefia destes setores não terem influência direta nos profissionais que atuam dentro da unidade e na condução do próprio hospital.

4.4 Instrumento de pesquisa e coleta dos dados

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como meio de obtenção das informações necessárias para cumprir os objetivos do projeto, pois, conforme FONTANA e FREI (2000) e MINAYO (1989), a entrevista é a forma mais comum e poderosa de entender o sentimento humano, através da interpretação cuidadosa das respostas às questões, mesmo considerando que o entrevistador ao realizar a entrevista não estará neutro e sim com uma relação interativa com o entrevistado.

Os entrevistados, os que detêm as informações, por sua vez, respondem as perguntas baseadas em seus valores, considerações, necessidades, motivos, que o entrevistador tem que compreender para poder dar sentidos às respostas que surgem (GLESNE 1999, p.68-69).

As entrevistas nesta pesquisa foram semi-estruturadas, de condução sistemática, porém com uma estratégia que permitisse flexibilidade.

O número de entrevistas não foi definido a priori, porque através das entrevistas tentar-se-ia atingir o “ponto de saturação” (MINAYO 1994; CONTRANDIOPOULOS e col. 1994). Todavia, foi possível convidar todos os que estavam no cargo de chefia na estrutura hospitalar do Hospital Estadual de Diadema a participarem da pesquisa.

A identificação dos sujeitos que participariam da pesquisa se realizou através da visualização do organograma (anexo V) vigente na instituição e através de conversas com o corpo diretivo do hospital.

O entrevistador foi apenas a pesquisadora e a forma de cumprimento foi uniformizada com o intuito de se manter a padronização de condutas. A pesquisadora se apresentou para todos os entrevistados como Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Não houve necessidade do entrevistador se apresentar à instituição escolhida para o estudo, uma vez que ela trabalhava no local e já possuía uma relação amigável e de confiança com a direção do hospital. Assim, mantendo o caráter ético da pesquisa, logo se procedeu à Solicitação do Consentimento Institucional para Realização da Pesquisa (anexo I) e o Termo de Responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável (anexo II).

As entrevistas foram agendadas previamente com cada entrevistado. Os dados foram colhidos individualmente com contato pessoal entre com os sujeitos de pesquisa, com exceção de 02 (duas) entrevistas, que foram realizadas por telefone. Independente da forma de realização da entrevista foi obtido o Termo de Consentimento Informado Oral (Anexo III) de todos os entrevistados.

Por impossibilidade de realização de 02 (duas) entrevistas pessoais e no sentido de não se perder estes sujeitos da pesquisa é que se optou por realizar as entrevistas por telefone.

As entrevistas feitas com contato pessoal foram realizadas dentro do próprio hospital, em locais reservados longe de distrações, onde o entrevistado e o pesquisador não estivessem sujeitos a interrupções para a condução da entrevista.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de setembro e outubro de 2002 e em agosto e setembro de 2003. As entrevistas tiveram uma duração média de 09 (nove) minutos e 41 (quarenta e um) segundos.

Auxiliando a entrevista, o entrevistador teve em mãos o termo de consentimento informado oral (anexo III), segundo as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que foi lido previamente para cada entrevistado. O consentimento informado oral (anexo III) foi escolhido em virtude da pesquisa envolver juízo de valores, e possibilitar, assim, maior tranquilidade para o pesquisado responder sobre o que lhe for perguntado.

Após o entrevistado ter recebido cuidadosamente todas as informações sobre o caráter da pesquisa, o propósito do estudo, a utilização dos resultados da entrevista, a liberdade de participação ou recusa sem quaisquer sanções por parte da instituição e ter garantido o anonimato foram apresentadas as seguintes QUESTÕES NORTEADORAS (anexo IV):

1. O que o Senhor (a) considera humanização do atendimento hospitalar?
2. Cite medidas que o Senhor (a), no cargo de chefia e tomador (a) de decisão administrativa na estrutura hospitalar, considera importante para humanização hospitalar.

As perguntas foram estabelecidas antes de se proceder às entrevistas e não mostraram necessidade de sofrerem modificações durante a sua aplicação (GLESNE 1999, p.68-69).

Através destas perguntas, o objetivo central era provocar um pensamento reflexivo, potencialmente não elaborado, operacionalizando-se de forma concreta, permitindo fazer “as palavras voarem” (GLESNE 1999, p.67) e por intermédio delas compreender o significado de humanização na instituição campo de pesquisa, bem como também obter dados objetivos que apontassem medidas que pudessem contribuir para a humanização hospitalar.

As informações foram coletadas através de um gravador digital e identificadas por números aleatórios. Os entrevistados independentemente da forma de coleta dos dados, se por contato pessoal ou por telefone, também foram tratados por um número na intenção de se manter o anonimato. As gravações com o conteúdo das entrevistas foram transcritas na íntegra, com isso evitando depender da memória para registro dos dados (DENZIN e LINCOLN 2000).

4.5 Tratamento dos dados

Uma das etapas iniciais foi fazer uma leitura cuidadosa de todas as entrevistas transcritas, para se obter conhecimento de todo o material. Também neste mesmo momento foram feitas anotações, identificados conceitos ou sugestões, interpretadas as metáforas existentes (CRESWEL 1998). Posteriormente, as idéias foram correlacionadas, classificadas e fundamentadas à luz da teoria, buscando explicar os achados. Foi considerado que na fala dos entrevistados poderia estar expressa a idéia do grupo, dele mesmo ou do que ele desejaria MILES e HUBERMAN (1988)

A interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos de BARDIN (1994) e CRESWELL (1998), mediante a técnica de “análise de conteúdo”, que foi escolhida pela possibilidade de equivalência ao conhecimento teórico o produto das falas das entrevistas.

Como mencionam STRAITS e col. (1988) mais do que uma simples técnica, a análise de conteúdo é um conjunto de passos para se entender o conteúdo simbólico de qualquer comunicação, isto é, transformar todo o conteúdo da comunicação, no caso desta pesquisa, o conteúdo das transcrições das entrevistas, em categorias que representassem o interesse da pesquisa.

Na discussão dos resultados optou-se por utilizar apenas a comunicação verbal.

Seguindo os passos da análise de conteúdo as categorias foram identificadas, possibilitando a codificação das falas. As categorias foram escolhidas com base em critérios objetivos para que fossem claramente definidas, trabalhadas e não sobrepostas.

As categorias foram definições e conceitos anteriormente descobertos e descritos na literatura (DENZIN e LINCOLN 2000).

Para categorizar as falas se utilizou o que STRAITS e col. (1988) denominam “unidades de registro”, fossem elas uma simples palavra, símbolo, sentença, parágrafo, ou outra unidade gramatical ou todo o texto.

Em seguida, foram observadas as relações entre as categorias e agrupadas na tentativa de se identificar conceitos que emergissem do texto. (RYAN e BERNARD 2000).

Não foi realizada nenhuma sistemática de quantificação porque compreende-se que cada indivíduo entrevistado contribuiu igualmente em significado, valores e intensidade (STRAITS e col. 1988).

4.6 Considerações de caráter ético

A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo que concedeu a aprovação para a realização da pesquisa.

Na coleta dos dados foi solicitado o consentimento esclarecido oral, segundo as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, após o entrevistado demonstrar que estava em caráter voluntário, ter recebido cuidadosamente todas as informações sobre o caráter da pesquisa, o propósito do estudo, a utilização dos resultados da entrevista, a liberdade de participação ou recusa sem quaisquer sanções por parte da instituição e de ter garantido o seu anonimato caso assim o desejasse (KIMMEL 1988).

Foi deixado bem claro para os participantes que a concordância da instituição em ser sujeito de pesquisa, não os obrigava a participar do estudo e que eles não deveriam se sentir coagidos, tendo, repito, a liberdade de aceite ou recusa a qualquer momento (KIMMEL 1988).

A seleção de quem participaria da pesquisa não foi randomizada, porque o grupo “os tomadores de decisão administrativa” no Hospital Estadual de Diadema, sujeito da pesquisa, não apresentava número suficiente de componentes que permitisse esta escolha e a intenção inicial era entrevistar todos.

O consentimento oral (Anexo III) foi escolhido em virtude da pesquisa envolver juízo de valores, e possibilitar assim maior tranquilidade para o pesquisado responder sobre o que lhe foi perguntado.

Em relação à privacidade dos entrevistados, princípio defendido nos maiores códigos internacionais de direitos humanos, Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas e Convenção Européia dos Direitos Humanos; foi assegurada a confidencialidade dos dados obtidos e sua intimidade, evitando-se qualquer tipo de constrangimento ou discredibilidade. Assim como, foi levado a conhecimento dos entrevistados que para manter o anonimato das entrevistas eles seriam tratados por um número e que as entrevistas seriam posteriormente também identificadas por números aleatórios (KIMMEL 1988; BEAUCHAMP 1982; PUNCH 1986).

As entrevistas e as respectivas transcrições foram arquivadas digitalmente e estão permanentemente sob guarda da pesquisadora, mais uma vez com a intenção de assegurar a privacidade dos entrevistados (KIMMEL 1988).

O limite de até onde cada entrevistado gostaria de expressar suas opiniões foi reconhecido, respeitando a sua “reserva” (KIMMEL 1988; BEAUCHAMP 1982 E PUNCH 1986).

Na abordagem dos entrevistados, também lhe foram dados conhecimento sobre o termo de responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável (Anexo II).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conceito de humanização hospitalar, segundo os Sujeitos da pesquisa

Na busca de citações que pudessem esclarecer o conceito de Humanização Hospitalar foram analisadas as respostas à primeira pergunta “O que o Senhor (a) considera humanização do atendimento hospitalar?”, e observou-se que, assim como na literatura, não existe um único conceito que sintetize a noção complexa de humanização hospitalar (HOWARD e TYLER 1975; BRODY e col. 1994; ALMEIDA 1997; CAPRARRA e FRANCO 1999).

Um dos entrevistados expressa muito bem esta observação quando ele coloca:

“É complicado... não tem uma definição do que é humanização hospitalar. Tanto que é todo um contexto, mas são todos esses contextos que são super importantes, que não dá pra você achar que numa definição está tudo certo, não é não, as coisas são muito mais amplas”. (Entrevista nº 10)

Esta abrangência na conceituação da humanização nos faz presumir que a humanização permeia todos os processos e pessoas dentro do hospital, porque todas

as atividades dentro do hospital direta ou indiretamente se relacionam entre si, sejam atividades ligadas à manutenção, recepção ou cuidados médicos hospitalares.

Os entrevistados abaixo afirmam esta abrangência da humanização dentro do hospital ao colocarem:

“Ah, meu Deus! Humanização hospitalar? Humanização hospitalar, bom, eu considero desde o modo de atendimento, o tipo de assistência que a gente apresenta no hospital, a assistência médico-hospitalar, a recepção dos pacientes, como se apresenta, né?”. (Entrevista n° 07)

“Então, humanização no hospital eu acredito que seja um processo pra gente todo o dia... Então assim, eu acredito que a humanização é todo um conteúdo, é todo um conjunto de processos, né?”. (Entrevista n° 20)

Diante de toda esta amplitude na conceituação da humanização hospitalar, observa-se no processo de categorização das falas que os sujeitos do estudo, consideram humanização hospitalar o preservar a integridade do ser, através da visão do ser enquanto pessoa, que merece dignidade, respeito, liberdade e reconhecimento dos seus direitos. Esta consideração foi categorizada como *Preservar a integridade do ser*. O entrevistado abaixo sintetiza várias outras falas que expressam esta mesma categorização.

“Primeiro, respeitar a pessoa humana, né? Que eu acho que é a primeira coisa independente se a pessoa é paciente, ou funcionário, ou

médico, seja quem for. Então, é o respeito à pessoa humana”. (Entrevista nº 07)

Alguns administradores também consideram a União/ Integração um elemento importante no conceito de humanização hospitalar. Seja esta união/ integração entre paciente - funcionário, funcionário - funcionário, funcionários - administração ou hospital – comunidade. Esta valorização foi categorizada como *União/ Integração*. Para um dos entrevistados este elemento é um pré-requisito para se falar sobre o tema:

“E se a gente não tiver este entrosamento não adianta falar em humanização hospitalar”. (Entrevista nº 07)

Outros administradores hospitalares entrevistados citaram como elemento importante da humanização hospitalar a informação. Esta sendo vista tanto como um direito do paciente, bem como a forma de como a informação é transmitida pessoa-pessoa, ou seja, a forma de se comunicar. Esta foi a terceira categorização considerada *Informação e Comunicação*.

“Como informar, geralmente o paciente não sabe o que tem, nem a família... a gente está trabalhando isso, é a falta de informação do paciente. Dificilmente o profissional tem paciência pra explicar pro paciente e para a família o que é que ele tem. Então, eu acho que uma das grandes falhas, que eu acho que entra em humanização, é a informação. Eu acho que tem direito, o paciente tem o direito de saber e tem o direito de ter todas as dúvidas possíveis, né?”. (Entrevista nº 07)

Além das três categorizações anteriormente citadas, a última categoria estabelecida em relação ao conceito de Humanização Hospitalar foi *Arquitetura e Decoração*. Nesta categoria foi considerada a adequada estrutura e condição do hospital, quanto a sua arquitetura e decoração tanto para os funcionários como para os pacientes.

Os pacientes entrevistados expressam a confiança através da certeza na confidencialidade dos dados; na credibilidade nos profissionais que prestam o cuidado, e a relacionam com o nível de capacitação dos profissionais, capacidade de comunicação e empatia; no reconhecimento da individualização da terapêutica e na possibilidade de participação das decisões a seu respeito calcadas na liberdade do ir e vir (BECKMAN e col. 1994; WIDÄNG e FRIDLUND 2003).

Priorizar o tratamento de cada pessoa como indivíduo com valores e vivências únicas, evitar a discriminação, indiferença, perda da identidade, autonomia e demais direitos fundamentais e tentar constantemente proteger a pessoa internada de todas as agressões possíveis são elementos que os administradores consideram importantes na conceituação de humanização hospitalar e que são abordados nesta categorização *Integridade do ser*.

A maneira como os administradores hospitalares consideraram a integridade do ser na conceituação de humanização hospitalar baseia-se na observação de que no hospital as pessoas ficam vulneráveis e permissíveis a um processo de despersonalização que às vezes ocorre:

“Segundo, eu acho que, em termos de paciente, a gente tem uma tendência a numerar tudo e a rotular tudo, então o paciente com o diagnóstico, o paciente com leito tal e começa por aí. Ele passa a deixar de ser humano para ser o caso, né? Então, isso a gente tem que tomar muito cuidado. Eu acho que é uma coisa que a gente faz automaticamente, mas é uma coisa que é desumana, não é humano”. (Entrevista nº 07)

“... mas assim, eu acredito, do meu ponto de vista, que é uma coisa que seria necessária, porque hoje em dia, o paciente é muito visto muito com um número ou como mais um, e, muitas vezes, eles se sentem um pouco... Como poderia dizer? Assim, não discriminados ou até um pouco, principalmente essa classe mais pobre, né? Eu acho que seria importante”.

(Entrevista n° 05)

“No atendimento ao nível da recepção, uma atenção especial, não ser apenas mais um número, tá? Ser um paciente mesmo, ser um ser humano, né? Ter toda a atenção devida, desde a recepção ao atendimento médico, não é?” **(Entrevista n° 10)**

Como representado nas falas citadas anteriormente, muitas vezes são negados, ao paciente internado, alguns dos seus direitos fundamentais como, por exemplo, o simples direito de ser chamado pelo seu próprio nome. Muitas vezes o paciente após a hospitalização passa a ser solicitado por um número, correspondente ao seu leito ou seu prontuário ou, até mesmo, pelo nome da doença que o acomete (TREZZA 1987). Assegurar este direito fundamental foi um dos elementos citados pelos entrevistados como importantes na conceituação da humanização hospitalar.

HOWARD e TYLER (1975) contam a experiência de um médico que trabalhou em casa de detenção e ouviu na fala de um presidiário evidências de desumanização dos serviços de saúde relacionadas com este processo de despersonalização do ser:

“Eu não quero que me encaminhem para a sua divisão criminal e trate dos meus problemas de saúde ou psiquiátricos, porque desta forma me faz

sentir menos que um homem. Ainda sou dono do meu próprio corpo; eu sou um prisioneiro e tenho uma identidade. Se eu for para o sistema psiquiátrico eu serei um paciente, eu não terei todos os direitos que um prisioneiro tem”.

Gaylin (1978) e Deliege e Leroy (1978) citados por FORTES (1996) consideram que, depois das prisões, os serviços de saúde, especialmente os hospitais, são os locais onde mais se desrespeitam os direitos de cidadania.

Como visto anteriormente, no processo de internação hospitalar o paciente é, algumas vezes, sujeito a um processo de despersonalização e as evidências de que isto ocorre é percebido quando, por exemplo, a identidade do paciente é desconsiderada, lhe é negada a liberdade para execução de pequenas atividades ou ele é tratado com discriminação, indiferença e desrespeito à sua autonomia. Neste caso, às vezes, o paciente passa a pensar que está ocorrendo uma dissociação entre ele, uma pessoa com sentimentos, e o seu corpo (LEVENTHAL 1975).

A importância atribuída ao processo chamado de despersonalização do ser existe devido ao reconhecimento da vulnerabilidade do indivíduo uma vez internado e do ambiente hostil que pode representar o ambiente hospitalar.

GAUDERER (1991) para expressar sua inquietação com a agressão a que o paciente está sujeito no processo de internação desabafa:

“Não é fácil ser paciente! A pessoa se sente exposta, agredida fisicamente e emocionalmente, não só pela doença como também pelo

profissional de saúde, que apalpa, aperta, injeta, corta, subtrai esperanças, cria restrições ou dita normas. A pessoa doente sente inquietações, angústias, medos, frustrações, inseguranças, inferioridades, incapacidades, raivas ou outras emoções. Onde irá despejar ou colocar estas sensações? Algumas emoções são inclusive socialmente não aceitas, como a raiva de se estar doente, raiva de si mesmo ou raiva do médico que fez o diagnóstico. Além de toda a dor física, como lidar com esse turbilhão emocional? Não é fácil ser paciente!”.

Ainda enfatizando quanto aos sentimentos dos pacientes internados, infere-se que por vezes são sentimentos conflitantes; a pesquisadora utiliza-se da narração de ROWE (2002), um pai que teve o filho internado. Ele descreve com detalhes de terror a evolução da doença do seu filho no período em que ele ficou internado. Nesta descrição demonstra muito bem como é assustador o ambiente hospitalar para uma pessoa e como muitas vezes os profissionais, que deveriam desmistificar essa situação com informação e palavras de encorajamento, deixam-na pior. Ele coloca a fala de um médico “A icterícia parece ruim, mas a face emagrecida é pior. Esta é uma das últimas partes do corpo a ir. Ele (o filho) tem a aparência de uma pessoa no campo de concentração”.

Este tipo de comportamento por parte dos profissionais de saúde citado por ROWE (2002), em que se focaliza a assistência na doença ou num resultado terapêutico e se desconsidera o ser humano como uma pessoa com sentimentos, frustrações, medos, família, emprego, etc, tem gerado insatisfação dos usuários com o sistema de saúde (ROGERS e col. 2000).

Quando o usuário procura o hospital é porque ele tem uma condição física e/ ou mental que o está impedindo de considerar-se são. Este indivíduo muitas vezes é afastado do seu trabalho, fica dependente de outrem, tem uma injúria, que o faz sentir dor, enfim como dito anteriormente é um ser mais vulnerável psicologicamente. Willian Osler (WHELLER 1990), reconhece esta condição e considera que a doença afeta não somente o corpo, mas também o espírito e que no cuidado ao enfermo é importante lidar tanto com físico como com o espiritual, principalmente quando pouco se tem a fazer com o corpo. O que ocorre, por exemplo, com aqueles que nascem sem condições de vida, como anencefalia, como os pacientes sem prognóstico e em fase terminal ou até mesmo com aqueles que estão em morte encefálica.

Continuando na tentativa de conceituação da humanização hospitalar, observa-se que alguns entrevistados consideraram relevante o que eles chamam de “amenizar a condição da pessoa” como um elemento a ser incluído. Aqui, entendida como prestar um atendimento que resulte em melhora tanto das condições físicas do enfermo, como de seus sentimentos.

O entrevistado enfatiza:

“Dentro da estrutura, humanização é uma situação assim: a pessoa está numa condição difícil, complicada, então eu acho que a gente tem que ir em busca de estar lidando com pessoas, com seres humanos, então tem que ter uma preocupação voltada para amenizar a condição da pessoa”.

(Entrevista nº 02)

O sucesso de Willian Osler, famoso médico americano, é atribuído não somente ao extenso conhecimento científico que ele possuía, mas também por ele descrever a medicina como uma arte de se conhecer os pacientes como indivíduos únicos, que demandam constante comunicação e relação de confiança. Ele também considera que nesta arte está a constante busca de diversas maneiras de como sempre tentar confortar os pacientes (WHELLER 1990), um dos elementos citado por alguns entrevistados como importantes para a humanização hospitalar.

SCOTT (2000) nos faz entender melhor a comparação que Willian Osler faz da arte com a medicina e a inferência de alguns entrevistados, quando entende que ambas são motivadas pela tentativa de descoberta do não explícito e que na busca do desejado é necessário ouvir, observar, dedicar-se e ter paciência. Ele refere que a arte tem a natureza para admirar e se inspirar e que a medicina tem o homem. Assim, entendendo cada pessoa como indivíduo único, que compartilha experiências diversas, enriquece o raciocínio e desenvolve uma linguagem de comunicação.

Na visão acima descrita, onde é relevante conhecer o paciente para se prestar o cuidado, se faz necessário acrescentar para humanização da medicina, elementos baseados nos valores morais. Neste caso, seria uma medicina praticada com compaixão, beneficência, preocupação, gentileza, comunicação, cuidado, paciência, fidelidade à obrigação, enfim todas as virtudes que são partes da ética. A medicina baseada nos valores se justificaria por lidar com pessoas e colaborar, no dia a dia, na discussão de dilemas morais. A medicina baseada nos valores também adiciona valor à medicina baseada na ciência, que tanto contribui para o cuidado.

Este tipo de cuidado, baseado no conhecimento do paciente, pode ser realizado de várias maneiras. Enfermeiros japoneses, por exemplo, utilizam-se na assistência da comunicação não verbal, para entender o mundo subjetivo dos pacientes. O enfermeiro japonês, em uma cultura onde a fala é limitada ao que se julga extremamente necessário, consegue com a prática da observação entender e confortar os pacientes (TAKEMURA e KANDA 2003).

Assim, cada sociedade tem a sua forma e cada indivíduo tem o seu jeito e nesta forma de trabalho, citada por TAKEMURA e KANDA (2003), a base para as decisões técnicas e éticas é feita através do processo de conhecer o paciente como pessoa. Isso inclui saber dos seus sentimentos, suas considerações em relação a sua doença, ao seu tratamento e à sua hospitalização, bem como o impacto disso na sua vida (TAKEMURA e KANDA 2003; WATERS e EASTON 1999).

A forma observacional de obter informações utilizada pelos enfermeiros japoneses se relaciona com a cultura oriental, porém conhecer o paciente como um único indivíduo, como uma pessoa, saber o seu ponto de vista e sua personalidade, é um pré-requisito para a enfermagem proceder a um julgamento clínico e oferecer um tratamento individualizado, que consista em oferecer diferentes formas de se prestar o cuidado e mais em ouvir do que falar. É um cuidado para uma pessoa específica (WATERS e EASTON 1999; VAN SERVELLEN 1988; RADWIN e ALSTER 2002).

Conhecer o paciente como pessoa, saber os seus valores colabora também na preservação da dignidade e integridade. Caso contrário, o cuidado fica sujeito a limitar-se à tecnologia (TANNER e col. 1993; POST 1994).

Continuando a classificação das entrevistas, nota-se a importância de relações interpessoais harmoniosas no local de trabalho se faz presente na conceituação da humanização hospitalar pelos entrevistados. Inclusive, acrescentam que uma boa relação no trabalho corre o risco de tornar-se fragilizada no dia a dia devido à demanda e automatização:

“... pode estar aniquilado, como é com uma morte, então pra gente, isso pode ser habitual, ser comum, né? É uma coisa que às vezes, não é que a pessoa acaba se acostumando, mas é o trabalho, é o nosso dia-a-dia de lidar com isso. Então, tem que saber enfrentar também, mas também não pode ser indiferente” ... “a gente tem que tentar ajudar ou amenizar, né?” ... “Na verdade, é diferente de uma empresa, onde está lidando com peças, com equipamento, que você pode tirar ou colocar. E, às vezes, tem algumas posturas da gente, que por ser do nosso dia-a-dia, o pessoal já não percebe, ou acaba se esquecendo...”. (Entrevista nº 02)

“Eu? Seria assim, um tratamento mais digno, uma coisa mais assim, é uma consideração. Sendo paciente, que deveria ter também, até mais a própria assistência social, uma coisa mais assim pra dar mais valor a pessoa, né? e não considerar um paciente que chega lá e ser atendido de uma forma mais...como é feito na maioria dos lugares e, sim, de uma

maneira que tivesse mais atenção de todo mundo. Desde assim, da hora que entra no atendimento médico, de todo mundo...eu não sei se isso tá certo? Então é o que eu vejo, tá?”. (Entrevista nº 05)

Justifica-se os administradores hospitalares estarem atentos à forma como as relações interpessoais ocorrem dentro da instituição e não considerar que um relacionamento harmonioso é inerente dos profissionais formados na área da saúde. FRASER (1989), por exemplo, quantificou em sua pesquisa que apenas 25% dos médicos graduados acham que o estudo do ser ajuda no exercício da medicina clínica.

Assim como, observa-se associação entre o comportamento por parte dos profissionais de saúde ao lidar com os pacientes e o descontentamento por parte da população. Isso é evidente ao constatar-se que às críticas ao setor saúde têm sido centradas em uma medicina desumanizada, a despeito de todo o avanço e recursos tecnológicos utilizados nos dias de hoje (ROGERS e col. 2000).

Um entrevistado assume que falhas na forma de lidar com os pacientes são presentes no hospital e desabafa:

“Assim, há coisas que eu acho que alguns médicos, educação, mais pra tratar o paciente, não assim, menosprezar ninguém, entendeu? Acho que é isso. Tem que melhorar, infelizmente tem alguns que são ignorantes, realmente são muitos mal-educados”. (Entrevista nº 08)

Muitas vezes as insatisfações dos usuários com os profissionais de saúde são decorrentes de problemas de relacionamento, tais como o desrespeito ao modo de

pensar do paciente e família, a falha em entender suas perspectivas, a falta de disponibilidade do médico, a ignorância às queixas do paciente e da família, a carência de informação, a falha em entender a perspectiva do paciente e família e a desatenção (BECKMAN e col. 1994).

Continuando o processo de classificação e categorização das falas, alguns entrevistados consideraram que a humanização hospitalar é também tratar o paciente com dignidade. Este elemento foi incluído nesta categorização *Integridade do ser*. Porém o que vem a ser dignidade?

“Eu?... seria assim, um tratamento mais digno.” (Entrevista n° 05)

O conceito de dignidade tem se modificado ao longo dos anos saindo de um contexto genérico para mais específico. Na Idade Média dignidade abrangia o homem enquanto espécie, posteriormente o conceito de dignidade passou a referir-se ao homem enquanto indivíduo, enquanto pessoa (GAYLIN 1984) e a partir deste momento, passou dignidade a ser um conceito dinâmico e poderoso, que engloba fatores morais e pessoais (PULLMAN 2002; GAYLIN 1984).

No conceito do grande filósofo Kant as bases para a dignidade estão claramente relacionadas à capacidade do homem e sua autonomia (PULLMAN 2002; GAYLIN 1984) - a autonomia vista como a liberdade de escolha. Logo, aquele ser sem autonomia estaria perdendo a sua dignidade, podendo levar ao raciocínio de que a vida sem dignidade não teria motivo. Assim, na visão Kantiana essa é uma dignidade que nunca deve ser perdida.

No entanto, para PULLMAN (2002), em sua visão mais contemporânea a respeito do conceito de dignidade, considera que ela é o respeito às opções do outro. Ao seu ver, a perda da dignidade das pessoas seria a ausência da capacidade de escolha ou a percepção de que suas escolhas foram violadas. Por isso, GAYLIN (1994) e PULLMAN (2002) consideram que a dignidade deve ser mantida e protegida, principalmente para os indivíduos com autonomia comprometida, tais como os idosos, as crianças, o comatoso e o retardado mental.

Na visão dos pacientes, um tratamento digno é sentido no hospital quando o enfermo recebe um tratamento direcionado não apenas à sua enfermidade, mas abrangendo às suas necessidades psicológicas, sociais e existenciais. Assim, se sentindo tratado como uma pessoa, onde a confiança é primazia (WIDÄNG e FRIDLUND 2003).

Como foi observado há muita dificuldade na conceituação e entendimento do que seja dignidade, porém este conceito fica mais esclarecido, quando é perguntado o que é a falta de dignidade e se depara com situações onde a pessoa se sente tola, incapacitada, embaraçada ou vulnerável (SEEDHOUSE e GALLAGHER 2002; CHOCHINOV e col. 2002; HASSARD e Coll. 2002). Outros autores, assim como Kant afirmam que os pacientes que têm o sentimento de perda da dignidade são aqueles que perdem a esperança e preferem a morte ao invés da vida, chegando até a solicitar a morte assistida (SULLIVAN e col. 2000; MÉIER 1998).

Outros consideram que o respeito à dignidade dos pacientes está condicionada às provisões financeiras de que a instituição dispõe e a forma como ela oferece os

serviços. Neste contexto, o sistema de saúde brasileiro, especialmente o público, no momento está passando por bastante dificuldade financeira para prover a todos os cidadãos o que lhes é de direito: a saúde a despeito de todos os esforços do governo em tentar garantir mais recursos financeiros para este setor (BRASIL 2000).

Nesta consideração, os pacientes ficam mais vulneráveis à perda da dignidade, ao ser, por exemplo, enxugados com lençóis porque não se têm toalhas ou quando um banheiro não é consertado, entre outros exemplos trazidos por AGRAWAL e EMANUEL (2002) ou quando lhes falta uma medicação prescrita.

O entrevistado abaixo manifesta:

“O paciente fica desconfortável, é o lençol que está pequeno... o travesseiro também fica sem forro, o travesseiro é desconfortável, então tudo isso é uma grande preocupação... Então assim, o paciente vai tomar banho, ele precisa ter um cabide para colocar o soro dele, a cortina do Box precisa estar adequada, limpa, não estar caindo, o banheiro tem que estar bem lavado, tem que ter cheiro de banheiro lavado. Então, tudo isso eu acredito que seja humanização”. (Entrevista nº 20)

No mais, cabe realçar que PULLMAN (2002) considera também que o alívio da dor e do sofrimento estão também diretamente relacionados à dignidade.

Assim como evidenciado que relações interpessoais harmoniosas não são implicitamente exercidas entre os profissionais de saúde, vale mencionar também que um tratamento digno aos pacientes internados no hospital, não é o naturalmente

realizado pelos profissionais de saúde, cabendo aos administradores ficarem atentos às manifestações contrárias. O estudo de SEEDHOUSE e GALLAGHER (2002) ressalta esta preocupação ao demonstrar que no Reino Unido, nos hospitais de longa permanência para idosos, tanto há pouca valorização do que seja dignidade no atendimento, como observa-se que essa também não é plenamente exercida.

Um dos entrevistados assim afirma:

“Humanização é dar um atendimento mais humanizado, digno aos usuários do sistema hospitalar”. (Entrevista nº 14)

Observa-se que há várias visões na conceituação do que seja dignidade, porém nenhuma controvérsia em se considerar o uso da palavra dignidade como um direito humano e um elemento a ser considerado na humanização hospitalar. A garantia da dignidade para a sociedade têm tido bastante atenção em declarações, códigos de ética e legislações de diversos países.

O Código de Ética do Conselho Internacional das Enfermeiras coloca: “Inerente em enfermagem é o respeito aos direitos humanos, incluindo à vida, à dignidade e ser tratado com respeito” (SEEDHOUSE e GALLAGHER 2002). O Código de Ética Médica Internacional de 1949, revisto em 1983, na trigésima quinta Assembléia Médica Internacional contém a seguinte afirmativa: “O médico deve, em todos os tipos de prática médica se dedicar a prover um serviço médico competente tanto técnica como moralmente, com compaixão e respeito a dignidade humana” (THE MEDICAL COUNCIL OF HONG KONG 2003).

Como foi mencionado pelos pacientes entrevistados por WIDÅNG e FRIDLUND (2003) a relação de confiança é um elemento relevante para se receber um tratamento digno.

Neste processo de desenvolvimento da relação de confiança deve-se ficar atento para que não haja interferência da pressão tecnológica, de tempo e financeira a que os hospitais são geralmente submetidos (POST 1994; TOSTESON 1990) já que a confiança do usuário no profissional e uma relação amigável com profissionalismo são passos importantes para que o relacionamento seja exercido com sucesso.

Entretanto, para que a relação de confiança seja alcançada com sucesso deve ser considerado, por exemplo, o diálogo, o compartilhamento de incertezas, a troca de conhecimento, a compreensão, a compaixão e o respeito.

ROWE (2002), citado anteriormente, enquanto pai de uma criança internada, afirma que falta de confiança ou informação são elementos que comprometem o respeito e consideração na relação dos pacientes e familiares com os profissionais. Ele vivenciou estes sentimentos quando seu filho, após várias opiniões profissionais contrárias, foi submetido a uma cirurgia e só obteve informações a respeito do resultado cirúrgico 02 (dois) dias após, a despeito de ter ficado na ante-sala do centro cirúrgico esperando contato. Ele coloca que este episódio comprometeu a sua relação de confiança com os profissionais que assistiam o seu filho e que para ele os médicos olhavam para o diagnóstico e a cura do seu filho ao invés de olhar para a pessoa.

ROWE (2002) acrescenta que compreende que os profissionais de saúde, por vezes, tenham pensamentos negativos em relação aos pacientes, uma vez que até para

ele, como familiar e pai, muitas vezes sentiu-se insatisfeito com o filho por ele não apresentar melhoras e por não conseguir ter uma condição física mais apreciável. No entanto, evidencia que a falta de comunicação dificulta consideravelmente o entendimento entre as partes e a relação de confiança.

Foi também classificada nesta categorização, Integridade do ser, as entrevistas que consideraram importantes o respeito à pessoa na conceituação de humanização hospitalar.

Entende-se nesta pesquisa a noção de pessoa na concepção jurídica, como um ente físico ou coletivo susceptível de direitos e obrigações, sendo sinônimo de sujeito de direito. (XAVIER 2000), como também na visão filosófica que considera que a pessoa humana se distingue de todos os demais seres pela sua completude, comunicabilidade, especialidade e racionalidade e, segundo Kant, a pessoa se diferencia de indivíduo por ser racional e ter consciência de sua liberdade e se autodeterminar. Assim, a pessoa se constitui em um fim em si mesmo, porque é um centro de liberdades capaz de transcender-se e superar-se continuamente. Para a Antropologia científica é elaboração social progressiva e mutável. Em divergência, com a concepção religiosa que liga ao conceito de pessoa divina. Segundo a revelação bíblica, “Deus criou o homem à sua imagem e semelhança” o que é uma noção de difícil aplicação prática nos contextos das ciências (XAVIER 2000).

Esta noção jurídica de pessoa aqui adotada logra sua concreção, por exemplo, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, feita logo após o término da Segunda Guerra Mundial, na Organização das Nações Unidas – ONU em 1948 quando no Seu

artigo VI dispõe que: "Todo homem tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa, perante a lei (XAVIER 2000).

O respeito pela pessoa em bioética pode ser considerado como o respeito à sua autonomia. Tanto em preservar a autonomia dos que procuram o serviço médico, como também proteger a autonomia daqueles que tem alguma incapacidade de exercê-la.

Os entrevistados abaixo colocam:

“Respeito... né? Em primeiro lugar é respeito pelas pessoas que vêm nos procurar. Já estão passando mal, as pessoas que vem nos procurar, então eu acho assim, tem que atender da melhor forma possível”.

(Entrevista nº 08)

“Então, eu acho que a humanização hospitalar entra tudo, desde detalhes do respeito humano, do que a gente faz dentro de um hospital, né?”. **(Entrevista nº 07)**

“Humanização hospitalar pra mim em primeiro lugar é atender bem o paciente. É atender com respeito, com educação e com carinho, porque sempre quem precisa de um hospital, ele precisa porque ele teve um problema de saúde, e um problema de saúde, eu acredito que, ele gere desconfortos, desconforto, né? E uma instabilidade emocional de qualquer tipo, então quem procura um hospital é porque ele tem uma necessidade, e a humanização para mim é desde o primeiro momento que ele entra. O

paciente busca..., ele entra no hospital, o porteiro, como ele é recepcionado na portaria, como ele é recepcionado pelo administrativo da unidade de internação, isso se nós estivermos falando de um paciente que entra aqui pra um tratamento ambulatorial ou eletivo, e no caso das emergências o familiar também, porque se o paciente não estiver em condições de perceber esse atendimento, nós temos outras pessoas que estão ligadas a este paciente e que precisam da mesma atenção”.

(Entrevista nº 16)

JOFFE e col. (2003) lembram que ao se respeitar a autonomia do outro, também há de se evitar os extremos, onde de um lado, ou todas as decisões são impostas ao enfermo, ou do outro, quando se é totalmente paternalista, aconselhando que um equilíbrio deve ser encontrado, porque muitas vezes o paciente não quer tomar a decisão sozinho. Para JOFFE e col. (2003) neste conceito de respeito à autonomia deve ser considerado além do biológico, o social, o ético, o político e o moral.

O discurso de respeito ao paciente na fala dos entrevistados provavelmente surgiu porque o desrespeito ao paciente ocorre em algumas instituições de saúde e isso tem que ser combatido. Alguns pacientes se sentem até envergonhados e humilhados no atendimento médico devido à falta de respeito e chegam a verbalizar “O doutor insulta a minha inteligência”. O resultado desta atitude é a perda da colaboração na condução do tratamento, podendo o paciente reagir de forma extrema não procurando mais o serviço médico ou mentindo para seus cuidadores (LAZARE 1987).

No relacionamento entre hospital e pacientes os elementos considerados na categorização *Integridade do ser*, ou seja, a relação de confiança, o tratamento com respeito à pessoa e a dignidade influenciam fortemente a evolução dos pacientes internados (JOFFE e col. 2003).

A liberdade de agir de acordo com a própria vontade é outro elemento que os administradores consideraram como importante na humanização hospitalar e foi classificada nesta categoria denominada *Integridade do ser*.

O entrevistado coloca:

“Por exemplo, aquela coisa do paciente ser obrigado a ficar restrito no leito, ele não pode passear nos corredores, ele não pode conversar com os outros quartos, tem o risco da infecção? Tem, mas eu acho que não devia se sentir tão prisioneiro da sua cama, do seu leito”. (Entrevista n° 11)

CAPRARA e FRANCO (1999) citam relatos de médicos posicionados como pacientes para exemplificar a violação deste direito dos pacientes e a desumanidade do hospital, que tanto influenciam na despersonalização do ser durante a internação.

O médico Oliver Sacks afirma:

“... a sistemática de despersonalização que se vive quando se é paciente. As próprias vestes são substituídas por roupas brancas padronizadas e, como identificação, um simples número. A pessoa fica totalmente dependente das regras da instituição, se perde muito dos seus direitos, não se é mais livre”.

O endocrinologista Rabin também citado por CAPRARA e FRANCO (1999) com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica relata:

“... fiquei desiludido com a maneira impessoal de se comunicar com os pacientes. Não demonstrou, em momento nenhum, interesse por mim como pessoa que estava sofrendo. Não me fez nenhuma pergunta sobre meu trabalho. Não me aconselhou nada a respeito do que tinha que fazer ou do que considerava importante psicologicamente, para facilitar o enfrentamento das minhas reações, a fim de me adaptar e responder à doença degenerativa. Ele, como médico experiente da área, mostrou-se atencioso e preocupado, somente no momento em que me apresentou a curva da mortalidade da esclerose amiotrófica”.

A importância da atenção centrada no ser humano é expressa por vários entrevistados e, em especial, na fala a seguir:

“Eu acho que as pessoas comentam hoje, sobre, que falar sobre humanização é uma bobagem, porque não existe a desumanização. Eu acho que existe a falta de respeito, acho que existe a falta de carinho, e o ser humano por muitas vezes esquece que está tratando com um outro ser humano. Então eu acho que a humanização é muito importante. Nós temos uma frase que nós elegemos pro nosso hospital que é “O ser humano é o centro da nossa atenção”. (Entrevista nº 16)

Por isso, o Hospital e toda a equipe que o constitui têm a importante função de prover ao paciente condições para que ele possa continuar sendo uma pessoa com

direitos e que possa discutir e colaborar com o tratamento que lhe é proposto, visto que, é difícil para um indivíduo enfermo a permanência em uma unidade hospitalar. Uma pessoa nesta condição torna-se vulnerável a tudo que lhe é imposto, cede a toda e qualquer solicitação e atende às mais arbitrárias normas (GAUDERER 1991).

5.1.2 União/ Integração

Alguns entrevistados mencionaram a importância da união entre todos os atores envolvidos na assistência e na conceituação da humanização hospitalar.

No hospital, onde todas as atividades desenvolvidas se relacionam entre si, o trabalho realizado utilizando confiáveis canais de comunicação, com definição de responsabilidades e funcionários participantes resulta em melhoria do atendimento aos pacientes (ALLEN 2001). Motivo pelo qual se atribui ter sido encontrada a *União/ Integração* entre os funcionários nas falas dos entrevistados ao tentarem conceituar humanização hospitalar.

“Acho que ambas as partes tem que se dar, né? Não adianta só ver o lado do paciente ou só o lado profissional, ou só o lado da instituição. Acho que tudo envolve uma união. É o diálogo que vai estar dando as diretrizes”. (Entrevista nº 01)

O processo de trabalho realizado com união e integração está associado ao “teamwork”, no qual todas as categorias profissionais se voltam para objetivos comuns. Para que este modo de administrar seja efetivo é necessário considerar o princípio de que as equipes devem ser formalmente estabelecidas e de que todos se sintam participantes, caso contrário, ficarão apenas grupos coordenados por seus líderes (MOREY e col. 2002) e a *União/ Integração* tão importante para a

humanização hospitalar pode ser que não seja alcançada com o sucesso esperado. Os entrevistados abaixo colocam:

“O hospital inteiro tem que estar envolvido nesta humanização do paciente”. (Entrevista nº 20)

“Na medida em que haja essa abertura, o convívio de estar participando, porque todo mundo já faz parte de um todo, acho que se não tiver essa interação, acho que fica muito unilateral, onde administração é uma coisa, a parte clínica é outra à parte. Formam-se grupos. Eles se dão bem em um grupo, mas não se dão bem em outros grupos. Acho que a Humanização seria neste sentido”. (Entrevista nº 01)

“E eu acho também, que humanização, também, dentro de uma estrutura hospitalar não é puramente paciente também, né? Eu acho que humanização também engloba os profissionais que atuam no meio de trabalho, no meio ambiente, né?... Desde o relacionamento entre colegas de trabalho, né? E de tal forma que as coisas no meio ambiente fiquem mais humanos possível, né? Sem conflitos, né?” (Entrevista nº 10)

A influência do trabalho em equipe na melhoria da qualidade do atendimento médico hospitalar tem comprovação científica. MOREY e col. (2002) demonstraram significância estatística na redução da taxa de erros clínicos de 30,9% para 4,4% após treinamento simultâneo de equipes multiprofissionais do atendimento de emergência de hospitais da comunidade e hospitais escola, e acrescentam que isso foi alcançado sem acréscimos de custos para a instituição. Dentre os erros clínicos reduzidos estão a

inadequada utilização das precauções de contato, o não uso de oxigênio quando este era requerido e a falta do cumprimento das ordens verbais para o uso de medicações.

O mais relevante deste trabalho de MOREY e col. (2002) em relação a categoria *União/ Integração* é que parte deste sucesso alcançado, os autores atribuíram à mudança de atitude dos funcionários, que, após terem passado por um treinamento simultâneo e em equipes formadas de várias especialidades, passaram efetivamente a trabalhar em equipe.

A *União/ Integração* praticada entre os funcionários também interfere na satisfação profissional deles com o emprego e prognóstico dos pacientes. BUDGE, CARRYER e WOOD, em 2003, demonstraram que o bom relacionamento dos enfermeiros com os médicos, por exemplo, além de maior liberdade de ação dos primeiros e domínio da sua prática profissional, resultam em maior satisfação dos enfermeiros com o emprego, em melhor resultado terapêutico dos pacientes atendidos e proporciona mais facilidade de contratação e manutenção do funcionário no emprego.

A importância da almejada *União/ Integração* na melhoria da qualidade do atendimento dos pacientes e a satisfação dos funcionários foram evidenciadas por alguns entrevistados e pela literatura. Entretanto, para a concretização do trabalho em equipe é necessário que a administração do hospital reconheça a importância desta metodologia de trabalho e estimule e atue como facilitador. Após isso concebido pelos tomadores de decisão da estrutura hospitalar, é relevante que os responsáveis estabeleçam os grupos de trabalho, apresentem os objetivos e as regras bem

claramente para todos os seus componentes, façam com que todos se sintam membros participantes e consigam fazer com que cada indivíduo se sinta responsável pelo desempenho do grupo (ALLEN 2001).

“Eu acho que no geral nos hospitais as pessoas têm que esquecer que tomar decisões drásticas com os funcionários implicará em diminuir até o bem-estar do paciente. Isso acaba refletindo de alguma forma”.

(Entrevista nº 20)

O trabalho harmonioso e em equipe entre os administradores e os funcionários aumentam a produtividade. Isso é observado quando os funcionários trabalham para alguém que eles respeitam e tem um bom relacionamento. Por isso, o tempo que a chefia dedica criando, estabelecendo e cultivando uma relação com os funcionários, os torna mais produtivos e motivados. Os funcionários querem se sentir participando do planejamento e não apenas cumprindo ordens. (ABRAMOWITZ 2001).

É observado que quando o contrário é exercido, ou seja, quando administrativamente o trabalho isolado se impõe ao trabalho em equipe, há influências negativas no desempenho e conseqüências no exercício do cuidado ao paciente. ALLEN (2001) constatou em um hospital em Londres que a falta do trabalho integrado resulta em prejuízo para os enfermos. Os dados objetivos encontrados relacionados ao trabalho isolado entre os profissionais foram: elevadas taxas de ocupação, atraso na admissão de novos pacientes, tempo de permanência maior que o esperado para as patologias atendidas, dificuldade no encaminhamento dos pacientes de uma clínica para outra, bem como equipamentos quebrados sem

pedidos de conserto. Os dados subjetivos relacionados com o trabalho isolado foram insatisfação e stress dos funcionários.

Assim como demonstra ALLEN (2001), o sucesso no cuidado ao paciente e sua relação de dependência com o trabalho conjunto e sincronizado desenvolvido nas atividades no hospital, , também está explicitado na fala do entrevistado abaixo.

“A limpeza, é importante ela trabalhar a 100%, porque você tendo a limpeza 100% você vai ter uma mesa cirúrgica limpa, um local limpo pra trabalho e, por exemplo, você tendo o equipamento em ordem você vai ter a confiabilidade no material numa cirurgia. Você tendo os equipamentos, os materiais no local de trabalho você nunca vai correr o risco de abrir uma pessoa e faltar o material”. (Entrevista nº 06)

Este trabalho harmonioso e em equipe não fica restrito aos funcionários entre si. O trabalho conjunto da administração com os funcionários da instituição, compartilhando missão, valores, metas, vitórias e dificuldades, também contribuem para que os funcionários se sintam participando e invistam esforços numa só direção. Este comportamento favorece o sucesso da instituição, que nada mais é que a satisfação do usuário com o atendimento hospitalar. STEARNS (1999) constatou que é positivo para a administração, por exemplo, num momento de dificuldade da instituição trabalhar em conjunto à equipe médica, sem receios de expor para ela seus problemas financeiros e estabelecendo objetivos comuns, mesmo que os objetivos individuais não sejam os mesmos.

Blanchard e Peale citados por ZOBOLI (2000) evidenciam que para o exercício desta função o administrador tem que explicitar de forma bem definida a missão organizacional para que ela seja compartilhada, respeitada e cumprida por todos que compõem a instituição.

Os entrevistados abaixo expressam como o relacionamento com *União/Integração* entre a administração e os funcionários permite que estes últimos compreendam a missão da instituição, entendam seu papel neste contexto e considerem que o sucesso da instituição é também sua conquista.

“E definindo missões, né? Valores, né? E metas, né? Bem definidas da organização, eu acho muito importante, né?”. (Entrevista nº 10).

“Eu sei que é uma coisa muito difícil de ser trabalhado, mas eu acho que qualquer organização, principalmente hospitalar, tem que ter metas, missões e valores bem definidos, né? Na medida que um profissional entra numa organização, ele tem que saber qual o papel da organização que você trabalha, né? Porque senão o profissional não fica inserido. Muitas vezes a pessoa não desempenha o papel com o devido valor, ou o que a organização gostaria que o profissional desenvolvesse, porque não foi definido bem esses detalhes, né? E acaba tendo alguns transtornos, aí no meio do caminho, né? Eu acho que tem que, mesmo a nível de profissional, que os setores em termos de organização estrutural está mais ou menos definido, né? Laboratório está com papel de realizar os exames laboratoriais, né? Que é o almoxarifado com o seu papel e assim vai, né?

E...o almoxarifado tem o seu papel, manutenção, RX, clínicas. Isso a própria estrutura já define, mas eu acho que os outros profissionais de outros setores está bem inerente no papel da própria organização, né? **(Entrevista nº 10).**

“Algumas pessoas entram aqui porque vêm trabalhar aqui, que é o nosso caso, e outras entram aqui porque elas estão precisando do nosso serviço, da nossa atenção, e nós temos a missão de fazer o melhor por essas pessoas”. **(Entrevista nº 16)**

Ainda nesta categorização *União/ Integração*, alguns entrevistados entendem que o hospital faz parte de uma comunidade, de um contexto social e não é uma instituição isolada e consideram que na conceituação da humanização hospitalar deve ser vista a relação do hospital com a comunidade e os interesses desta influenciando as diretrizes do hospital.

“Vejo as características, as necessidades da instituição perante a sociedade e, dentro deste contexto, amenizar o processo burocrático... O que atrapalha é que as coisas muitas vezes são definidas aleatoriamente, sem uma padronização. O que ocorre, muitas vezes, é que as pessoas tendem a tentar de qualquer forma, sem um planejamento... Eu acho que quando há um planejamento adequado para a sociedade, para os próprios usuários, eu acho que isso facilitaria muito o convívio e a Humanização”.

(Entrevista nº 01)

A justificativa para a construção dos hospitais baseia-se na necessidade de atenção especializada para a comunidade pertencente à sua área de abrangência. O Hospital local da pesquisa, não diverge deste conceito e foi edificado para atender a demanda do sistema de saúde local por uma atenção especializada. A construção deste hospital foi finalizada após vários anos de reivindicação da comunidade organizada da cidade de Diadema, criando uma relação muito forte entre a população e a instituição, que se mantém mesmo após a sua inauguração.

Esta integração do hospital com a comunidade colabora para que o hospital não fuja ao que se propõe e garante que os interesses do hospital e comunidade estejam contemplados no planejamento estratégico do hospital. Esta relação lembra permanentemente os administradores hospitalares que para se atingir qualidade no atendimento e atenção individualizada é necessário basear-se na visão do paciente “como um indivíduo, como um membro da família e como um residente da comunidade” (VAN SERVELLEN 1988; MACKAY e AULT 1977).

O entrevistado abaixo considera a *União/ Integração* do hospital com a comunidade ao verbalizar:

“E outra coisa que eu também acho que é muito importante, que é uma luta brava nossa, é que a tendência do enfermeiro e do médico é considerar o paciente só e não ele inserido na comunidade. Então, uma das coisas, uma luta, até que eu aceitei a trabalhar com o... Diretor do hospital,... que a gente até se entrosa bem nisso é porque é a gente procura entrar em contato com a comunidade que a gente assiste. É, aqui não é tão

evidente, aqui nesse hospital, mas no outro hospital a gente tem um trabalho com a comunidade, né? A gente se insere na comunidade, a gente conversa com o pessoal da comunidade e eu acho que o que a gente tem melhora até a assistência hospitalar, porque a gente conhece a população que a gente vai assistir, que a gente vai assistir”. (Entrevista nº 07)

O satisfatório contato do hospital com a comunidade possibilita, por exemplo, que a instituição conheça os recursos que a comunidade dispõe para colaborar com o hospital no desempenho das atividades, na resolutividade dos casos internados e na diminuição do tempo de internação. Os recursos da comunidade podem ser centros de reabilitação, serviço de internação domiciliar, albergues ou fornecedores de oxigênio, por exemplo.

STEINER e col. (1997) apresentam a experiência de um centro de saúde da comunidade, especializado em atendimento psiquiátrico, que após um incidente de violência decidiu trabalhar junto à polícia local. Nesta experiência, houve uma fase de adaptação, de certa forma longa, para que tanto o serviço de saúde como o departamento de polícia entendessem e exercessem suas atividades em conjunto, respeitando o trabalho um do outro. Entretanto, uma vez superada esta fase, as duas partes desenvolveram suas atividades de forma produtiva, em equipe e com evidente benefício para a comunidade.

Este bom relacionamento do hospital com a população colabora na construção da relação de confiança mencionada na categorização: *Preservar a integridade do ser*, o

que facilita na programação terapêutica do paciente uma vez internado (WILSON 1986).

5.1.3 Informação e Comunicação

No processo de categorização das entrevistas observou-se que alguns entrevistados mencionaram a importância da informação na conceituação da humanização hospitalar, sendo mais evidenciado a informação enquanto um direito do paciente e uma responsabilidade do funcionário do hospital e corpo administrativo quanto à forma de se comunicar.

Em relação à visão da informação como um direito, no hospital é responsabilidade dos tomadores de decisão assegurarem este direito como um dos direitos fundamentais dos usuários. Assim como, também a estes proporcionar o que for necessário para que a equipe de saúde exerça este direito (ZOBOLI 2000; FORTES 1996).

No que se refere à forma de se comunicar, FORTES (1990) cita um processo da Corte de Cassação Francesa em 1961, por intermédio de sua Câmara Civil, que traça alguns princípios para a informação a ser dada aos pacientes, tal como o uso de termos simples, compreensíveis, aproximativos e leais. Desta forma, oferecendo condições para a pessoa, a partir do que lhe foi informado, conscientemente participar do planejamento ou ação a que será submetida, evitando que o consentimento seja apenas um evento legal (FORTES 1994).

O entrevistado abaixo considera a informação como um elemento importante na humanização hospitalar ao afirmar:

“Então, eu acho que uma das grandes falhas, que eu acho que entra em humanização, é a informação. Eu acho que tem direito o paciente, tem o direito de saber e tem o direito de ter todas as dúvidas possíveis, né? E eu acho que a gente tem pouco hábito de falar com o paciente, né? Então, é uma das grandes frustrações pelo menos minha, que a gente tem pouco tempo de conversar com eles, a equipe de enfermagem principalmente, né? Eles são muito mecânicos, né? Então, agora nós estamos começando uma força tarefa”. (Entrevista nº 07)

Os profissionais de saúde, apesar de todo o seu conhecimento científico, nem sempre representam a verdade na visão do paciente, por isso o paciente ao ter acesso de forma compreensível a todas as informações referentes à sua doença, prognóstico e possibilidades terapêuticas terá mais condições de exercer sua autonomia na tomada de decisão e ter a sua vontade prevalecta. Novamente, ao administrador hospitalar cabe a responsabilidade de criar canais de comunicação para facilitar que o paciente se expresse (FORTES 1996; ZOBOLI 2000). Este processo na tomada de decisão é dinâmico, necessitando que informações e condutas sejam revistas de tempo em tempo (BOYD 1996).

Em relação a visão do acesso da informação como um direito os códigos de ética dos profissionais de saúde contemplam em seus artigos:

Código de Ética Médica Brasileiro, Artigo 59:

“É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivo do tratamento, salvo quando a

comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo neste caso a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.

Código de Ética Brasileiro dos Farmacêuticos, Artigo 15, inciso VII:

“É dever do farmacêutico informar e assessorar o paciente sobre a utilização correta do medicamento”.

A Declaração Internacional dos Princípios Éticos no Serviço Social adotado pela Federação Internacional das Assistentes Sociais, desde o encontro em Colombo, Sri Lanka, em julho de 1994, Itens 2.1.8 e 3.3.2, respectivamente apresentadas a seguir, comentam sobre a privacidade das informações considerada na conceituação de humanização hospitalar:

“Os Assistentes Sociais salvaguardam os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação no seu trabalho profissional. Deverão ainda respeitar a confidencialidade mesmo quando a legislação do seu país é contrária a esta exigência”.

“Preservar o direito do utente a um relacionamento de confiança, à privacidade e confidencialidade, e ao uso responsável da informação. O utente deverá estar informado da necessidade e do uso da recolha e da partilha da informação dos dados adquiridos enquanto profissional. Nenhuma informação deverá ser cedida sem o conhecimento do utente, exceto nos casos em que este não possa ser responsável ou em que outros

possam ser colocados em risco. O utente deverá ter acesso aos registos do trabalho social que a ele se refiram”.

A privacidade das informações contida no item 2.1.8 da Declaração Internacional dos Princípios Éticos no Serviço Social está inserida nas normas constitucionais brasileiras vigentes no seu artigo 5º, inciso X “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Como referido na introdução desta categorização *Informação/ Comunicação*, alguns entrevistados mostraram que, além de um direito, a forma de se comunicar influencia na humanização hospitalar. Como referido por WHELLER (1990) e SCOTT (2000) na categorização *Integridade do ser*, o humanismo está presente na medicina na arte de entender e servir o paciente e na arte das palavras e atitudes, o que requer o conhecimento de comunicação para ser bem exercido (WHEELER 1990).

Pode-se ter dimensão da importância da comunicação através da afirmativa de que para o profissional médico formular o diagnóstico, 60 a 80% da informação que ele necessita está na história clínica relatada pelo paciente, logo é fundamental uma boa comunicação para se coletar e entender as informações (WILLIAMS 2002).

O entrevistado a seguir considera a comunicação como um elemento importante na humanização hospitalar ao verbalizar:

“Outra coisa é o atendimento médico e de enfermagem, que aí que eu acho que a que é o grande segredo da valorização hospitalar e toda equipe multidisciplinar, todo mundo, o fisioterapeuta, toda a equipe técnica, que é o como conversar com o paciente e a família”. (Entrevista nº 07)

AMON (2002) salienta que a comunicação, especialmente no ambiente hospitalar está sujeita a várias interferências e mal entendidos. O ambiente hospitalar é estressante e requer uma rápida velocidade na tomada de decisões e é onde, geralmente, há uma alta rotatividade de recursos humanos em contato com o paciente, o que propicia distúrbios da comunicação, podendo ou não causar danos para o paciente.

Em vista disso AMON (2002) sugere que para estabelecer uma boa comunicação na prática da assistência hospitalar deve-se passar a informação de forma acurada, solicitar que quem recebe uma ordem a repita de forma a evitar erros no uso da droga, dose, paciente, horário ou via de administração; aceitar ordens verbais médicas apenas quando o médico não está presente, evitar a escrita ilegível, evitar abreviações, utilizar o mesmo vocabulário, evitar escrever amontoadamente no fim do papel, utilizar medidas que são úteis no cuidado ao paciente e preservar o médico de interrupções durante anotações em protocolos, *checklists* ou guias de cuidados [care pathways].

Há necessidade de especial cuidado na comunicação quando há pacientes com nomes iguais, uma vez que não são incomuns erros na identificação de exames laboratoriais, radiológicos, etc. (AMON 2002). Outra recomendação na

comunicação com o paciente é checar a informação recebida e verificar se o paciente entendeu o que lhe foi perguntado (WILLIAMS 2002).

Outros fatores com potencial interferência negativa sobre a comunicação são os fatores pessoais, emocionais e de desrespeito na relação de trabalho, que, por isso, merecem especial atenção dos administradores. Qualquer situação deste tipo que ofereça risco ou interferência na comunicação deve ser levada às chefias para rápida correção. Tais condições podem ocorrer, por exemplo, por excesso de trabalho ou distrações, nos quais são freqüentes as trocas de letras ou palavras [Slips of the tongue], ou esquecimentos, devendo, neste caso a chefia perceber estas situações e prestar assistência junto ao funcionário na prevenção de erros (AMON 2002). A mesma atitude se aplica quando os estudantes nos hospitais acadêmicos recebem novos pacientes.

Na forma de se comunicar também se inclui a maneira como é estabelecido o contato do hospital com os outros serviços. No caso de hospitais referências para internação e sem pronto-socorro, como é o hospital local da pesquisa, o sistema de comunicação praticado entre o hospital e os demais serviços de saúde que referendam os pacientes interfere nos cuidados a serem prestados. Um sistema de comunicação acessível e de rápida resposta no hospital receptor permite as instituições encaminharem os pacientes passando previamente o diagnóstico, terapêutica iniciada e demais detalhes para que o hospital receptor caracterize o paciente e prepare a equipe profissional, a sala cirúrgica ou que for necessário para o atendimento com qualidade e que garanta melhor prognóstico para os pacientes.

Ainda em relação à comunicação, alguns entrevistados mencionam que ela deve ser estabelecida respeitando-se o nível de entendimento de quem recebe a mensagem, logo a diferença educacional entre os envolvidos é um fator que pode alterar a comunicação. WILLIAMS (2002) lembra que se deve ter mais cautela ao lidar com a população com baixo nível educacional e evidencia que falhas na forma de se comunicar têm impacto expressivo nos do sistema de saúde, quando se observa, por exemplo, que estes pacientes acabam amamentando menos, fazendo menos auto-exame preventivos para câncer, tendo maior risco de intoxicação por uso inadequado das medicações e maior taxa de internação.

O entrevistado abaixo coloca:

“Então, entra desde a diretora de enfermagem, para a passagem de plantão, supervisoras, os enfermeiros, todos para ensinar a equipe toda como é que deve ser, se apresentar, né? Falar quem é, que é super importante. Que período que você vai ficar e o que você vai fazer com eles, né? E, eu acho que a gente deixa fazer isso, né? E geralmente, eu sempre falo, que o maior problema que a gente tem de reclamação, é de pacientes e da família, é a má educação do povo”. (Entrevista nº 07)

“Então eu acho que principalmente a humanização é esta atenção, esse respeito por parte de todos os profissionais, o médico, principalmente, né? Que é o ator principal que está com o paciente, que deve falar numa linguagem clara, acessível e sem jargão, que possa explicar desde o esclarecimento do problema do paciente, a identificação dos profissionais,

de todos os procedimentos, acho que é um conjunto de ações que são feitas dentro de um hospital”. (Entrevista nº 16)

Como mencionado anteriormente na categoria *Integridade do ser*, o tratamento do outro como pessoa, com respeito e dignidade, infelizmente não são encontradas com frequência como premissa nas relações dentro do hospital. Assim como a habilidade de comunicação também nem sempre é um elemento que os profissionais de saúde dominam. Logo, cabe aos administradores hospitalares estarem atentos a isso e promoverem encontros, dinâmicas de grupo, momentos de reflexão, o que for necessário para melhoria da qualidade da comunicação.

Os pacientes têm dificuldade de entender o que médico informa. WILLIAMS (2002) cita que Ong (1995) demonstrou que os pacientes, imediatamente após a consulta médica, conseguem captar 50% ou menos das informações importantes que lhes são passadas. Neste estudo as terminologias utilizadas pelos profissionais da área de saúde somadas a um limitado vocabulário por parte dos pacientes foi comprovadamente uma barreira para uma boa comunicação. Os pacientes, inclusive os que estavam em tratamento de doenças crônicas, verbalizam isso ao manifestarem que os médicos não explicam o diagnóstico e plano terapêutico em uma linguagem que eles entendam.

Para que o profissional de saúde possa desenvolver a habilidade de se comunicar no nível de entendimento dos usuários é necessário paciência e descobrir, diante dos recursos disponíveis, qual a melhor forma de se relacionar. Cabe ao profissional de saúde reconhecer o grau de entendimento para quem ele está dando informações e

adequar a linguagem ou os meios. O profissional tem que estar aberto ao uso de outra forma de comunicação que não a verbal. Pode ser considerada, por exemplo, a possibilidade de se utilizar informações por escrito e artifícios visuais, como vídeos explicativos e gravuras. WILLIAMS (2002) cita que o uso da informação com gravura pode aumentar de 14% para 85% o grau de entendimento dos pacientes, sendo este comportamento mais marcante com os idosos.

O entrevistado abaixo tem a seguinte interpretação;

“Como informar? Geralmente o paciente não sabe o que tem, nem a família. É uma das coisas que a gente tem falhas no hospital, que a gente está trabalhando isso, é a falta de informação do paciente. Dificilmente o profissional tem paciência pra explicar pro paciente e para a família o que é que ele tem”. (Entrevista n° 07)

O grau de entendimento na comunicação pode ser incrementado e a possibilidade de mal entendidos e desentendimentos evitados com a participação ativa do paciente e familiares no planejamento do cuidado, diminuindo a tensão e stress próprios do meio hospitalar e propiciando o cuidado com dignidade e respeito e se evitando o uso apenas de termos técnicos.

Há várias maneiras dos administradores facilitarem o sucesso no processo de comunicação dentro do hospital. Alguns hospitais, por exemplo, têm experiência de conferências com a participação do paciente, familiares ou quem mais ele queira que participe, seja o médico, o enfermeiro ou a assistente social (HANSEN e col. 1998). Neste exemplo a assistente social seria mais um recurso profissional para assegurar

que os questionamentos do paciente e da família fossem esclarecidos e entendidos e assim suprindo o paciente de todas as informações que ele precisa para que se sentir bem. (KADUSHIN e KULYS 1993).

Nestas conferências são discutidos a doença do paciente, o seu tratamento e os planos de ação propostos para seu caso, inclusive referentes à sua alta e aos cuidados a serem tomados fora do hospital. Isso após o paciente e familiares estarem bem informados da doença, dos tratamentos e das implicações para o futuro, assim facilitando a tomada de decisão. Nesta forma de conduzir o plano terapêutico o paciente se sente participando e vendo a sua vontade ser atendida. Neste processo não é preciso muitas habilidades profissionais para a condução do grupo e todos conseguem ter mais entendimento do paciente, seus valores e ter a certeza de que o que deve ser feito pelo paciente (HANSEN e col. 1998; ABRAMSON 1993).

A relevância do papel da assistente social é expressa por um entrevistado.

“E o serviço social talvez maior, um pouco pra gente ter uma assistência melhor”. (Entrevista nº 07)

A comunicação na humanização hospitalar não é só relevante entre os usuários e profissionais de saúde, merece atenção também a qualidade de comunicação entre os funcionários.

Facilita o processo de comunicação entre os funcionários o conhecimento por cada um deles das funções e expectativas inerentes a cada cargo. Por exemplo, em alguns hospitais o Centro de Controle de Infecção Hospitalar, por vezes, é visto de

forma distorcida, como espões da lavagem de mãos ou condutas, como controlador de custos ou como aquele que alterara uma terapêutica previamente discutida e estabelecida, muitas vezes, por falta de conhecimento de que os profissionais deste setor estão realizando as suas funções e geram desconfortos e desentendimentos (LETTAU 1997).

Nesta situação, o bom entrosamento do epidemiologista com os profissionais médicos que estão na assistência direta ao paciente e com os que estão nos cargos de chefias é importante para uma rápida e efetiva notificação de problemas e tomada de decisões, melhorando a atenção ao paciente, reduzindo custo e evitando conflitos (LETTAU 1997).

O centro cirúrgico é outro departamento vítima de várias críticas por falhas de comunicação, muitas vezes banalizadas em comédias televisíveis ou charges de jornal. LINGARD e col. (2002) demonstraram que falhas na comunicação no centro cirúrgico não são um mito, podendo comprometer o paciente e, em caso de hospitais ligados à universidades, influenciar negativamente a formação do estudante. Em decorrência de falhas na comunicação entre o centro cirúrgico e outros setores eles encontraram, dentre outras coisas, inadequada reserva de salas cirúrgicas, falta de material apropriado para a realização dos procedimentos e desentendimento da mímica exercida pelos cirurgiões.

Ao considerar-se a comunicação entre os profissionais como um elemento na humanização hospitalar, há de se tecer comentários também em relação a comunicação praticada entre o corpo diretivo do hospital e os funcionários.

A adequada comunicação entre os administradores e os funcionários permite que se cultive uma boa relação com os funcionários e os tornem mais produtivos e motivados. Os funcionários aumentam a produtividade quando eles trabalham para alguém que eles respeitam e têm um bom relacionamento. Assim, os funcionários se sentem participando do planejamento e não apenas cumprindo ordens (ABRAMOWITZ 2001). Na realidade, esta é uma atividade intrínseca do administrador. PURNELL (1999) coloca que o administrador gasta a maior parte do seu tempo com comunicação.

ABRAMOWITZ (2001), sugere algumas condutas para melhorar a comunicação dos administradores com os funcionários. Os princípios destas condutas não diferem das anteriormente citadas na comunicação do paciente-funcionário e funcionário-funcionário. ABRAMOWITZ (2001) sugere: muita atenção no ouvir; dar crédito aos outros pelas suas idéias; dar retorno das coisas positivas, trocar informações honestamente, sem punições; ser acessível; ser educado e cortez no dia a dia; expressar gratidão por um bom trabalho realizado; demonstrar confiança; etc. Tudo isso para se criar uma atmosfera onde possa haver uma saudável troca de idéias. Quando os funcionários percebem interesse da chefia nas suas opiniões, eles ficam mais criativos e quando eles percebem que suas idéias estão sendo acatadas eles passam a trabalhar mais entusiasmados para obter o sucesso.

Uma positiva relação de trabalho e motivação [nurturing environment] são importantes no recrutamento e na manutenção do funcionário no trabalho. ABRAMOWITZ (2001) lembra que os psicólogos já demonstraram que há mais motivadores do que o salário. Um bom salário e bônus podem inicialmente atrair o

funcionário, mas tratá-lo sem valores humanos não vai mantê-lo no emprego. A chefia que está sempre ocupada, que é raramente vista pelos colegas de trabalho, que não pergunta pela opinião dos outros, que não discute os problemas do setor com os seus funcionários e não se interessa pelos sentimentos dos seus funcionários, não vai conseguir mantê-los motivados e no emprego.

Este bom relacionamento não pode limitar-se ao chefe e seus funcionários diretamente ligados a ele. No hospital, as funções se relacionam entre si. É recomendável que os profissionais em cargo de chefia desenvolvam um bom relacionamento também com os outros setores que não os seus.

5.1.4 Arquitetura e Decoração

Alguns entrevistados mencionaram a importância da *Arquitetura e Decoração* do ambiente na conceituação da humanização hospitalar e estes elementos foram considerados uma categoria isolada.

A arquitetura é uma intervenção no meio ambiente, onde se criam novos espaços aliando conforto, estética e funcionalidade. A arquitetura considera não apenas a construção, mas também questões como a iluminação, uso adequado de cores ou mobiliário, evitando doenças ocasionadas pelo inadequado uso.

Entendendo que as construções refletem os valores básicos da sociedade em diversas épocas, a *Arquitetura e Decoração* de cada hospital também refletem a sua história, natureza e prioridades. Por intermédio da arquitetura é possível reconstruir a natureza das instituições e suas prioridades (LINDHEIM 1975).

Ao adentrar em um ambiente as pessoas, consciente ou inconscientemente, o observam e o analisam e reagem ao que vêem. Ao se hospitalizar, o indivíduo submete-se a uma situação que por si só é considerada um evento altamente estressante. Neste momento, o impacto da observação/ impressão do ambiente tem maior importância para aqueles que estão enfermos do que para os outros que o acompanham (WILLIANS 1988). O entrevistado a seguir demonstra a importância deste fator na humanização hospitalar.

“Então, uma das coisas para a gente montar este hospital, nós pensamos muito no visual, que o visual é a primeira sensação que o paciente vai ter, além de todas essas patologias, mas a impressão, primeira impressão do hospital. Eu acho que uma coisa terrível você chegar num hospital e você ver um hospital deprimente, assim feio, sujo, tudo caindo, tudo mal conservado. Então, eu acho que começa daí. A gente pensou muito nisso, na limpeza e no visual, você viu que está cheio de quadros, tudo cheio. A gente sempre pensa, pensa no visual. É não é só o visual, mas acho que é a primeira impressão”. (Entrevista nº 07)

Ao serem internadas as pessoas podem perder sua autonomia e liberdade devido a inflexibilidade imposta pela *Arquitetura e Decoração* e passam a circular em espaços restritos e cheio de regras. Durante a hospitalização as pessoas passam a ter um controle muito limitado sobre o espaço físico em que ficará “hospedado” e sobre o seu cuidado. Ao paciente muitas vezes não é permitido deambular dentro ou fora do hospital, escolher a temperatura do seu quarto, abrir ou fechar uma janela, interferir na distribuição do mobiliário no seu leito, mesmo que fique um mês internado.

A *Arquitetura e Decoração* também interfere na postura dos funcionários. Alguns administradores e arquitetos ainda pensam que o hospital deve ser planejado focalizando primeiramente às demandas dos profissionais de saúde para melhores condições de prestar a assistência, não priorizando inicialmente as necessidades dos pacientes (HUTTON 2002). Neste contexto, na experiência de hospitais americanos, usualmente são os médicos e os enfermeiros quem exercem maior influência no design do hospital (Gulranjani 1995 citado por HUTTON 2002).

Um entrevistado menciona a necessidade de se oferecer aos funcionários um ambiente de trabalho fisicamente adequado às suas atividades laboriosas.

“Eu acho que humanização também engloba os profissionais que atuam no meio de trabalho, no meio ambiente, né? Então, eu acho que a gente tem que buscar desde as instalações físicas apropriadas, né?”

(Entrevista nº 10)

WEARS e SHAWNA (2002) contam detalhes do atendimento a um paciente realizado com improvisações em uma sala de emergência devido a deficiências na *Arquitetura e Decoração*, tal como a dificuldade de visibilidade dos materiais e equipamentos e falta de espaço físico na sala de tomografia computadorizada para lidar com um paciente gravemente enfermo. O espaço físico e sua organização pode ser um pesadelo para os que prestam os cuidados e um risco para o paciente.

A necessidade de visibilidade de materiais e equipamentos e organização do ambiente estão na fala do entrevistado abaixo:

“A gente entra também toda essa parte de comunicação, entra toda à parte de assistência de enfermagem, tudo, mas principalmente nessa parte de comunicação, de apresentação, de organização de uma clínica, né?”

(Entrevista nº 07)

A arquitetura dos hospitais também deve estar integrada à oferta e à demanda de serviços que são oferecidos e ser dimensionada para acomodá-los com conforto para que se propicie o bem estar dos pacientes, se interfira positivamente na sua

recuperação, e evite conflitos. LINDHEIM (1975) lembra de hospitais que ele visitou na época, onde os pacientes esperavam por consulta ambulatorial em filas longas e com a ajuda de policiais para se manter a ordem devido à falta área adequada para o atendimento.

Outros fatores relacionados à arquitetura e que também têm reflexo sobre as pessoas e merecem ser observados pelos tomadores de decisão são o som provocado por aparelhos, como incubadoras, alarmes de equipamentos de monitorização ou o ruído decorrente de conversas entre profissionais ou visitantes, que podem interferir no sono, ou na frequência cardíaca, especialmente em pacientes de unidades coronarianas; a iluminação, que pode provocar efeito nos hormônios, no metabolismo, no relógio biológico, na pele, nos olhos e cor; a temperatura ambiente, especialmente para as crianças de baixo peso ou queimados e a ventilação e limpeza, que influenciam diretamente na infecção hospitalar e disseminação de doenças (WILLIANS 1988).

Um entrevistado coloca:

“Aquilo é tão angustiante ouvir pessoas rindo, então eu já perguntei para vários pacientes: como é que você se sente quando o pessoal da limpeza está limpando os corredores, e está falando muito alto: “Olha me traga aquele balde! Hei, você! Cuidado com esta cama!”. Todos que eu perguntei, porque como tem muitos funcionários internados eu posso perguntar isso. Então, eles me respondem: “Ah, isso me parece tão

agressivo, parece que ninguém está respeitando a minha dor”. E é isso que eu sempre achei”. (Entrevista nº 20)

LINDHEIM (1975) lembra que vários fatores previamente mencionados não eram respeitados no início da construção das unidades coronarianas na era da valorização da tecnológica quando tudo dava espaço para a tecnologia. As necessidades dos pacientes e funcionários eram desconsideradas e estes se adaptavam ao disponível. As unidades coronarianas não possuíam janelas, os pacientes não podiam saber o que estava acontecendo fora daquele ambiente, o volume dos alarmes eram altos, a iluminação era a mesma, não importando se era dia ou noite e, por vezes, os ambientes eram frios para priorizar a conservação dos aparelhos.

Entretanto, a crescente valorização da opinião dos pacientes enquanto clientes e a concorrência entre os hospitais vêm contribuindo para que os pacientes também tenham oportunidade de opinar e ser ouvido (Gulranjani 1995, citado por HUTTON 2002). Nesta nova era, os arquitetos procuram entender claramente o que os pacientes querem ou precisam em relação ao espaço físico, antes mesmo da construção dos hospitais (Billing 1982, citado por HUTTON, 2002).

Corroborando com deste raciocínio, o entrevistado abaixo e LINDHEIM (1975) entendem que alguns administradores e médicos comumente especificam que os centros médicos devem ser, se possível, parecidos com a casa dos usuários.

“O tipo de vida que ele (*o paciente*) leva, tentar se adaptar. Não mudar muito o tipo de vida que ele tem. Sabe, então tentar numa região como a nossa que a gente trabalha aqui, não adianta a gente querer trazer o que é

muito diferente do dia-a-dia da pessoa. Então alimentação, tipo de tratamento, o ambiente tentar ser o mais próximo possível da casa dele, do meio de onde ele trabalha, de onde ele vive, mas que ele vive constantemente”. (Entrevista nº 03)

Alguns entrevistados consideraram a assistência individualizada como um dos fatores na conceituação da humanização hospitalar. A individualização da assistência nos cuidados prestados ao indivíduo durante a internação foi mencionada na categorização *Integridade do ser*, e é novamente evidenciada na categorização *Arquitetura e Decoração*. Assim, sempre que possível, o que se refere à arquitetura e decoração merece ser individualizado visando o tipo de assistência, por exemplo, se é uma maternidade, berçário ou um centro de reabilitação, e as características da população que é assistida.

“Fazer o usuário se sentir o mais próximo da realidade da família e do meio que ele vive”. (Entrevista nº 03)

Indo de forma contrária a uma *Arquitetura e Decoração* individualizada LINDHEIM (1975) exemplifica que um dos problemas da arquitetura é a padronização. Os ambientes por mais que sejam destinados para diferentes propósitos têm tendência de ter a mesma cor, mobiliário e rouparia.

O hospital tem que ser planejado para acomodar diferentes necessidades do ser humano. A pessoa, quando doente, necessita dos seus entes queridos ao lado. É a gestante como seu marido, é a criança com os pais ou o idoso com a família. A *Arquitetura e Decoração* deve se adaptar para oferecer o bem estar para o paciente,

pois é sabido que estes elementos interferem na maneira como os pacientes vão reagir em relação à sua recuperação durante a sua estadia no hospital (Pearson e Richards 1994, citados por HUTTON, 2002).

A arquitetura também pode ser considerada um dos fatores que oferece ao paciente e a seus acompanhantes, a sensação de segurança ou insegurança (WILLIANS 1988) ao interferir na privacidade dos enfermos.

FORTES (1996) menciona que a privacidade deve ser contemplada pela arquitetura do hospital. A privacidade constitui um direito do paciente que, segundo SACARDO (2001), “é um mecanismo de regulação da relação entre profissional de saúde e paciente, o qual pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho”.

HUTTON (2002) em 1999 através de uma pesquisa com adolescentes percebeu que em relação ao espaço físico, o que os adolescentes mais solicitaram foi a privacidade física. Esta necessidade dos adolescentes esteve representada na prática do uso do banheiro, do banho com cortinas, no uso do telefone e na tranquilidade para ficar sozinho no leito e realizar, por exemplo, uma leitura ou fazer deveres escolares.

5.2 Medidas para humanização hospitalar, na visão dos entrevistados

O segundo objetivo da pesquisa é “Identificar as medidas que contribuem para a humanização hospitalar mencionadas pelos tomadores de decisão administrativa”.

Com base nas informações colhidas em resposta à primeira pergunta “O que o Senhor (a) considera humanização do atendimento hospitalar?” e a segunda pergunta da entrevista “Cite medidas que o Senhor (a), no cargo de chefia e tomador (a) de decisão administrativa na estrutura hospitalar, considera importante para humanização hospitalar” foram identificadas as medidas que contribuem para a humanização hospitalar mencionadas pelos administradores do local de estudo.

Nas respostas dos entrevistados à primeira pergunta, observam-se exemplos de medidas para proporcionar a humanização. Mesmo esta pergunta tendo sido direcionada para obter opiniões a respeito da conceituação da humanização hospitalar, as medidas mencionadas foram consideradas, classificadas e categorizadas nesta etapa do estudo.

Na tentativa de categorização das medidas, observou-se que a maioria permitiu ser agrupada em “quatro grandes categorias”: *Preservar a Integridade do ser, Promover a União/Integração, Informar e Comunicar-se adequadamente e Adequar a Arquitetura e Decoração*, praticamente as mesmas denominações atribuídas anteriormente neste estudo para a categorização da conceituação de humanização

hospitalar. Entretanto, acrescentam-se a estas medidas citadas, outras relacionadas à *Implantação de um programa de qualidade*, a *Definição e divulgação da missão da instituição* e a *Valorização do profissional*.

5.2.1 Implantar um programa de qualidade

A sugestão de Implantar um programa de qualidade foi indicada por um entrevistado como uma medida para a humanização hospitalar, uma vez que a questão da Humanização hospitalar permeia todos os processos no hospital, a qualidade estará atuando em todos os setores.

Segundo os entrevistados, a qualidade no atendimento colabora no cumprimento dos objetivos, metas e missão da instituição, proporciona o bem-estar do paciente, a atenção individualizada, o tratamento digno, o trabalho colaborativo, unido e integrado e o estabelecimento da relação de confiança do paciente com a instituição.

O entrevistado coloca:

“Medidas concretas, eu acho que seria, uma medida concreta, poderia ser implantado o programa Controle da Qualidade Hospitalar. Que ajudaria bastante, né? No controle da qualidade hospitalar. É o que eu acho que consegue definir bem esses valores, as metas e esses conceitos, né?... Porque, na verdade, a gente não tinha muito essa noção. Tinha uma noção de conceito do papel do hospital, mas na prática, não tinha uma coisa mais escrita. Tinha umas coisas meio teóricas, soltadas no ar, né?”

(Entrevista nº 10)

No Brasil, o setor saúde vem, nos últimos anos, sofrendo pressão para aumento dos requisitos de qualidade no atendimento ao usuário. Uma das ferramentas adequadas a esse cenário é o Sistema Brasileiro de Acreditação, no qual a lógica e a metodologia definida procura garantir o comprometimento e a responsabilidade dos gestores com a implantação do novo modelo de atendimento e gestão, com foco em normas de segurança, qualidade no atendimento à saúde e na gestão do negócio.

O Ministério da Saúde iniciou o processo de implantação da acreditação dos hospitais públicos brasileiros em 1993 com a adaptação do "Manual de Acreditação" da OPAS à realidade brasileira. Em junho de 1995, a versão final do Manual foi testada e apresentada ao Ministro da Saúde e, em 1998, publicado. Este Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar tem como premissa para avaliação da qualidade "O atendimento ao ser humano como missão principal do hospital" evidencia que o paciente é uma pessoa e o hospital o local onde se lida com os valores humanos.

Reconhecendo a importância da gestão de qualidade como ferramenta essencial no fortalecimento e modernização das organizações de serviços de saúde, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) incluiu em sua linha de crédito investimento em projetos que visam o Programa de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Essa linha de crédito apóia gastos na implementação do programa como um todo: capacitação tecnológica, treinamentos, aperfeiçoamentos gerencial, estudos de natureza organizacional, aquisição de tecnologia, informatização, obras civis etc. (NOTÍCIAS HOSPITALARES 2003).

O local deste estudo, por exemplo, foi certificado pelo Ministério da Saúde em 2002 por ter cumprido os critérios necessários de acreditação. Para o hospital e seus funcionários a aquisição desse título lhes confere uma qualificação e excelência e para os usuários da instituição lhes garante requisitos mínimos para um possível atendimento adequado e estabelecimento da relação de confiança.

“O Governo Federal brasileiro, confiante de que a gestão pela qualidade nos órgãos e entidades da administração pública é um fator decisivo para o sucesso da transformação gerencial, implantou em 1998 o Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública - QPAP, que consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades, com base nos critérios de excelência utilizados pelo Prêmio Nacional de Qualidade.

Este programa tem como objetivos: reconhecer formalmente os resultados obtidos pelas organizações públicas com a implantação da Qualidade na Gestão Pública, estimular os órgãos e entidades da Administração Pública a priorizarem as ações de melhoria da gestão e de desempenho institucional, estimular candidaturas de organizações públicas ao Prêmio Nacional da Qualidade, oportunizar uma avaliação externa especializada da gestão pública, com vistas ao seu aperfeiçoamento, disponibilizar para a sociedade informações sobre práticas bem sucedidas de gestão pela Qualidade na Administração Pública e possibilitar a troca de experiências entre organizações públicas envolvidas com a implantação de programas da Qualidade.

Em vista da dificuldade de êxito a curto e médio prazos e receio da perda do interesse dos órgãos e entidades públicos em participar do Programa da Qualidade e

Participação na Administração Pública, o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE instituiu o Prêmio Qualidade do Governo Federal – PQGF como um sistema de reconhecimento e premiação intermediário, que objetiva estimular e preparar o setor público para a melhoria da qualidade da gestão, tornando possível a apresentação de candidaturas ao Plano Nacional da Qualidade - Administração Pública, de organizações com reais condições de concorrência. Em 1998 o Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi homenageado com a Faixa Bronze” (GOVERNO FEDERAL 2003).

“Outra iniciativa nacional é o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde lançado em 13 de junho de 2003, no VI Congresso de Qualidade Hospitalar, pelo Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), que desde 1991, no estado de São Paulo, é desenvolvido pela Associação Paulista de Medicina APM. Este Prêmio tem o apoio da Associação Paulista de Medicina (APM), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRM-SP), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/Escola Paulista de Medicina) e do Comitê Saúde da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade.

O Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) tem como missão "Contribuir para o aprimoramento das práticas de gestão nas organizações de saúde, por meio da avaliação e reconhecimento das melhores práticas no setor", como visão "Servir como modelo referência para avaliação e orientação da gestão das organizações de saúde em todo o país e o objetivo é reconhecer o trabalho de hospitais, clínicas, empresas ou entidades de saúde que têm buscado melhorias contínuas em suas práticas de administração”.

Participam do Programa CQH/APM hospitais gerais e especializados, públicos e privados. As instituições que concorrem ao Prêmio Nacional da Gestão em Saúde são visitados periodicamente para reavaliação. Podem participar hospitais, laboratórios de patologia clínica, clínicas de especialidades médicas ou de atendimento domiciliar que queiram se inscrever e tenham pelo menos um ano de existência, no mínimo dez profissionais, registro em seu respectivo CRM e também CNPJ próprio. Os hospitais são avaliados pelos seus usuários através de questionário. KOTAKA e col. (1997) baseada no programa CQH recomendam que os hospitais utilizem as opiniões dos usuários para o gerenciamento, objetivando a realimentação e melhoria contínua da qualidade” (APM 2003; HOSPITAR 2003).

5.2.2 Definir e divulgar a missão da instituição

“Cada organização tem uma missão que define todo o seu sentido. Um delineamento bem preciso da missão serve de constante alerta para a necessidade de olhar-se para fora da organização em busca de medidas de sucesso e não somente de clientes. Assim, é mais importante definir claramente a meta e a finalidade da organização, estimulando seus membros a alcançá-las, do que determinar um conjunto de normas e regulamentos. São os fins que conferem sentido às atividades e as regras só podem ser fixadas se eles foram levados em conta.” (Cortina e col. e Drucker citados por ZOBOLI 2000 pag. 78).

Entende-se que na definição da missão da instituição estejam agregados os valores considerados importantes nas relações de trabalho e na assistência. A missão é consequência dos valores dos seus membros. Os valores são os princípios e padrões que orientam como a organização conduz as suas atividades e, em caso de dúvida, os valores que orientam o caminho a seguir.

Um dos entrevistados toma como premissa para o sucesso da humanização hospitalar a clara definição e divulgação dos valores e missão da instituição:

“E definindo missões, né? Valores, né? E metas, né? Bem definidas da organização, eu acho muito importante, né? Eu sei que é uma coisa muito difícil de ser trabalhado, mais eu acho que qualquer organização, principalmente hospitalar, tem que ter metas, missões e valores bem

definidos, né? Na medida que um profissional entra numa organização. Ele tem que saber qual o papel da organização que você trabalha, né? Porque senão o profissional não fica inserido. Muitas vezes a pessoa não desempenha o papel com o devido valor, ou o que a organização gostaria que o profissional desenvolvesse, porque não foi definido bem esses detalhes, né?” (Entrevista nº 10)

As metas da instituição, como evidenciam os entrevistados, apontam as ações e são facilitadoras e motivadoras para concretização das mesmas. O administrador hospitalar atuará como guardião e responsável pelo cumprimento delas e conseqüentemente da missão.

“Assim, uma missão organizacional explicitamente definida, compartilhada e respeitada faz com que as pessoas sintam orgulho da organização, do que ela representa e, conseqüentemente lutem pela sua integridade” (Blanchard e Peale citados por ZOBOLI 1994).

5.2.3 Valorizar o profissional

As medidas relacionadas a valorização do profissional foram categorizadas isoladamente por em acordo com o Código de Ética dos Administradores Hospitalares redigido na década de 70 se ter a “consciência de que os recursos humanos são o principal e verdadeiro patrimônio do hospital”.

Os entrevistados enfatizam:

“... haver uma valorização desta mão de obra...”. (Entrevista nº 20)

“Bom, eu acho que existem dois aspectos: o aspecto do paciente e do aspecto do funcionário. Então uns anos atrás eu via muito o aspecto do paciente, antes de estar no cargo de coordenação”. (Entrevista nº 11)

Os funcionários dentro da estrutura hospitalar são os atores responsáveis por executar individualmente as políticas e ações coletivas zeladoras pelos direitos do paciente. Assim, entende-se que, nesta perspectiva, os médicos, o corpo de enfermagem, o pessoal dos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia são os representantes da maioria dos funcionários e cuidam diretamente do enfermo ZOBOLI (2000), enquanto que o pessoal de apoio administrativo e dos serviços de infra-estrutura, apesar de não estão diretamente em contato com o enfermo, planejam, implementam, controlam as ações que propiciam a Humanização hospitalar.

As medidas sugeridas pelos entrevistados categorizadas na valorização do profissional foram treinar os funcionários, reduzir o stress no local de trabalho e estabelecer um plano de carreira.

“Primeira coisa eu acho que treinamento, treinamento, treinamento, treinamento, né?... ..eu acho que o segredo é reciclar, reciclar, reciclar, reciclar é você ser o exemplo também, né?... ..E outra coisa que a gente melhoraria muito se a gente diminuísse as iatrogenias, né?” (Entrevista nº 07)

“Variando também a sua atividade dentro do setor, para que ele não fique muito tempo só fazendo o mesmo serviço, né? Então, esse funcionário, ele acaba tendo uma rotatividade maior. Com a finalidade de não deixar ele (*o funcionário*) tão estressado fazendo um mesmo serviço várias horas seguidas, né? porque isso acaba estressando, você acaba fazendo a mesma coisa por muito tempo, você acaba estressando e se confundindo às vezes, né?” (Entrevista nº 04)

“... ele não tem como ter um plano de carreira (*para o funcionário*). Ele é técnico, ele é técnico, mas a gente não dá um bônus, uma gratificação para o esforço a mais, porque ele se sobressaiu, né? Talvez, isso seja um pouco mais de humanização nesse sentido pro funcionário trabalhar com um pouco mais de aplicação, ele ter vontade de melhorar sempre é mais ou menos assim, desse lado”. (Entrevista nº 11)

Em relação ao reconhecimento do profissional no hospital, o Código de Ética do Hospital Brasileiro aprovado em 1985, pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados não fica omissa e evidencia a responsabilidade dos administradores neste compromisso. O item 5 deste código expressa atenção às condições de trabalho e respeito a competência profissional.

“O quadro de pessoal e o corpo clínico do hospital devem ser: suficientes para a prestação dos serviços a que se propõem; plenamente habilitados, do ponto de vista profissional; e conscientemente motivados pelos compromissos éticos em relação ao paciente. Nessas condições, a administração respeitará integralmente a competência específica dos profissionais incumbidos do atendimento dos pacientes, e a responsabilidade correlata pelas prescrições que fizerem. A responsabilidade da administração limita-se ao estrito cumprimento do que for prescrito pelo médico”.

Já o Código de Ética do Administrador Hospitalar aponta a necessidade de investimento em treinamentos como de responsabilidade do administrador ao colocar que “O Administrador Hospitalar estimulará o aprimoramento humano, cultural e técnico dos que lá trabalham”.

5.2.4 Preservar a integridade do ser

Na categoria *Preservar a Integridade do ser* foram agrupadas as medidas que consideram o respeito e o reconhecimento aos direitos das pessoas, tal como o direito do indivíduo de não discriminação, dignidade e liberdade contemplados na Carta dos Direitos Fundamentais do ano de 2000.

Alguns entrevistados sugerem como medida para a humanização hospitalar comportar-se respeitosamente e dignamente para com o próximo nas relações de trabalho, seja com o colega de trabalho ou paciente.

“E também, falando administrativamente, você [o administrador] tem que respeitar o profissional. Então, é meio complicado esse negócio de respeito ao profissional, porque eles confundem tudo, mas eu acho assim: você também respeitá-los para eles também respeitar, né? O paciente, né? O que eu falo sempre, primeiro lugar, tem que ter muito respeito”.

(Entrevista nº 08)

Já outro entrevistado entende que o fato de o funcionário conhecer claramente as suas funções e a dos demais colegas de trabalho colabora para melhorar a compreensão nas relações de trabalho, bem como o respeito mútuo:

“Acho que cada um tem a sua função, mas acho que cada um tem que respeitar a função do outro também. Eu não sou médico, então não posso opinar pelo médico, eu posso opinar pela minha função. Dentro da

característica do médico no caso, mas interferir diretamente no processo eu não posso. Esse respeito mútuo tem que haver, eu acho que humaniza as pessoas. As pessoas começam a entender melhor a outra pessoa, começa a se preocupar mais pelas outras pessoas, sabendo o que as outras pessoas pensam, em vez de ficar só nessa sugestão, dizendo “eu sou isso, não quero mudar, só faço dessa maneira”. **(Entrevista nº 1)**

Uma das medidas que os entrevistados sugeriram para propiciar a humanização hospitalar foi ter tolerância e não ser indiferente na assistência hospitalar, por acreditar no princípio de que o paciente é uma pessoa com sentimentos. Inclusive, os entrevistados chegam a mencionar que se espera que o funcionário lide com o paciente como se ele fosse um ente querido.

“Isso, tem que respeitar as pessoas, mesmo que a pessoa brigue, xingue, eles nunca respondam, nunca, nunca, não pode, principalmente se eu tiver perto eu não aceito isso, entendeu? ... Depois passa alguns dias a pessoa vem querer agradecer, dar um presente, alguma coisa, pedindo desculpas. Sabe que ela estava errada, mas naquele momento, é um pai é um filho que está doente, então infelizmente nós temos que entender”. **(Entrevista nº 08)**

“Então, o que a gente coloca é que não é mais um, tem que considerar. Tem que ter o respeito. É como se fosse um familiar seu, sua mãe, seu pai ... Que a gente tenha o respeito e a consideração, e a mesma dedicação num atendimento como se fosse o seu filho. E a gente entende

que a pessoa goste do familiar. Então, é a forma de tratamento que a gente procura sempre orientar”. **(Entrevista nº 2)**

“É uma coisa que às vezes, não é que a pessoa acaba se acostumando, mas é o trabalho, é o nosso dia-a-dia de lidar com isso ... mas também não pode ser indiferente, achar que é, como vou falar??.....(pausa)....faz parte do nosso trabalho, só que a gente tem que tentar ajudar ou amenizar, né? ... Na verdade, é diferente de uma empresa, onde está lidando com peças, com equipamento, que você pode tirar ou colocar. E, às vezes, tem algumas posturas da gente, que ... tem até preconceito ... Tem que ter o equilíbrio, então se ele não se envolver tanto com a situação, ele também vai se acabar, ele tem que aprender que ele está lá para outra finalidade”.

(Entrevista nº 2)

O tratamento respeitoso, anteriormente citado como medida importante para humanização hospitalar é uma condição importante para a humanização hospitalar contemplada tanto nos Códigos de Ética das diferentes categorias profissionais de saúde: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas e odontólogos. (COHEN e SEGRE 1994), como também na Cartilha dos Direitos do Paciente elaborada pelo FÓRUM PERMANENTE DE PATOLOGIAS CLÍNICAS (1995) do Estado de São Paulo ao colocar no item Nº 01 “O paciente tem o direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde” e no seu item Nº 33 evidencia que este direito seja considerado mesmo após a morte. Os Códigos de Ética e a Cartilha dos Direitos do Paciente são instrumentos

que os administradores hospitalares podem utilizar para argumentar e solicitar o tratamento respeitoso na instituição.

O entrevistado abaixo sugere como medida oferecer uma assistência hospitalar eficiente e com qualidade como forma de respeito a dignidade:

“É você ter uma estrutura hospitalar, uma conscientização de todos os funcionários de que deve se fazer um atendimento digno para cada usuário, né?” **(Entrevista nº 14)**

“O tratamento digno é desde a recepção você tentar retirar filas, você fazer com que ele tenha um atendimento de alto nível, sem uma grande espera, com umas recepcionistas atendendo de um modo educado. De um modo que o paciente se sinta realmente uma pessoa bem atendida, né?” **(Entrevista nº 14)**

O Código de Ética do Hospital Brasileiro de 1985 ressalta que “A pessoa é a razão de ser de toda a atividade humana” (item 01) e evidencia o respeito à dignidade ao colocar que “O bom funcionamento do hospital envolve responsabilidades específicas, concernentes à dignidade do paciente, em todos os estágios da sua internação...”. Este princípio se estende na relação da instituição com os funcionários no item 9 “O hospital respeitará sempre a dignidade pessoal, profissional e econômica dos médicos e pessoal paramédico. E reconhecerá seu direito de recusa quanto a utilização de métodos, equipamentos e instalações capazes de colocar em risco de vida , a segurança ou a recuperação da saúde do paciente”.

Neste contexto vale citar também como exemplo de humanização da assistência o caso específico da Saúde Mental, em que as leis influenciaram favoravelmente na humanização do atendimento das pessoas em sofrimento psíquico (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE 1983). Em vários países (Itália, Estados Unidos, França, Brasil), desde a década de 60, o apoio do Legislativo propiciou o movimento de desconstrução do manicômio que muito colaborou com a humanização da assistência psiquiátrica, em especial a hospitalar. Eliminou-se do cotidiano institucional práticas violentas, tendo como princípio preservar a dignidade pessoal e garantir os direitos humanos, proporcionando ao doente mental o convívio social (DELGADO 1992; BARROS 1993; AMARAL 2001; GOUVEIA 2001; NETO 1992).

Foi classificada nesta categoria a medida anteriormente citada de “Não discriminar o próximo”:

“Então, acontece que se tomam medidas aleatórias. Para um é de uma maneira e para outro é de outra maneira (*não discriminar*). A gente podia estar uniformizando isso...”. (Entrevista nº 1)

A discriminação é condenada no Artigo II da Declaração Universal dos Direitos do Homem, lançada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas após a segunda grande guerra ao expressar: “Todo homem tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra

natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição”.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem proclama que “os direitos humanos sejam protegidos pelo Estado de Direito” e salvaguardando seus dizeres evidencia que “o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultam em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade”. No hospital os administradores hospitalares são responsáveis por proteger os direitos humanos e podem utilizar-se desta declaração como argumento para garantir estes direitos nas relações entre todos, funcionários ou pacientes. Além da discriminação mencionada anteriormente pelo entrevistado, merece menção o Artigo V que condena a tortura, o tratamento cruel, desumano ou degradante.

Um entrevistado menciona que oferecer ao paciente liberdade de realizar suas demandas, tal como deambular pela unidade e exercer pequenas tarefas, é uma das medidas para humanização hospitalar e foi categorizada neste tópico *Preservar a Integridade do ser*.

No século XIX e XX eram praticadas condutas extremas tal como a os sistemas de quarentena e isolamento, como acontecia com os pacientes portadores de tuberculose, do mal de Hansen e da Aids. Hoje estas ações passaram a ser adotadas apenas quando tem eficácia comprovada e na inexistência de alternativas. No entanto, ainda neste século XXI, se observa que pacientes capacitados fisicamente e sem terapêuticas que o restrinjam ao leito permanecem dias no hospital com permissão apenas para explorar seus quartos ou no máximo a ala de internação. Muitas vezes os

motivos são a espera para a realização de um exame complementar ou do transporte para retorno ao lar ou, inclusive, decisões judiciais.

Um entrevistado coloca:

“Por exemplo, aquela coisa do paciente ser obrigado a ficar restrito no leito, ele não pode passear nos corredores, ele não pode conversar com os outros quartos, tem o risco da infecção? Tem, mas eu acho que não devia se sentir tão prisioneiro da sua cama, do seu leito”. (Entrevista nº 11)

Em relação à falta de liberdade mencionada anteriormente pelo entrevistado, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS de 1989 evidencia que não há necessidade de privação da liberdade da vida civil, profissional, sexual e afetiva. Esta declaração enfatiza este direito em resposta ao preconceito e estigma existente naquela época pela sociedade para com o indivíduo portador do vírus (GAUDERER 1991).

Outros entrevistados entendem que as crianças têm maior vulnerabilidade e fragilidade e, por isso, sugerem como medida para humanização o hospital dispor de uma atenção individualizada, voltada para esta faixa etária. Garantir para a criança a presença do acompanhante foi uma medida específica para esta população citada pelos administradores:

“Em termos de humanização eu acho que esse modelo aqui é, por exemplo, no berçário nosso nós temos acompanhantes, né? Eu acho que é uma das medidas boas em termos de humanização. Então, porque aqui no

berçário você permite o acompanhante, os familiares, né? Então, eu acho um ponto positivo pro hospital, esse modelo, né? Maternidade tanto clínica, eu acho uma boa”. (Entrevista nº 10)

“É desde nos pacientes internados você ter acompanhantes, né? Acompanhantes pra idosos, acompanhantes pra pessoas menores de idade”. (Entrevista nº 14)

“... o alojamento conjunto, né? Mãe canguru, né? Deixar as mães juntos com os filhos, sempre na medida do possível são medidas na tentativa de tentar também humanizar um pouco mais o atendimento dentro da estrutura hospitalar”. (Entrevista nº 14)

No Brasil, em 13 de julho de 1990 foi publicada a Lei número 8.069, conhecida pelos órgãos legais e pela sociedade como O Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL 1990) na tentativa de se garantir os direitos especificamente das crianças. Esta lei baseou-se na Carta de Direitos da Pediatria, aprovada e recomendada pela Associação Nacional de Hospital para Crianças e Entidades Colegiadas dos Estados Unidos em 1975 (GAUDERER 1991).

O Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente é outro forte instrumento que inspira e oferece respaldo legal para que os funcionários em cargos de chefia da unidade hospitalar promovam a humanização na instituição em questões específicas para esta faixa etária. Esta Declaração, por exemplo, abomina a violação do direito ao aleitamento materno (Art. 9º), à informação (Art. 10º) e ao acompanhante (Art. 12º) e protege a criança ou adolescente em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos

ao exigir a notificação ao Conselho Tutelar (Art. 13º), órgão legal responsável por assegurar os direitos da criança e do adolescente.

Em 1992, dois anos após aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo da Organização Nacional de Saúde para a Infância (UNICEF) lançaram internacionalmente a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, reforçando o direito da criança a amamentação (TOMA 1998). No Brasil este projeto recebeu bastante apoio governamental.

Em 1994 a Secretaria de Assistência à Saúde através da Portaria Nº 155 estabeleceu os critérios para o credenciamento dos Hospitais como Amigo da Criança e no mesmo ano o Ministério da Saúde aprovou a Portaria Nº 1.113, que assegura pagamento de 10% a mais da tabela sobre a assistência ao parto a Hospitais Amigo da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde, como forma de estimular a adesão dos hospitais ao projeto. Estatisticamente do período de 1992 a maio de 2003 já havia no Brasil 268 hospitais reconhecidos como Hospital Amigo da Criança (UNICEF 2003).

A adesão dos administradores hospitalares a este projeto, Hospital Amigo da Criança, é uma demonstração de reconhecimento da amamentação como uma ação importante para a humanização hospitalar nesta faixa etária. Ações indiretas relacionadas ao projeto tal como o trabalho conjunto e harmonioso da equipe e mais habilidade de comunicação entre todos os envolvidos são também elementos importantes para a humanização hospitalar.

Alguns entrevistados sugerem para a faixa etária pediátrica o lúdico, através da implantação de brinquedotecas e bibliotecas vivas, como uma das medidas para a humanização hospitalar e colocam:

“A gente na Pediatria, cuidar da parte de brinquetoteca, biblioteca viva, fazer um monte de coisa”. (Entrevista nº 07)

“Ter uma brinquedoteca dentro do hospital pra poder levar essas crianças até lá, desenvolver algum tipo, né? algum tipo de ... , algumas brincadeiras com esses pacientes para eles não fiquem tanto nos seus leitos, né? (Entrevista nº 04)

O uso de brinquedotecas como uma medida para a humanização hospitalar, encontra respaldo na legislação da prefeitura de São Paulo. No dia 31 de janeiro de 2002 esta prefeitura publicou a Lei Nº 13.314 que dispõe, dentre outras medidas, sobre o “Projeto de Humanização do Atendimento Hospitalar” nos hospitais públicos e municipais com várias iniciativas concretas, como a implantação de brinquedotecas, de bibliotecas vivas e de treinamento de pessoal destinado a integrar funcionários (SÃO PAULO - MUNICÍPIO 2002).

Outro entrevistado sugere que as medidas relacionadas à atividades lúdicas se estendam para todas as faixas etárias e colocam:

“Como os Doutores da Alegria (*Entretenimento*) ou pessoas que viessem fazer visita a esses pacientes (*todos os pacientes*) pra tá conversando, discutindo, é dando uma atenção especial a esse paciente pra

que ele não fique também só pensando no que ele vai ter, se ele vai melhorar, se ele não vai, dando uma atenção especial, tentando distrair esses, esses pacientes para que eles tivessem uma melhora tanto psicológica, quanto na própria, na própria recuperação, né?” (Entrevista nº 04)

Alguns entrevistados assim como GAYLIN (1994) e PULLMAN (2002) também entendem que os idosos são indivíduos que podem estar com sua autonomia comprometida e necessitam de proteção e propõem que as medidas para a humanização hospitalar devam ser adaptadas para esta faixa etária:

Respeito aos enfermos idoso, gestante e criança: “Ah, eu peço geralmente pra atender bem... assim não que tenha diferença, mas dar muita atenção para as pessoas idosas, as mulheres grávidas. Pra mim, eu acho que é muito importante. Criança teria que se passar na frente” (Entrevista nº 08)

“Eu acho que têm que ser respeitados os velhos, as crianças. Tá certo que todos, mas eu acho que tem que ter, preferencialmente, então eu peço pra que eles respeitem, tentem orientar. Se possível, pega a pessoa, acompanha até o consultório, entendeu? Eu acho que tem que fazer esse lado, né? Nós estamos aqui para isso, pra atender o povo, então, penso assim...” (Entrevista nº 08)

O Estatuto do Idoso, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente, são instrumentos que os administradores hospitalares podem utilizar para garantir a

humanização hospitalar especificamente para estas faixas etárias. No Brasil o Estatuto do Idoso percorreu um longo caminho até virar lei.

O movimento de proteção aos direitos dos idosos começou em 1994 com a aprovação da Lei nº 8842/94, que estabelecia a Política Nacional do Idoso. Em oito de novembro de 2000 foi aprovada a Lei 10.048 que prevê a prioridade do idoso no atendimento em serviços e em 23 de setembro de 2003, com base no Estatuto da Criança e do Adolescente, o Senado Federal Brasileiro finalmente aprovou o Estatuto do Idoso. Este estatuto define medidas de proteção dos direitos as pessoas com idade igual ou superior aos 65 anos e estabelece penalidades para uma série de situações de desrespeito aos idosos.

O Estatuto do Idoso além de evidenciar os direitos fundamentais à vida, liberdade, respeito e dignidade, é um documento que auxilia a garantir como lei alguns pontos importantes na humanização hospitalar, tal como a não discriminação, a proibição do abandono do idoso no hospital por parte de familiares ou responsáveis legais e o direito a acompanhante em tempo integral.

Apesar de no Brasil haver um Estatuto especificamente voltado para o idoso, o estudo de JACELON 2002 enfatiza que os idosos aclamam por mais dignidade e autonomia expressas no “respeito aos valores, preferências e necessidades, coordenação na assistência e integração dos serviços, comunicação entre o paciente e os cuidadores, cuidado físico e emocional, possibilidade de participação da família e amigos e retorno para a sua comunidade”, que são demandas presentes em todas as faixas etárias.

Outros entrevistados mencionaram que uma medida para a humanização hospitalar é proporcionar ao paciente o seu bem-estar.

Dos dois entrevistados abaixo, o segundo nos define o significado de proporcionar o bem-estar como satisfazer os desejos e lidar com as ansiedades e sentimentos dos pacientes:

“... é... realmente pensando no bem-estar do paciente”. (Entrevista nº 08)

“Eu acho que quem toma algumas decisões, tanto de caráter administrativo ou técnico, eu acho que tem que se pensar sempre no bem-estar do paciente. Eu acho que o forte da humanização hospitalar, eu acho que no fim da linha, tudo tem que ser levado ao bem-estar do paciente, tá?... O bem estar do paciente, eu acho que seria o bem-estar o que qualquer paciente gostaria de ter, estando dentro de um hospital, que tivesse uma atenção geral, desde a equipe da enfermagem, ser bem atendido, desde a recepção, tá? No atendimento a nível da recepção, uma atenção especial, não ser apenas mais um número, tá? Ser um paciente mesmo, ser um ser humano, né? Ter toda a atenção devida, desde a uma recepção do atendimento médico, não é? A nível de enfermagem, uma atenção especial, né? E até pós a alta, ter um retorno através da nossa equipe da Assistência Social, né? Dar um acompanhamento pós-internação. Eu acho que isso é super importante, né?” (Entrevista nº 10)

“Você não gosta de ficar em filas, não gosta de pessoas mal informadas. São pessoas que estão ali em pé. Então, é você procurar tomar certas atitudes. Assim: não se a pessoa demora o dia inteiro pra passar com o médico, a gente tem que agilizar isso, a gente tem que tentar confortar um pouco as pessoas”. (Entrevista nº 02)

O bem-estar do paciente, mencionado anteriormente, como uma medida para a humanização hospitalar está contemplada na Cartilha dos Direitos do Paciente elaborada pelo FÓRUM PERMANENTE DE PATOLOGIAS CLÍNICAS do Estado de São Paulo (1995). No item Nº 03 desta cartilha contém “O paciente tem direito a receber do funcionário adequado presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar”.

A associação entre o completo bem-estar e a humanização hospitalar já era apontada desde 1978 na Declaração de Alma Ata na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (FERNANDES 1993).

Continuando a apresentar as medidas classificadas na categoria Preservar a integridade do ser, observa-se que outros entrevistados sugerem reduzir o tempo de internação e do atendimento ambulatorial e retornar o paciente o mais brevemente possível para o seu lar como medidas para a humanização hospitalar. Para atingir este objetivo, os entrevistados propõem ações específicas como organizar o trabalho, implantar um eficiente sistema de informação informatizado e marcação de consultas, atender objetivando com pouco tempo de espera, ter maior resolutividade no

atendimento, agilizar a entrega de resultado de exames e integrar-se com o sistema de saúde da sua região.

“E... o que a gente deveria fazer é ficar menos internado... Você ser resolutiva e muito rápido e ele (*o paciente*) retornar à unidade dele (*Unidade básica de Saúde*)”. (Entrevista nº 07)

“Dar um acompanhamento pós-internação”. (Entrevista nº 10)

“E tento da maneira possível, atender o mais rápido possível (*reduzir o tempo de espera*) pra que ele seja atendido, né?... Por isso, tem que ter horário. Deve ser organizado (*o serviço hospitalar de marcação e atendimento das consultas ambulatoriais*). Deve ambas as partes. A pessoa vir no horário certo, o médico atender no horário que está marcado, pra que o paciente não fique lá fora desesperado, passando fome, sol, chuva”. (Entrevista nº 08)

“Então, seria criar muito mais facilidade e agilidade na entrega de exames, verificação dos exames pelos médicos mesmos, em vez de ficar esperando um documento, tá? E na forma de agilização de atendimento, que é feito aqui nas consultas, nas consultas a outros municípios, que eles vêm, né? Lotados de outros municípios, então, seria, na parte de informática mesmo, na agilização do sistema de informática do hospital, né? Outras melhorias também, que seja o conforto da pessoa vir aqui no hospital, dar até um certo conforto, né? Que você seja atendido, que tem pessoas que vêm aqui e ficam o dia inteiro com a gente no hospital. Então,

seria mais a parte de conforto e na agilização do atendimento mesmo na área de informática”. (Entrevista nº 09)

“E, ele não quer ir embora, porque aqui tem laboratório, aqui tem a tomografia, aqui tem o ultra-som. Ele não quer ir embora, mas a gente tem que forçar o paciente a voltar (*Unidades Básicas de Saúde*), mas voltar com a segurança (*estar integrado num sistema de saúde de com referência e contra-referência*) que ele vai ser assistido lá, né?” (Entrevista nº 07)

O princípio de universalidade de acesso e integralidade de assistência, mencionadas anteriormente pelos entrevistados é importante na humanização do atendimento e está previsto na Lei Brasileira Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta a Constituição Federal de 1988. No capítulo segundo, Artigo Nº 07 Dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Outros aspectos como a preservação da autonomia das pessoas, igualdade e direito à informação também nela estão contemplados (ALMEIDA 1997).

Outro entrevistado sugere como medida para a humanização hospitalar o respeitar a autonomia do paciente e o compartilhar decisões.

“Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele quem deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade ou aqueles aceitos pelos profissionais de saúde. O respeito à autonomia requer que se tolerem crenças não usuais e escolhas das pessoas desde que não constituam ameaça a outras pessoas ou à coletividade.

Afinal, cabe sempre lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença são da própria pessoa” (FORTES e MUÑOZ 2003).

O próprio Juramento de Hipócrates apesar de buscar o bem-estar do próximo não menciona, em momento algum, a vontade do paciente. Já o Código de Ética Médica impede o médico de "efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo em iminente perigo de vida" (Artigo 46).

Até mesmo os menores, os indivíduos contidos em estabelecimentos hospitalares ou de custódia não devem ser vistos como totalmente afetados em sua capacidade decisional. Mesmo as pessoas consideradas incapazes para certas decisões ou campos de atuação, podem ser competentes para decidir em outras situações. O mesmo se aplica para os socioeconomicamente carentes. Não é o fato de serem mais desprovidos de recursos, que se devam ser vistos como pessoas que não podem decidir autonomamente e o sistema de saúde ou médicos passem a decidir por eles. “Em nosso meio, a utilização de condutas paternalistas que muitas vezes não têm nada de paternalistas, não ocorrem no interesse da pessoa assistida, mas são fruto do autoritarismo de nossa sociedade, expresso nas relações do sistema de saúde” (FORTES e MUÑOZ 2003).

O profissional de saúde deve agir como consultor, esclarecendo com uma abordagem informativa “orientado ao paciente” tudo que colabora para o paciente fundamentar uma decisão (condições patológicas, ameaças à saúde, formas de combatê-las, riscos, benefícios, alternativas terapêuticas, controvérsias). A partir daí o

paciente terá condições de consentir ou recusar propostas, adotar a proposta que o médico achar mais adequada ou até mesmo fazer a opção de "não ser informada" e autorizar um parente ou amigo para receber as informações e tomar as decisões. Em todas estas opções há uma decisão e o exercício da autonomia. Quando há o consentimento este deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável e é necessário assegurar que os pacientes receberam adequadas informações e que estas foram compreendidas (FORTES e MUÑOZ 2003).

Como mencionam FORTES e MUÑOZ (2003) “o termo de consentimento livre e esclarecido merece ser feito em linguagem acessível e conter: a) os procedimentos ou terapêuticas que serão utilizados, bem como seus objetivos e justificativas; b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; c) métodos alternativos existentes; d) liberdade do paciente recusar ou retirar seu consentimento, sem qualquer penalização e/ou prejuízo à sua assistência; e) assinatura ou identificação dactilos-cópica do paciente ou de seu representante legal”.

Etchells e col. citados por BARROS (2000 pag.28-29) “referem que existe três componentes para que ocorra o Consentimento: 1- Revelação: compreensão do paciente a partir da informação recebida do médico; 2- Capacitação: habilidade do paciente para entender a informação que está recebendo; 3- Voluntariedade: direito que o paciente tem de chegar a uma decisão livremente, sem força, sem coerção ou manipulação”.

O entrevistado coloca:

“É difícil, bom eu acho que talvez é... eu acho que primeiro precisa de uma conscientização do médico. Ele precisa perder essa coisa que, que ainda existem muitos, que ele é o Senhor absoluto daquela fala, ele manda, ele decide e aceite se você quiser. Então, eu acho que precisaria é os médicos se conscientizarem um pouco mais de que é o paciente que tem a doença e ele deve decidir junto com o médico qual o tratamento e qual é a opção”. (Entrevista nº 11)

O direito do paciente de consentir ou recusar o plano terapêutico proposto e até mesmo a possibilidade de escolha do local da morte são contemplados na Lei número Nº 10.241, sancionada pelo Governador Mário Covas em 17 de março de 1999, no Estado de São Paulo. Outros temas também citados nesta lei são: o sigilo profissional, direito à informação, a integridade física, privacidade, respeito, direito a acompanhamento, conforto e bem estar, presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto (SÃO PAULO – ESTADO 1999). No tocante a esta última abordagem, participação paterna em todas as fases da gestação e parto, ela é bastante avançada e não é contemplada no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente.

5.2.5 Promover a União/ Integração

As medidas sugeridas para humanização hospitalar foram classificadas, agrupadas e as que promoviam a União/ integração foram categorizadas neste grupo.

Alguns entrevistados sugerem como medidas para promover a União/ integração incentivar o diálogo e trabalhar de forma harmoniosa, colaborativa e unida. Os entrevistados verbalizam:

“É complicado, né? Mas no setor onde me encontro, há uma liberdade de expressão, então é uma troca de informações que a gente tem. Então, isso já favorece muito, uma das características é esse convívio. Estimular a liberdade de expressão”. **(Entrevista nº 01)**

“O principal de tudo é diálogo, né? O ser humano tem o dom de conversar com as pessoas e estar trocando informações”. **(Entrevista nº 01)**

“De repente, eu fico batendo muito uma peça aqui, quando chega lá em cima, pra você está tudo amassadinha, um exemplo, você vai passar um fio guia numa sonda, ela tá dobrada no meio, eu não sei o que isso afeta lá em cima, então, eu acho que isso seria importante, tanto a união entre os setores e essas informações... eu acho que tem que ter a união entre todos”. **(Entrevista nº 06)**

“... então faria a integração entre setores. Isso melhoraria o fluxo de informações e o fluxo de atendimento”. (Entrevista nº 01)

“... trabalhar de forma coordenada...”. (Entrevista nº 10)

PURNELL (1999) compartilha com os pensamentos do estudo de COSTA (2002) sobre a humanização no trabalho, quando este menciona que as relações interpessoais constituem a seiva vital da organização. COSTA (2002) acrescenta que “Os elementos formais (Estrutura Administrativas) e informais (relacionamento humano, que emerge das experiências do dia-a-dia) integram-se para produzir o padrão real de relacionamento humano na organização: como o trabalho é verdadeiramente executado e quais as regras comportamentais implícitas que governam os contatos entre as pessoas – esta é a estrutura de contatos e comunicações humanas a partir da qual os problemas de política de pessoal e de tomada de decisões podem ser compreendidos e tratados pelos administradores”.

A integração entre os setores, entre as pessoas e o conseqüente desenvolvimento de um ambiente de trabalho mais humano propicia maior satisfação profissional e aumenta a produtividade COSTA (2002).

O entrevistado abaixo concorda que deve haver maior integração entre os diversos setores do hospital e, apesar dele fazer parte do corpo diretivo do hospital, entende que cabe a “Alta Direção do hospital” promover esta medida.

“E dentro dessa estrutura de humanização concreta, eu acho que seria interessante uma integração maior, né? Eu acho que isso tem que partir da

Alta Direção do hospital. Uma integração melhor entre todos e vários setores, né?”. (Entrevista nº 10)

Um entrevistado aponta o gerenciamento participativo como medida para a humanização hospitalar e entende que uma gestão autoritária pode implicar em consequências negativas no cuidado ao paciente.

O entrevistado apresenta posicionamento semelhante a JÚNIOR e BRAGA (2003) ao apontar a necessidade do aprimoramento do aparelho administrativo SUS e sugerir o gerenciamento participativo como propiciador dos direitos de cidadania através de um "Sistema de Gestão Qualificativa das Relações de Emprego e de Trabalho no SUS".

Um entrevistado coloca:

“... se os cargos de chefia conseguissem olhar para o funcionário, não só como uma pessoa que está lá apenas pra executar funções, mas que ele também tivesse chance de opinar sobre o que tá ruim o trabalho dele, o que poderia melhorar, porque, às vezes, você consegue melhorar um setor ouvindo o que a pessoa está tendo dificuldade. Na grande maioria das vezes, as medidas são tomadas sem a presença da pessoa que vai executar, né? Ele que sabe exatamente como seria. Então, eu acho que talvez, se o funcionário pudesse opinar mais, se ele tivesse um pouco mais de liberdade, talvez isso também seria um outro passo para humanização”.

(Entrevista nº 11)

O "Sistema de Gestão Qualificativa das Relações de Emprego e de Trabalho no SUS" adota todo o repertório da "administração de recursos humanos": contratação de pessoal, remuneração digna, qualificação profissional, empenho e produtividade dos servidores e condições materiais e físicas para a realização do trabalho. Este Sistema atua por intermédio de uma participação direta e efetiva capaz de aglutinar, instigar a ousadia e estimular a criatividade de todos os segmentos interessados. Inclusive, como prevê o Sistema Único de Saúde, com interferência direta da comunidade de usuários em suas instâncias. Um dos princípios deste modelo é ter como unanimidade o propósito de prestar e atender, com qualidade, eficácia e democracia, os serviços e as demandas da cidadania, em seu benefício e em benefício da dignidade da pessoa humana (JÚNIOR e BRAGA 2003, SANTANA e CASTRO 2003).

O gerenciamento participativo na resolução de conflitos supera os limites do modelo convencional atualmente predominante no Brasil, baseado na concepção autoritária de administração de recursos humanos no qual "nada se cria, tudo se cumpre". Este modelo muitas vezes compromete a qualidade dos serviços, a satisfação dos usuários e resulta na falta de compromisso dos profissionais, que passam a simplesmente cumprir uma obrigação burocrática (JÚNIOR e BRAGA 2003).

“... por terem cargos mais subalternos, eles [os funcionários] se sentem menosprezados, com chefias que dão uma ordem de cima pra baixo, de uma maneira agressiva, impondo, não discute o porque das coisas. Isso mantém uma distância muito grande do empregado e do empregador. Faz com que ele trabalhe com má vontade, que passe a

encarar o paciente que está precisando... .. não seja a peça fundamental do trabalho dele, não seja o alvo absoluto, né?" (Entrevista nº 11)

No aspecto jurídico-doutrinário, o princípio participativo no gerenciamento participativo está contemplado na Constituição Federal no Título VIII, Capítulo II, o qual determina que a organização da Seguridade Social deve observar o "caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados". Especialmente dirigido à saúde, a Constituição Federal estabelece, ainda, que ... "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a seguinte diretriz: "... III - participação da comunidade". Já o Código de Ética do Servidor Público estabelece como dever dos servidores "...participar dos movimentos e estudos que se relacionem com a melhoria do exercício de suas funções..." (JÚNIOR e BRAGA 2003, SANTANA e CASTRO 2003).

Ainda nesta categoria Promover a União/ integração, o entrevistado abaixo entende que investir nas relações pessoais estimula a promoção do trabalho harmonioso e colaborativo entre os profissionais e sugere que esta seja uma medida para a humanização hospitalar:

“E a gente investir bastante no relacionamento pessoal, que isso daí não é só a humanização hospitalar é a relação pessoa-pessoa, né? A gente tem que investir muito no profissional”. (Entrevista nº 07)

A influência positiva do trabalho colaborativo entre o médico e demais profissionais na busca do cuidado com qualidade é evidenciado no Código de Conduta Profissional do Novo Milênio divulgado em 05 de fevereiro de 2002 pelo Conselho Americano de Medicina Interna, Colégio Americano de Médicos – Sociedade Americana de Medicina Interna e Federação Européia de Medicina Interna. O Código ressalta a importância da honestidade e respeito ao paciente, confidencialidade das informações e competência profissional.

O Código de Conduta Profissional do Novo Milênio é baseado em três princípios fundamentais, que se seguidos promovem a humanização. O primeiro princípio é proporcionar o bem-estar do paciente, o segundo, dar autonomia ao paciente e o terceiro, a justiça social (REANEY 2002; SOX 2003; NUSINOVICH 2003; WARTMAN 2003).

Ainda nas sugestões para a humanização hospitalar para Promover a União/Integração alguns entrevistados apontam como medida conscientizar os funcionários do papel do hospital no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os entrevistados entendem que esta ação melhora a qualidade do atendimento e a confiança do paciente no sistema de saúde, a despeito do pouco entendimento ainda por parte da população de como este sistema funciona.

Os entrevistados colocam:

“A gente acredita no sistema SUS, né? – Sistema Único de Saúde.

Então, a gente veio pra inserir dentro do sistema da comunidade, do

sistema municipal, estadual e federal e nós nesse hospital viemos para acrescentar, né? Que é a parte secundária e terciária da assistência. Só que a gente teria que se entrosar melhor com o Programa de Saúde da Família, com as Unidades Básicas e a gente ter o mínimo possível, deixar o tempo de internação menor. E, a gente ter e eles terem a certeza, o paciente, que lê vai ser assistido também na unidade básica, depois que eles passam para o Programa de Saúde da Família e, quando ele precisar, ele tem certeza que ele vai ser atendido aqui, quando ele precisar de um procedimento a mais. Eu acho que se a gente conseguir isso, a gente está muito bem inserido e todo mundo fala a mesma linguagem de assistência ao paciente e ele ter a segurança de qualidade de assistência, eu acho que essa parte do programa de humanização hospitalar deveria existir, eu acho deveria fazer parte da assistência ao paciente, né?” (Entrevista nº 07)

“E ele tem um papel fundamental dentro da região. Ser regionalizado. Tem esse detalhe, né? Ele pertence à região da Direção Regional de Saúde II (*do Estado de São Paulo*). Então, ele é uma referencia que hoje está sendo mais referência nos atendimentos dos casos de neurologia e cirúrgicos, né? Então, eu acho que esse papel eu acho que não pode perder dentro do sistema de saúde, porque senão você começa a furar o sistema. Não pode fazer um papel de pronto atendimento, porque senão ele não estaria cumprindo o seu papel, né?... Então, é importante que todos os profissionais trabalham aqui dentro tenham essa noção da onde você está inserido dentro do sistema de saúde e tudo isso aí tá englobado dentro da

humanização hospitalar, né? ... “E a sociedade, na verdade, nós temos consciência de que ela não compreende muito esse novo modelo, né? Nossos clientes, externos aí, ele não compreende muito esse sistema que ele não pode vir aqui bater na porta do hospital e ser atendido, não é? Ele não tem ciência, não tem essa coisa muito bem estruturada”. (Entrevista nº 10)

A participação popular (paciente, funcionário ou administradores) no Sistema Único de Saúde está regulamentada na Lei complementar número 8080. O gerenciamento hospitalar comprometido com as demandas da comunidade é contemplado no Código de Ética dos Administradores Hospitalares no seu item 2 “Os hospitais compatibilizarão seus interesses profissionais administrativos e financeiros com as possibilidades dos pacientes e as necessidades das comunidades, sem prejuízo dos padrões e princípios que informam este código de ética”.

5.2.6 Informar e Comunicar-se adequadamente

Todas as medidas sugeridas para a humanização hospitalar relacionadas à informação e comunicação estão incluídas nesta categoria.

Alguns entrevistados entendem que o paciente tem o direito de saber todas as informações a respeito do ambiente hospitalar em que ele se encontra e sobre a sua enfermidade. Como medidas para humanização hospitalar propõe-se uma entrevista na admissão com esta finalidade e uma "força tarefa" do corpo administrativo junto aos funcionários, no dia-a-dia para se passar ensinamentos de como assegurar este direito ao paciente:

“Eu acho que tem direito. O paciente tem o direito de saber e tem o direito de ter todas as dúvidas possíveis, né?... Eles são muito mecânicos, né? Então, agora nós estamos começando uma força tarefa... A gente entra também toda essa parte de comunicação, entra toda à parte de assistência... tudo, mas principalmente nessa parte de comunicação, de apresentação, de organização de uma clinica, né? Então, entra desde a diretora... para a passagem de plantão, supervisoras, os enfermeiros, todos para ensinar a equipe toda como é que deve ser, se apresentar, né? Falar quem é, que é super importante, que período que você vai ficar e o que você vai fazer com eles, né?”. (Entrevista n° 07)

“Os acompanhantes dos idosos, que têm direito, da criança, o solidário, que nós temos aqui no hospital, os horários de visita, os dias, informações administrativas, o horário que os médicos passam as visitas, os horários que os médicos passam informações para os familiares. Um conjunto de informações que podem ajudar já no primeiro minuto que ele entrar no hospital (*passar para os clientes a rotina e regulamento do hospital*)...” (Entrevista nº 16)

E outra medida também, que nós estamos tentando implantar é a entrevista na admissão do paciente, na internação. Ela será feita pelo Serviço Social, ou pelo plantão administrativo ou pelo Serviço de Atendimento ao Cliente, mas isso será voltado mais pros pacientes eletivos mesmo. Pacientes e familiares no sentido de explicar como esse hospital funciona, quais são os direitos desse paciente, que existe um Serviço de Atendimento ao Cliente, que ele pode vir, que as informações são confidenciais, são sigilosas (*esclarecer para os usuários como o hospital lida com as informações*), que nós estaremos ali para tentar agilizar, que um hospital que tem esse perfil de atendimento”. (Entrevista nº 16)

Elementos como informação e comunicação estão bem regulamentados, por exemplo, no Código de Ética Médica. GAUDERER (1991), caracteriza-se este Código de Ética como por apresentar um teor democrático na relação médico paciente, ao permitir que o paciente ou seu responsável legal tenham direito a uma papelada e acesso às informações a seu respeito. Isto exige maior reflexão e avaliação

do profissional em relação a sua atuação, assim como permite que a relação entre ambos seja mais transparente e participativa. O artigo n.º 69 contém:

“É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário para cada paciente” e no artigo n.º 70 “É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”.

Como o não cumprimento do previsto nos Códigos de Ética profissional sujeita o profissional a sanções, não importando se ele é o responsável pela instituição ou pelo paciente, o administrador hospitalar pode utilizar-se destes códigos para coibir abusos na relação entre os profissionais e entre o profissional e o paciente.

FERREIRA (1998) destaca que a informação como uma medida na humanização hospitalar está contemplada também no Código de Ética de Enfermagem não apenas como um dever profissional, mas um direito fundamental. O que nota-se hoje é que os pacientes estão cada vez mais entendendo que o conhecimento sobre doença e saúde não são de domínio absoluto dos profissionais de saúde e exigem que suas perguntas devem ser respondidas como um direito, como garante a Constituição da República Federativa do Brasil através do “habeas-data”, instrumento que permite as pessoas conhecerem as informações que lhe dizem respeito (ASSAD 1993).

Um entrevistado ressalta que conscientizar os funcionários de que os pacientes devem obter as informações almejadas e fazer disso um compromisso são medidas que melhoram a qualidade do atendimento e propiciam a humanização hospitalar:

“Isso vai desde você dar uma informação pra uma pessoa que precisa da informação. Ela chegou no hospital, desesperada, ela busca um familiar, mesmo que esse funcionário não tenha a informação ou não seja com ele, mas ele tem o compromisso de ajudar a pessoa a obter essa informação e a parte administrativa, ela, está nessa linha de frente”.

(Entrevista nº 16)

Alguns entrevistados sugerem como contribuição para melhorar a comunicação a contratação de profissionais como o psicólogo e o assistente social:

“E a parte do psicólogo ...”. **(Entrevista nº 07)**

“E o serviço social talvez maior, um pouco pra gente ter uma assistência melhor”. **(Entrevista nº 07)**

A habilidade na comunicação é um atributo exigido no exercício da profissão dos assistentes sociais e psicólogos. Os primeiros, pelo compromisso em assegurar que as informações sejam disponibilizadas e devidamente entendidas pelos interessados e os segundos, pela necessária obtenção dos dados para compreensão e conduta.

O Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais ressalta no seu Artigo 5º, itens b e c, respectivamente - São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

“garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários,

mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código”

“democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários”

Outros entrevistados entendem que uma medida eficaz no processo de comunicação é usar uma linguagem acessível para o paciente e reduzir da burocracia nos processos de informação. Um dos entrevistados lembra que uma adequada comunicação contribui para maior credibilidade do paciente no hospital:

“Então eu acho que ele precisava participar um pouco mais, eu sinto que ele tem a necessidade que o médico explique em termos mais fáceis para que ele entenda o que está acontecendo, cada passo do diagnóstico e do próprio tratamento. Isso facilita muito é... esse jogo claro, médico - paciente e eu sinto que é uma busca deles, né? Isso melhora a relação médico - paciente, ele passa a acreditar mais em você e na instituição em si, coopera de forma melhor com o tratamento que é proposto, que, às vezes, na minha especialidade é bastante duro”. (Entrevista nº 11)

“... amenizar o processo burocrático”. (Entrevista nº 1)

Alguns administradores sugerem o uso de meios de comunicação confidenciais, privativos e rápidos como forma de melhorar o acesso e homogeneizar a informação, tanto para os administradores como para os pacientes.

Entende-se que “a privacidade consiste no conjunto de informações sobre uma pessoa que ela pode decidir manter sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo quanto e a quem, quando, onde e em que condições. Já a confidencialidade relaciona-se à garantia (no sentido de confiança) de que as informações dadas não sejam reveladas sem autorização prévia da pessoa, por isso também são denominadas, às vezes, de informações privilegiadas” (FORTES e SARCADO 2000).

“Tudo o que você puder ajudar eles em termos de confiabilidade do serviço hospitalar, na ajuda do serviço hospitalar, até mesmo no atendimento que é prestado”. (Entrevista nº 09)

Em relação à privacidade das informações o Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei número 2. 848 de 07 de dezembro de 1940, protege o cidadão ao proibir “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (artigo 154).

A Cartilha de Direitos do Paciente, emitida pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo em 1995 expressa em relação a privacidade: “O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos”.

O Código de Ética Médica, por exemplo, refere-se à privacidade das informações em alguns artigos, como, por exemplo, o Artigo 11 “O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto no caso em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco à saúde do trabalhador ou da comunidade” e Artigo 102 quando diz é vetado ao médico “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Os entrevistados sugerem que haja um serviço no hospital destinado especificamente para atender o paciente e atuar de maneira preventiva e curativa, “Serviço de Atendimento ao Cliente”. Assim como os entrevistados, SANTOS e SIEBERT (2001) evidenciam a importância de se ouvir o cliente como uma forma de propiciar a humanização hospitalar e relatam que as atitudes mais valorizadas pelo cliente são pequenos gestos cordiais, rápida resposta ao chamado, humor, dedicação, preocupação dos profissionais com a sua condição.

Também citaram como sugestão a implantação de uma Comissão de Utilização de Informações Administrativas que seria responsável por formalizar de forma simplificada e precisa as informações necessárias para orientar os pacientes.

“Os pacientes, eu acho, que eles têm o receio de fazer uma reclamação, ou de apontar algum problema, porque eles continuam internados. Continuarão internados e poderão precisar do hospital outras vezes, então existe esse pensamento: se eu falar alguma coisa pode existir

uma retaliação de um ao outro profissional. Então a nossa intenção é deixar claro que isso não existe no hospital, que ele pode recorrer se tiver algum eventual problema e que com isso nós esperamos melhorar e evitar problemas eventuais que aconteçam com o nosso paciente” (*um meio de comunicação do paciente com a administração que garanta a confidencialidade dos dados*)”. (Entrevista nº 16)

“Colocar à disposição desses usuários um local onde eles podem fazer as suas reclamações, garantindo a eles que essas reclamações vão ser ouvidas pela Diretoria e vão ser tentadas a sanar as várias reclamações que por ventura possam ser sanadas, né?”. (Entrevista nº 14)

“Serviço de Atendimento ao Cliente é outra medida e o Serviço Social junto. Nós temos o setor de Serviço de Atendimento ao Cliente, mas a nossa preocupação é simplesmente ter um canal de comunicação do paciente com a direção do hospital pra que a gente possa medir. Eu acho que é o canal de medição ou que facilita a comunicação dos pacientes e os familiares com a direção, mas a nossa preocupação também é que não chegue reclamação, e que a gente tome medidas preventivas pra amenizar os problemas, ou seja, o Serviço de Atendimento ao Cliente, os responsáveis, funcionários fazerem visitas aos pacientes internados, identificando possíveis problemas e tentando resolver antes que ele tenha a necessidade de procurar esse serviço. Antes da alta. Antes de ele ter a necessidade de procurar o serviço de atendimento, que a pessoa esteja próximo, tentando descobrir se há uma dificuldade de informação, algum

procedimento que não tenha ficado bem esclarecido por um de nossos profissionais, por exemplo. **(Entrevista nº 16)**

“Comissão de Utilização de Informações Administrativas, mas ela não foi criada com o objetivo de... o foco não é interno, é externo, porque as conseqüências dos processos administrativos, por vezes mal estabelecidos, mal definidos, é pro paciente e pro familiar, então a nossa visão é de que maneira nós poderíamos agilizar isso? Na visão do paciente, nós tentaríamos corrigir as eventuais falhas no nosso processo administrativo, ou não mesmo que não, não tenha nada a ver com nosso processo administrativo. No caso de óbito, por exemplo, quando a família passa por um momento difícil, então nós pensamos em agilizar informações, o que fazer? Onde ela deve ir? Como que se faz o registro no cartório? Onde é o cartório? De onde é o paciente? Se o paciente é de Diadema, ou de uma outra cidade ou município, quais os procedimentos? Quais os passos que ela deve adotar? Se for SVO, se for IML, que significa isso? Que ela tem que fazer? Quanto tempo ela tem que esperar? E qual são as pessoas, né ? que ela pode buscar informações, onde, endereços, telefones, horários de atendimento, isso é um exemplo, né?”

(Entrevista nº 16)

“As coisas emperram de tal forma que o produto final, que é atender bem o paciente, deixa a desejar, por falha nas comunicações, né? Então uma das decisões é melhorar as comunicações internas. É fundamental trabalhar de forma homogênea, né?”. **(Entrevista nº 10)**

Outro entrevistado acrescenta que uma relação sem temor entre o profissional e o paciente é uma medida que contribui para a humanização hospitalar por facilitar o processo de comunicação, fazer com que os profissionais conheçam os anseios do paciente e melhorem a qualidade do atendimento. COYLE e WILLIAMS relatam que na assistência centrada no paciente, estimular o paciente a questionar mais sobre a sua doença e a falar sobre o efeito da doença na sua vida e sua opinião sobre o tratamento proposto, aumentam a satisfação do paciente.

“O paciente participar mais é se ele está disposto em fazer, por exemplo, um exame naquele horário, naquele momento, como ele está se sentido, se aquilo é importante e se a doença contribui para uma mudança de humor, ele tem a necessidade de falar e você dando abertura pra que ele (*o paciente*) exponha os problemas dele, eu acho que essa é uma forma de humanizar. Este é o meu ver, né? Por exemplo, “Eu não quero comer a carne hoje, eu queria outra coisa”. Esse é outro lado, também, se ele se sente um pouco mais à vontade em discutir até o cardápio dele, talvez isso seja humanização, né?” (Entrevista n° 11)

5.2.7 Arquitetura e Decoração

Nesta categoria observa-se que as medidas sugeridas pelos entrevistados para humanização hospitalar relacionadas à arquitetura e decoração têm a finalidade de proporcionar o bem-estar do paciente e melhoria da qualidade do atendimento. Um entrevistado inclusive coloca que o hospital deve “aproximar o ambiente hospitalar o mais perto do ambiente doméstico” (Entrevista nº 07)

“Uma outra coisa que eu acho importante seria melhorar a decoração dos quartos, como alguns enfeites, se isso for possível, alguma cores diferentes, que pudesse dar uma maior vivacidade no ambiente em que ele vive, ok?” ... “E, também dar uma melhorada na decoração, deixar com paredes, ah...com cores claras, vivas para que a gente tenha uma maior atenção e não fique tão frio como a gente imagina que seja um ambiente hospitalar, ok?” (Entrevista nº 04)

“Aumentar o espaço físico para a população (*acomodar melhor os pacientes não internados*), pra atender melhor a população, lógico, se tivéssemos salas maiores pra que quando as pessoas sentadas esperando, aguardando a fila sentados, acho que seria muito melhor à aguardar em pé... A sala de espera infelizmente é muito pequena. A sugestão seria aumentar, se procurar uma sala maior ou colocar senhas com horários certos para que as pessoas venham (*agendar consultas em horários*

separados). Espaços, no horário certo para que as pessoas venham. Vamos supor que tenha espaço físico, porque vem muita gente, vem muita gente e não tem condições de ficar lá. Isso para o conforto dos pacientes”.

(Entrevista nº 08)

“Até um conforto, né? De instalações do hospital, toda enfermaria, a estrutura hospitalar como um todo. Desde a recepção até o conforto do paciente dentro das instalações hospitalares”. **(Entrevista nº 14)**

Nesta categoria Arquitetura e decoração observa-se que os administradores não fazem menção a medidas de adequação do ambiente voltadas para os funcionários, nem em relação a ergonomia relacionada aos pacientes ou funcionários. A ergonomia trata do estudo das condições ideais de conforto, facilita a relação do homem com o ambiente, buscando a harmonia entre tecnologia e design, entre função e estética. A ergonomia tem como objetivos práticos, a segurança, satisfação e bem-estar do indivíduo no seu relacionamento com as mais diversas atividades e/ou sistemas produtivos.

KOTAKA (1992) analisou a organização espacial de um hospital geral quanto aos fluxos das circulações de pessoas, materiais e informações e os resultados obtidos dos questionários demonstram que as variáveis que receberam melhores notas foram as referentes às circulações internas (escadas e corredores), enquanto as piores notas foram relacionadas às áreas de conforto dos pacientes, funcionários e visitantes. Este estudo estimula os administradores hospitalares a terem um olhar mais crítico em

relação a sua instituição e refletirem se a sua estrutura física oferece adequadas de prestação dos serviços.

A arquitetura e decoração muito têm a colaborar com a privacidade do paciente e humanização do atendimento. A Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946, revista em 1988 e a Declaração Universal dos Direitos do Homem aprovada em 1978 na Assembléia Geral das Nações Unidas contemplam a privacidade como um direito inviolável (ASSAD 1993).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como em muitos estudos qualitativos, os achados desta pesquisa ficam restritos à realidade do local do estudo, não podendo ser generalizados em vista da limitada amostra.

O estudo também não se aplica a hospitais com as características semelhantes ao do hospital, local do estudo, visto que o sujeito da pesquisa não foi o hospital e sim, os administradores de vários setores, que, por sua vez, possuem diferentes personalidade, experiência e formação próprias. Entretanto, os resultados encontrados e as respectivas discussões poderão ser adicionados ao conhecimento hoje existente sobre humanização hospitalar e assim, colaborar para o norteamento de novas discussões a respeito do tema.

Esta pesquisa, através da metodologia qualitativa, atinge o objetivo geral de compreender o significado de humanização para os tomadores de decisão administrativa da instituição hospitalar, local do estudo. Observou-se que para os entrevistados, a conceituação da humanização hospitalar baseia-se sobretudo na Preservação da integridade do ser, na União/ Integração, na Informação e Comunicação e também através da Arquitetura e Decoração.

O que se observa dos resultados e discussão deste estudo, é que os sujeitos da pesquisa possuem uma visão contemporânea do conceito de humanização hospitalar, considerando o ser humano como pessoa com direitos e sentimentos, merecedora de

um atendimento hospitalar individualizado e voltado para a sua condição biopsíquica.

Na concepção acima, a partir das entrevistas, e com base na literatura revisada, entende-se humanização hospitalar como "um conjunto de elementos e atitudes que representa o todo". São eles: lidar com o indivíduo com respeito, dignidade, sem preconceitos, considerando a sua condição de saúde física e psicológica e procurando sempre confortá-lo; respeitando seus valores e crenças, promovendo a integração e união no ambiente hospitalar, definindo e divulgando a missão da instituição, considerando a sua realidade (individual, familiar e comunitária), vendo a informação como um direito, estabelecendo boa comunicação e atribuindo importância à influência da arquitetura e decoração como componentes imprescindíveis para a humanização do ambiente hospitalar.

Através do segundo objetivo desta pesquisa, observam-se as medidas sugeridas pelos administradores para a concretização da humanização hospitalar. As medidas para proporcionar esta condição, mesmo baseadas em princípios semelhantes, devem ser contextualizadas para cada instituição em particular, assumindo, assim, caráter individual. Deve-se considerar no planejamento das medidas propiciadoras da humanização hospitalar, dentre outras condições, o tipo de cliente da instituição, as formas de cuidado que ali se desenvolvem, a forma de financiamento, os convênios com instituições de ensino, o tipo de gerenciamento, complexidade e relação com a comunidade.

A pesquisadora buscou na discussão sobre as medidas para a humanização hospitalar, fundamentá-las em bases legais, administrativas, técnicas e operacionais relacionadas à assistência hospitalar, por entender que os administradores podem, através destes, buscar documentos, inclusive com fortes argumentos para negociarem com os detentores dos recursos, os funcionários e até mesmo os pacientes em favor da promoção da humanização.

O hospital sujeito de pesquisa é um hospital ligado a uma universidade, está constantemente em contato com pessoas em formação e, portanto, o atendimento humanizado se impõe como um exemplo. Não se verifica na discussão das medidas para se prover um atendimento humanizado, menção a ações envolvendo o estudante.

A humanização hospitalar é um processo transformador, educativo e de reflexão sobre a vida; portanto, a abordagem do paciente pelos profissionais, além do conhecimento científico e técnico, torna-se um dos ingredientes básicos do processo educativo e influencia positivamente na humanização do atendimento (LEON 1986).

Na prática diária pode-se, por exemplo, estimular o estudante a utilizar-se desses valores no processo de decisão. Identificando o paciente como pessoa, reforçar a importância de justificar as decisões no juízo intuitivo, demonstrar que no campo da ética raramente existe uma só decisão, prover a informação quando da obtenção do consentimento para a realização de procedimentos, manter a confidencialidade, respeitar as crenças e a vida humana.

A legislação brasileira não fica omissa, em 30 de janeiro de 2002 o Ministério da Educação publicou a Portaria n° 287 referente à avaliação do curso de medicina, que

considera o graduando de medicina um “cidadão com atitude ética, formação humanística e consciente da responsabilidade social” e com capacidade de adequada comunicação (artigo 3º) (BRASIL 2002).

Em relação aos sujeitos da pesquisa, percebe-se que a complexidade do tema exige administradores bem preparados, com capacidade de liderança, habilidosos, pró-ativos, com autoridade e sensatos. Cabe aos “tomadores de decisão” definir o planejamento, as diretrizes, as estratégias e monitorar os resultados no permanente processo de busca da humanização hospitalar na sua instituição. Deve-se fazer menção a comprovada satisfação dos funcionários refletindo diretamente neste processo, não devendo, por isso, ser desconsiderada pelos administradores.

Apesar de não ter sido encontrado na literatura científica trabalho com características semelhantes às desta pesquisa, e entender-se que os seus dados contribuirão para o conhecimento hoje existente a respeito do tema, a pesquisadora considera a necessidade de realização de outros estudos voltados para os diversos elementos que conceituam a humanização hospitalar.

Os dados obtidos serão disponibilizados para o hospital estudado e considera-se que eles poderão auxiliar os administradores no planejamento que contemple a humanização dentro da atual visão holística do homem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [Anonymus] **Humanização Hospitalar em Ação** [on line]. Disponível em www.humanizacaohospitalar.com.br/vivencia_2.htm [2003 Set 8].
- [Anonymus] **The Medical Council of Hong Kong** [on line]. <http://www.mchk.org.hk/conduct/intrnl.htm> [2003 Ago 27].
- Abramowitz PW. Nurturing relationships: an essential ingredient of leadership. **American Journal of Health-System Pharmacy** 2001; 58(6):479-484.
- Abrasom JS, Donnely J, King MA, Mailick MD. Disagreements in discharge planning: a normative phenomenon. **Health and Social Work** 1993; 18:57-64.
- Agraval M, Emanuel E. Death and Dignity: dogma disputed. [comment]. **Lancet** 2002; 360(9350): 2026-30.
- Allen I. Stress in hospital medicine: a problem for key hospital staff. **Hospital Medicine (London)** 2001; 62(8):501-503.
- Almeida IS. A humanização da cidadania conquistada e o gerenciamento dos serviços de saúde do Distrito Federal. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. 1997; 8(1):5-6.
- Amaral, V. **Reforma Psiquiátrica** [on line]. Disponível em <http://www.psicopatologia.hpg.ig.com.br/reforma.htm> [2001 set 25].

- Amon E. Communication Strategies for Reducing Hospital Error and professional Liability. **Obstetrical & Gynecological Survey** 2002; 57(11):713-714.
- APM. **Programa de Controle da Qualidade Hospitalar** [on line]. Disponível em <http://www.apm.org.br/pngs/> [2002 Nov 2].
- Assad JE. **Desafios Éticos**. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1993. p. 97-103, 104-112.
- Babbie E. **The Practice of Social Research**. 9ª ed. Belmont (Califórnia): Wadsworth/Thomson Learning; 2001. p. 262-265.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70;1994.
- Barros DD. Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional. **Saúde em Debate set.** 1993; 40:68-76.
- Barros VL. **O informar e o consentir enquanto atributos fundamentais para a consolidação dos direitos do paciente**. São Paulo: 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].
- Beauchamp TL, Faden RR, Jr. RJW, Walters L. **Ethical Issues in Social science Research**. Baltimore (Maryland): The Johns Hopkins University Press; 1982. p. 57-61.
- Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor patient relationship and malpractice. **Arch Inter Medicine** 1994; 154:1365-1370.

- Boyd JW. Narrative Aspects of doctor-Patient Encounter. **Journal of Medical Humanities** 1996; 17(1):5-16.
- Brasil. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 nov 2000.
- Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul 1990.
- Brasil. Portaria Nº 287, de 30 de janeiro de 2002. Dispõe sobre o Avaliação dos Cursos de Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 fev 2002. Seção I.
- Brody H, Connelly JE, Perkins HS, Povar GJ. Physicians Pursuing the Humanities: Benefits and Barriers. **Journal of Medical Humanities** 1994; 15(3):163-170.
- Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in nursing work environment. **Journal of advanced Nursing** 2003; 42(3):260-268.
- Caprara A e Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15(3):647-654.

Cheek J. Taking a View. **Qualitative Research as Representation: Qualitative Health Research** 1996; 6(4): 492-505.

Chochinov HM, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Halos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. **Lancet** 2002; 360(9350):2026-2030.

Cobbs PM. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 45-51.

Cohen C e Segre M. Breve Discurso sobre Valores, Moral, Eticidade e Ética. **Bioética**. 1994; 2:19-24.

Conrandiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1994.

Cooke RE. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 103-107.

Costa WS. Humanização no trabalho. **Caderno de pesquisa em administração** 2002; 09(2).

Coyle J, Willia B. Valuing People as Individuals: development of na instrument through a survey of person-centredness in secondary care. **Journal of Advanced Nursing** 2001; 36(3):450-459.

Creswell JW. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions**. Thousand Oaks (Califórnia): SAGE Publications Inc; 1998. p. 123-128, 139-142, 151-152.

Delgado PGG. Reforma Psiquiátrica e Cidadania: O Debate Legislativo. **Saúde em Debate** 1992; 35:80-92.

Denzin NK e Lincoln YS. **Handbook of Qualitative Research**. 2ª edição. Thousand Oaks (Califórnia): SAGE Publications Inc; 2000. p. 785-786, 829..

Diniz SG. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos - Limites e Possibilidades das Propostas de Humanização do Parto** [on line]. Disponível em http://www.mulheres.org.br/parto/doutorado_2.html [2003 Set 8].

Fernandes JCL. A quem interessa a relação médico-paciente? **Cad. Saúde Pública** 1993; 9 (1): 21-27.

Ferreira AMTGB. **Informações prestadas a clientes sobre benefícios, riscos e conseqüências da assistência de enfermagem – um estudo exploratório**. São Paulo: 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

Fontana A e Frey JH. A entrevista. In: Denzin NK e Lincoln YS. **Handbook of Qualitative Research**. 2ª edição. Thousand Oaks (Califórnia): SAGE Publications Inc; 2000. p. 645-673.

Fortes PAC, Muñoz DR. **O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre** [on line]. Iniciação à Bioética. Disponível em <http://www.cfm.org.br/bancotxt/bioetica/indice.htm> [2003 Set 20].

Fortes PAC. Aspectos Ético-Jurídicos da responsabilidade Civil do médico em Prática liberal. **Rev. Saúde Pública** 1990; 24 (6):518-22.

- Fortes PAC. Ética, cidadania e busca da qualidade na administração dos serviços de saúde. **Saúde em Debate** 1996; (49/50):48-52.
- Fortes PAC. Reflexões sobre a Bioética e o Consentimento Esclarecido. **Bioética** 1994; 2:129-135.
- Fórum Permanente de Patologias Clínicas. Direitos do Paciente. **O Mundo da Saúde** 1995; 19: 347-349.
- Fraser DW, Smith LJ. Unmet needs and unused skills: physicians' reflections on their liberal arts education. **Academic Medicine** 1989; 64:532-537.
- Gadow S. Clinical subjectivity: advocacy with silent patient. **Nursing Clinics of North America** 1989; 535-541.
- Gauderer EC. **Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Record; 1991.
- Gaylin W. In Defense of the Dignity of Being Human. **The Hastings Center Report** 1984; 14(4):18-22.
- Geiger JH. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 11-36.
- Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Atlas SA; 1996.
- Glesne C. **Becoming Qualitative Researches: an Introduction**. 2ª edição. United States: Addison Wesley Longman; 1999. p. 68- 69.

Gouveia R. **Pela Reforma Psiquiátrica** [on line]. Disponível em <http://www.movimentoantimanicomial.org.br/experi.htm> [2001 Set 25].

Governo Federal. **Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ ou Programa de Qualidade do Governo Federal – PQGF** [on line]. Disponível em <http://www.ctnbio.gov.br/ctnbio/temas/info/Dsi/qualidad/pqgf.htm> [2003 Nov 1].

Hansen P, Cornish P, Kayser K. Family Conferences as Forums for Decision Making in Hospital Settings. **Social Work in Health Care** 1998; 27(3):57-74.

Hospitalar. **Prêmio Nacional da Gestão em Saúde** [on line]. Disponível em http://www.hospitalar.com.br/imprensa/not_1054.html [2002 Nov 1].

Howard J e Tyler CC. Comments on Dehumanization: Caveats, Dilemmas, and Remedies. In: Strauss A e Howard J. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 57, 73-102, 234.

Hutton A. The Privace Adolescent: Privacy Needs of Adolescents in a Hospitals. **Journal of Pediatric Nursing** 2002; 17(1):67-72.

Jacelon CS. Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. **Applied Nursing Research** 2002; 15(4):227-234.

Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. **Journal of Medical Ethics** 2003; 29(2):103-108.

- Júnior DB, Braga JB. **Recursos humanos e relações de trabalho no setor público - Relações de trabalho no SUS** [on line]. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub03cap04.pdf> [2003 Nov 1].
- Kadushin G, Kulys R. Discharge planning revisited: What do social workers do in discharge planning. **Social Work** 1993; 38:713-726.
- Kimmel AJ. **Ethics and Values in Applied Social Research**. Newbury Park (Califórnia): SAGE Publications Inc; 1998. p. 66-83.
- Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública** 1997; 31(2):171-7.
- Kotaka F. **Avaliação da organização espacial, quanto aos fluxos das circulações, de um hospital geral**. São Paulo: 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].
- Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. **Arch Inter Medicine** 1987; 147:1653-1658.
- Leon A. Humanizar la medicina. **Gaceta Medica de Caracas** 1986; 94(4/6): 153-167.
- Lettau LA. Intramural and Extramural communication. **Infeccion Control and Hospital Epidemiology** 1997; 18(5):364-368.

Leventhal. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 119-164.

Liberal HSP. Sigilo Profissional. In: Assad JE, coordenador. **Desafios Éticos**. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1993. p. 97-103.

Lindheim R. Architecture Comments on Dehumanization. In: Strauss A e Howard J. **Humanizing Health Care**. 1ª edição. New York (New York) : John Wiley & Sons, Inc; 1975. p. 293-316.

Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. **Academic Medicine** 2002; 77(3):232-237.

Mackay C, Ault L. A systematic approach to individualized nursing care. **Journal of Nursing Administration** 1977; 7(1): 39:48.

Méier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison S, Cassel CK. A national survey of physicians-assisted suicide and euthanasia in the United States. **New England Journal of Medicine** 1998; 338:1193-1201.

Miles MB e Huberman AM. **Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods**. 7ª edição. Thousand Oaks (Califórnia): SAGE Publications Inc; 1988. p. 228-229.

Minayo MCS . **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Metodologia de pesquisa social (Qualitativa) em saúde. São Paulo; 1989. [Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da USP].

Ministério da Saúde. <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/portaria/portconj.htm>, em 19 de setembro de 2003.

Minnesota Department of Public Welfare - Medical Services Division. The attack on Dehumanization. **Hosp Community Psychiatry** 1967; 18(12):34-36.

Muller-Smith P. Forget Authority – Go to Power. **Journal of PeriAnesthesia Nursing** 1998; 13(1):54-57.

Neto AQ. A Reforma Psiquiátrica no Rio grande do Sul: Do Direito ao Tratamento aos Direitos de Cidadania do Doente Mental. **Saúde em Debate** dez. 1992; 37:05-10.

Noticias Hospitalares. Financiamento para acreditação [on line]. Disponível em <http://www.noticiashospitalares.com.br/mar2003/pgs/qualidade.htm> [2003 Set 20].

Nusinovich Y. Charter on Medical professionalism: Putting the Charter into Practice. **Ann Intern Med** 2003; 138 (10):855-855.

Organización Panamericana de la Salud. Dimensiones Sociales de La Salud Mental. Washington (DC); 1983, p. 6-7.

Post SG. Beyond Adversity: Physician and Patient as Friends. **Journal of Medical Humanities** 1994; 15(1):23-30.

Prefeitura de Diadema. **Estrutura Governamental** [on line]. Disponível em <http://www.diadema.sp.gov.br/> [2003 Ago 18].

Pullman D. Human dignity and the ethics and aesthetics of pain and suffering. **Theoretical medicine & Bioethics** 2002; 23(1):75-94.

Punch M. **The politics and ethics of fieldwork**. Beverly Hills (Califórnia): SAGE Publications Inc; 1986. p. 44-48.

Purnell LDT. Health Care Manager's and administrators' Roles, Functions, and Responsibilities. **Nursing Administration Quarterly** 1999; 23(3):26-37.

Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. **International Nursing Review** 2002; 49(1):54-63.

Reaney P. Médicos atualizam juramento de Hipócrates. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2002 fev 6; Mundo: A-15.

Rogers A, Karlsen S, Addington-Hall J. All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong: dissatisfaction with hospital care in the last year of life. **Journal of Advanced Nursing** 2000; 31(4):768-774.

Rowe M. Metamorphosis: defending the human. **Literature and medicine** 2002; 21(2):264-80.

Ryan GW e Bernad HR. Manejo dos dados e métodos de análise. In: Denzin NK e Lincoln YS. **Handbook of Qualitative Research**. 2ª edição. Thousand Oaks (Califórnia): Sage; 2000. p. 1-7, 769-833.

Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade nos serviços de saúde. **Bioética** 2000; 8(2):307-22.

Sacardo DP. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas; uma abordagem bioética**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

Santana JP, Castro JL. **Negociação Coletiva do Trabalho no SUS - Resumo extraído de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde – 1998** [on line].

Disponível em http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/negociacao_braga.htm [2003 Nov 1].

Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. **International journal of Gynecology & Obstetrics** 2001; 75:73-79

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, 11 set 2001. v. 111, n. 171.

São Paulo (Município). Lei Nº 13.314, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe sobre o “Projeto de Humanização do Atendimento Hospitalar” nos hospitais públicos e municipais, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, 01 fev 2002. Ano 47, Nº 21.

Scott, PA. The relationship between the arts and the medicine. **Medical Humanities** 2000; 26: 3-8.

- Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institutions. **Journal of Medical Ethics** 2002; 28(6):368-372.
- Silva FL. Direitos e Deveres do Paciente Terminal. **Bioética** 1993; 1:139-143.
- Sox HC. **Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter** [on line]. <http://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243> [2003 Set 12].
- Stearns TH. How physicians/ administrator teams work in small groups. **Medical Group Management Journal** 1999; 46(3):44-48.
- Steiner JL, Berg DN, Sledge WH. Collaboration with police officers within a parcial hospital program. **Journal of Nervous & Mental Disease** 1997; 185(4):269-273.
- Straits BC, Straits MM, McAllister RJ e Singleton RJr **Approaches to Social Research**. New York : Oxford University Press Inc; 1988. p. 645-673.
- Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon: the Second Year. **New England Journal of Medicine** 2000; 342:598-604.
- Takemura Y, Kanda K. How Japanese nurses provide care: a practice based on continuously knowing the patient. **Journal of Advanced Nursing** 2003; 42(3): 252-259.
- Tanner CA, Benner P, Chesla C, Gordon DR. The Phenomenology of Knowing the Patient. **Journal of Nursing Scholarship** 1993; 25(4):273-280.
- Toma TS. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: diagnóstico de práticas de alimentação infantil em maternidades pública s e privadas no município de São**

Paulo. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

Tosteson D. New pathways in general medical education. **New England J of Medicine** 1990; 322:234-238.

Trezza EMC. Humanização do atendimento médico a criança. **Jornal de Pediatria** 1987; 63(4):218-220.

Umenai T e col. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. **International Federation of Gynecology and Obstetrics** 2001; 75:S3-S4.

União Européia. Carta dos Direitos Fundamentais

<http://ue.eu.int/df/default.asp?lang=pt>, em 19 de setembro de 2003.

UNICEF. Placar dos Hospitais Amigos da Criança - Iniciativa Hospital Amigo da Criança [on line]. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/placar.htm> [2003 Out 25].

van Servellen G. Nurses' perceptions of Individualized Care in Nursing Practice.

Western Journal of Nursing Research 1988; 10(3):291-306.

Viana P, Melo Núbia. **Dossiê Humanização do Parto - Humanização do parto e direitos reprodutivos** [on line]. Disponível em

http://www.redesaude.org.br/dossies/html/body_hp-3.html [2003 Set 8].

- Wartman SA. Charter on Medical professionalism: Putting the Charter into Practice. **Ann Intern Med** 2003; 138 (10):854-855.
- Waters KR, Easton N. Individualized care: is it possible to plan and carry out? **Journal of Advanced Nursing** 1990; 29(1):79-87.
- Wears RL, Perry SJ. Human Factors and Ergonomics in the Emergency Department. **Annals of Emergency Medicine** 2002; 40(2): 206-212.
- Wheeler HB. Shattuck Lecture – Healing and Heroism. **New England J of Medicine** 1990; 322:1540-1548.
- Widäng I, Fridlund B. Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. **Journal of Advanced Nursing** 2003; 42(1):47-56.
- Williams MV, Davis T, Parker MR, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication [review 1966 – 2001]. **Family Medicine** 2002; 34(5):383-389.
- Willians MA. The Physical Environment and Patient Care. **Annual Review of Nursing Research** 1988; 18: 61-84.
- Wilson J. Patients' wants versus patients' interests. **Journal of Medical Ethics** 1986; 12(3):127-132.
- Xavier ED. A Bioética e o Conceito de Pessoa: a re-significação jurídica do ser enquanto pessoa [on line]. **Revista Bioética** 2000; 8(2). Disponível em <http://www.cfm.org.br/revista/bio2v8.htm> [2003 ago 25]

Zoboli ELCP. **A Interface entre a Ética e a Administração Hospitalar**. São Paulo; 2000. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública USP].

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I - Consentimento Institucional para Realização da Pesquisa

SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

O projeto, para o qual solicitamos a permissão da instituição dirigida por V.Sa, busca conhecer o pensamento a respeito do tema humanização daqueles que estão em cargo de chefia e são os tomadores de decisão administrativa, com vistas a propor medidas exequíveis que colaborem com a humanização hospitalar em uma determinada instituição. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com orientação analítico-descritiva, mediante entrevistas semi-estruturadas com questões em aberto.

De cada participante será solicitado o consentimento esclarecido oral, segundo as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, após o entrevistado receber cuidadosamente todas as informações sobre o caráter da pesquisa, o propósito do estudo, a utilização dos resultados da entrevista, a liberdade de participação ou recusa sem quaisquer sanções por parte da instituição e ter garantido o anonimato caso assim o deseje. Para manter o anonimato as entrevistas, estas serão identificadas por números sequenciais. Assim, quando da abordagem inicial de um possível entrevistado, lhe será apresentado um termo de responsabilidade assinado pelo pesquisador responsável.

Atenciosamente,

São Paulo, 14 de fevereiro de 2002.

Cacilda Maria Faria Rech

Mestranda FSP/USP

8.2 ANEXO II - Termo de Responsabilidade do Pesquisador

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Prezada Senhor (a),

Estamos realizando, pela FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, a pesquisa ‘Humanização hospitalar o que os tomadores de decisão pensam a respeito?’.

Como um dos responsáveis da pesquisa solicitamos que participe de uma entrevista que poderá ser gravada. O Sr(a). tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa e de deixá-la, à qualquer momento, sem que isto traga nenhum prejuízo com relação às suas atividades no Hospital Estadual de Diadema.

Esclarecemos que seu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e que as informações dadas serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Agradecemos sua cooperação.

Atenciosamente,

Data

Nome e cargo do pesquisador

8.3 ANEXO III - Consentimento Informado Oral

SOLICITAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ORAL

Sou Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP e informo ao Senhor (a) que a justificativa para a realização deste projeto deveu-se a minha inquietação na busca do pensamento daqueles que estão em cargo de chefia e são os tomadores de decisão administrativa na estrutura hospitalar a respeito do tema humanização. Assim, buscando compreender o que pensa esta amostra a respeito deste tema e qual o significado que é dado a ele. A partir daí, aumentando o conhecimento intelectual e teórico sobre a humanização do atendimento nas instituições hospitalares.

Portanto, os objetivos deste projeto são compreender o significado de humanização na instituição hospitalar para os tomadores de decisão administrativa do local em estudo e identificar medidas que contribuem para a humanização hospitalar mencionadas pelos tomadores de decisão administrativa.

Será garantida para o Senhor (a) a confidencialidade dos dados. As entrevistas serão identificadas pela ordem numérica, o consentimento será obtido oralmente e ao (a) Senhor (a) fica garantido a possibilidade de desistir da participação no projeto a qualquer instante. Acrescento que esta participação é isenta de custos.

Isto exposto o Senhor (a) acredita ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que foram lidas, descrevendo o estudo “Humanização hospitalar – o que os tomadores de decisão pensam a respeito?”.

Ficaram claros para o Senhor (a) quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes?

Ficou claro também para o senhor (a) que a participação é isenta de despesas?

O Senhor (a) concorda voluntariamente em permitir sua participação neste estudo e estar ciente que poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo?

Declaro que obtive oralmente de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, do entrevistado número _____.

Cacilda Maria Faria Rech

Entrevistadora, Mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP.

8.4 ANEXO IV – Formulário da Entrevista

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA

Projeto: Humanização hospitalar – o que os tomadores de decisão pensam a respeito?

Horário da entrevista: _____ h

Data: _____ / _____ / 200_

Entrevistador: Cacilda Maria Faria Rech.

Entrevistado número: _____

Perguntas norteadoras:

1. O que o Sr. (a) considera humanização do atendimento hospitalar?
2. Cite medidas que o Sr. (a), no cargo de chefia e tomador (a) de decisão administrativa na estrutura hospitalar, considera importante para humanização hospitalar.

Agradecimento: eu e meu orientador agradecemos sua participação nesta entrevista.

8.5 ANEXO V – Organograma

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA

Fonte: Hospital Estadual de Diadema, São Paulo, 2003

