

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HOSPITAL HUMANO: ETNOGRAFIA DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Natal- RN

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HOSPITAL HUMANO: ETNOGRAFIA DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations

Natal - RN

2008

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Prof. Alberto Moreira Campos”.

Gomes, Annatália Meneses de Amorim.

Hospital humano: etnografia da humanização hospitalar na perspectiva de usuários / Annatália Meneses de Amorim Gomes. – Natal, RN, 2008. viii, 152 p.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Humanização da Assistência – Tese. 2. Etnografia – Tese. 3. Hospitalização – Tese. 4. Assistência centrada no paciente - I. Alves, Maria do Socorro Costa Feitosa. II. Título.

RN/UF/BSO

Black D582

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Prof.^a Dr.^a Tecia Maria de Oliveira Maranhão

**HOSPITAL HUMANO: ETNOGRAFIA DA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS**

Presidente da Banca:

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - UFRN

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - UFRN

Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura - UFC

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade- UFC

Prof. Dr. João Carlos Alchieri - UFRN

Prof. Dr. Cipriano Maia Vasconcelos - UFRN

Dedicatória

A todos os pacientes que participaram do estudo, que confiaram a sua intimidade e suas vidas a serviço da melhoria dos serviços hospitalares.

Aos meus pais, exemplos de amor e desprendimento, ensinando-me na jornada da existência, valores e compromisso com o ser humano.

Ao meu amor Cléber, companheiro solidário na consolidação deste projeto.

Agradecimentos

A Deus, fonte inspiradora e razão de toda a existência, a quem todo esse trabalho pertence, por sua luz e amor, clareando os caminhos; sem Deus nada seria possível.

A Nossa Senhora, cuja presença e proteção acalmou muitas vezes as angústias e abriu o coração para o entendimento da verdade, dando força na caminhada.

À Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, pela acolhida e imenso aprendizado humano e profissional ao longo de nossa convivência. Exemplo de amor e ética, cuidou de mim com imensa bondade. A sua disposição e competência como pesquisadora ajudaram a trilhar êxitos ao longo do curso; a dedicação e paciência ímpar, além do papel de orientadora, tornaram este sonho possível de ser realizado; a ela o meu eterno agradecimento.

À Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations, a minha eterna gratidão e o reconhecimento pela coorientação dedicada e compromisso com a pesquisa, pois, mesmo cumprindo estudos em Harvard, fez-se parceira e presente, realizando contribuições primorosas nas publicações. Iniciei com ela esta pesquisa sobre o Hospital Humano ainda no Mestrado, aprendi muito com seu entusiasmo pela pesquisa e rigor científico, determinação em mergulhar profundamente nos sentidos e significados culturais das populações sobre o sofrimento humano e suas vivências, e em partilhar comigo o seu largo conhecimento. Participamos juntas do grupo de pesquisa Humanização e Práticas Culturais, da Universidade de Fortaleza, o qual coordena, tendo sido este uma oportunidade singular no meu aprimoramento acadêmico, formação como pesquisadora e ser humano.

À minha família, pelos inúmeros atos de generosidade e apoio neste tempo de estudos; muitas vezes estive ausente em momentos e compromissos importantes. Minha gratidão pelo entendimento e solidariedade de todos.

Ao Professor PhD Harbans Lal Arora, pelas sugestões que enriqueceram a pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira Moura, por seu carinho, amizade e exemplo ético. Foi grande companheira nas reflexões e elaborações científicas do estudo.

Ao PPGCSA/UFRN, e a todos os professores, pela oportunidade de um programa de doutorado avançado e altamente qualificado, contribuindo para aproximar a produção acadêmica da realidade social e da humanização na saúde, possibilitando ações de integração ensino-serviço.

Aos colegas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE, pela compreensão nas ausências e facilidades de permitir cursar o doutorado, proporcionando as condições propícias, especialmente aqueles da Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Pesquisa – CNPq, pelo financiamento, e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pelo apoio necessário à realização do projeto.

A todos os profissionais do Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital São Matheus, que me receberam, apoiaram na realização da pesquisa; que este trabalho possa contribuir de algum modo para a humanização do cuidado hospitalar, tornando estes espaços mais acolhedores e minore as adversidades sofridas pelos usuários e trabalhadores.

Epígrafe

Eu só peço a Deus
(Dan Torres)

Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o que eu queria

Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o que eu queria

Eu só peço a Deus
Que a injustiça não me seja indiferente
Pois não posso dar a outra face
Se já fui machucada brutalmente

Eu só peço a Deus
Que a guerra não me seja indiferente
É um monstro grande e pisa forte
Toda fome e inocência dessa gente

Eu só peço a Deus
Que a mentira não me seja indiferente
Se um só traidor tem mais poder que um povo
Que este povo não esqueça facilmente

Eu só peço a Deus
Que o futuro não me seja indiferente
Sem ter que fugir desenganando
Pra viver uma cultura diferente

“Hospital não é bom não, nada como a casa da gente”

(Annatália Gomes)

Quantas palavras presas na garganta...

Quantos sentidos não percebidos...

Quantos sentimentos mudos e silenciosos

Da sofrida dor em silêncio, olhares que se cruzam

Gestos que falam mais do que palavras

Servidão que toca uma canção em desarmonia

Poder que se impõe em nome da hierarquia

Ou ironicamente da vida

Vidas desperdiçadas, escuta perdida

E tudo que se quer é ir para casa... espaço de autonomia,

Lá no lar, posso ser livre, ser eu mesmo,

Não estou à mercê de quem vem fazer o que quer comigo,

A depender de sua educação e de seu humor.

Quero ir para casa... para meu cantinho...onde posso existir por mim mesmo.

Lá no lar tenho identidade, nome, hábitos e preferências

Enquanto isso... o tempo para

Ingrato comigo, me faz câmara lenta

O que me sustenta aqui é a fé, os amigos que encontrei.

Alguém pode me ver?

Estou aqui, à sua frente, sou eu... eu sou o José, a Maria, a Luíza...

Tenho história, família, gosto de prosar

Quero que me olhe na cara, fale de jeito que eu entenda

Uma palavra de conforto

Dê atenção, carinho, conforto e segurança

Gosto de educação e ser bem recebido

Que nem na minha casa.

Mas hospital não é bom, não.

Por melhor que seja, nada melhor que a casa da gente

Por que lá sou gente.

Resumo

Este estudo etnográfico investiga a experiência vivida do paciente internado em hospital público (HPU) e privado (HPR) no Nordeste brasileiro. Os participantes da pesquisa foram 28 pacientes adultos atendidos nas diversas clínicas. Os dados foram estudados pelo método “O Percurso do Paciente”, consistindo de uma combinação complementar e articulada de técnicas - observação livre, observação participante, entrevista etnográfica e narrativas do paciente, coletadas prospectivamente durante a hospitalização, desde a sua chegada até a alta. A análise ocorreu conforme a Técnica de Análise Categral Temática e os dados foram interpretados à luz dos referenciais teóricos da Antropologia Médica, humanização do cuidado e promoção da saúde. Foram observados os princípios éticos da Resolução 196/96. O hospital humano, revelado pelo paciente, destaca a importância da subjetividade. Das 411 unidades de significados desveladas, 225 (54,7%) foram no hospital público (HPU) e 186 (45,3%) no hospital privado (HPR). Os resultados indicam que o paciente etnoavalia no HPU e no HPR aspectos da competência humana e técnica do profissional da saúde, a estrutura e funcionamento hospitalar, o acesso e a ética na condução das finanças; e desenvolve estratégias de superação da hospitalização. Esta etnoavaliação é mediada por diversos fatores: condição socioeconômica, personalidade, religiosidade, discurso irônico, diagnóstico sombrio e necessidades atendidas, experiência anterior de hospitalização e condições da entrevista. Uma proposta pedagógica para humanização hospitalar deverá vincular-se às mudanças estruturais, gerenciais e organizacionais dos serviços; utilizar-se de metodologias ativas que visem à politização, à problematização das situações concretas de trabalho e à inclusão dos afetos e intersubjetividades; além de constituir-se em aprendizagem coletiva. O estudo mostra a importância de a etnoavaliação do usuário ser incorporada ao projeto da gestão e atenção hospitalar como orientadora de decisões e ações clínicas, consistindo em promotora de práticas que levem a um cuidado resolutivo, digno e humanizado. A multidisciplinaridade da pesquisa permitiu ampla apreensão da perspectiva do usuário como etnoavaliador crítico social.

Palavras-chave: Etnografia, Humanização da assistência, Cuidado centrado no paciente, Hospitalização.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Resumo	xi
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
A humanização hospitalar	10
Etnoavaliação da humanização hospitalar	16
Possibilidades da educação para um cuidado humanizado	23
3 ANEXAÇÃO DE ARTIGOS	28
3.1 Artigo aceito para publicação 1	29
3.2 Artigo aceito para publicação 2	53
3.3 Artigo submetido 1	72
3.4 Artigo submetido 2	90
4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES	109
4.1 Produtos ensejados pela Tese	110
4.2 Considerações à Metodologia	112
4.3 Mérito e contribuições do estudo	119
4.4 Metas atingidas	121
4.5 Metas	125
APÊNDICE	128
REFERÊNCIAS	145
Abstract	152

1 INTRODUÇÃO

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade, a universalidade e a equidade, ainda constituem um desafio a ser conquistado com vistas à humanização em saúde. Importantes avanços são reconhecidos na trajetória de implantação deste sistema, como a reorientação do modelo de atenção à saúde pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e a reorganização dos serviços hospitalares, com a criação de ouvidorias, incremento de programas de melhoria contínua da qualidade, em ambiente público e privado, desenvolvimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e da Política Nacional de Humanização (PNH). Apesar, porém, de este fato representar um processo importante de incluir a população no sistema de saúde, persistem dificuldades de acesso e oferta de uma atenção integral, resolutiva e humanizada.

As adversidades deste cenário guardam estreita ligação com fatores macrossociais, que se definem por condições de desigualdades e iniquidades que perduram na sociedade brasileira, sobretudo em áreas de menor desenvolvimento, como no caso do Nordeste. A restrição nas situações de vida e saúde, com baixos índices de emprego e educação, torna essas populações mais vulneráveis e com menores oportunidades de acesso a bens e serviços de saúde.

Se o SUS apresenta desafios, como a necessidade de transformação do modelo de atenção e gestão para um cuidado centrado no usuário, maior financiamento, preparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva e social, educação permanente, dentre outros, essas questões se tornam mais agudas em regiões onde este sistema não está avançado em seus princípios

organizativos¹. Entende-se, portanto, que humanizar o SUS é aperfeiçoá-lo, radicalizando sua proposta democrática e o fato de lidar com a subjetividade².

Estudos recentes sobre a avaliação de programas e serviços de saúde, dando ênfase à subjetividade imanente ao processo de avaliar, apontam para a importância de considerar as perspectivas dos agentes sociais nos processos de avaliação^{3, 4}; pois a subjetividade constitui um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais, sendo produzida socialmente e nunca está acabada. Compreender essas perspectivas pode contribuir para subsidiar a prática dos profissionais de saúde, ante um modelo que tensiona limites entre a autonomia do sujeito humano no cuidado e a lógica dominante da saúde como mercadoria, pois a forte influência econômica, imposta pela razão capitalista, reduziu a relação terapêutica a preço, produtividade e valor de troca⁵.

Nos últimos anos, é crescente a mobilização em torno da temática da humanização, tanto no plano dos serviços quanto das produções acadêmicas, como na esfera do controle social. Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde trouxe esta temática como central, e nas últimas conferências municipais do Estado do Ceará, esta aparece como prioridade na quase totalidade de seus municípios⁶. Crescente conhecimento dos direitos de cidadania e exigência dos usuários contribui para provocar mudanças em práticas consideradas desrespeitosas.

Essas demandas sociais expressas nas reivindicações coletivas põem em pauta a humanização e a qualidade dos serviços prestados. Pesquisas também indicam a assimetria da relação entre profissional e usuário^{7, 8, 9}. Esta disparidade pode ser minimizada à medida que a perspectiva do usuário sobre o cuidado humanizado seja desvelada, favorecendo maior aproximação das suas

necessidades, autonomia, escuta qualificada e vínculo tão necessários na abordagem terapêutica. Além disso, discriminações e iniquidades podem, em parte, ser superadas pelo reconhecimento do usuário como legítimo outro, que atua como agente crítico da hospitalização percebido na qualidade de indivíduo, sujeito e cidadão ¹⁰.

Amplia-se, com efeito, o reconhecimento de que a humanização é um dos desafios mais significativos para a consolidação do SUS. Diferentes estudos e pesquisas demonstram, em período recente, graus importantes de insatisfação dos profissionais de saúde e gestores, mas, com relação aos usuários, mesmo submetidos a condições impessoais de atendimento, que não possibilitam nem o reconhecimento de suas verdadeiras necessidades, tampouco o estabelecimento de vínculos solidários e de corresponsabilidade, o grau de satisfação se mostra elevado.

O ponto de vista do usuário sobre a humanização dos serviços de saúde nestas investigações volta-se para o contexto da atenção primária em saúde, sendo ainda iniciantes na esfera dos hospitais, à exceção do contexto das emergências ^{11, 12}.

Torna-se necessário, portanto, diante do crescente interesse dos gestores, profissionais e usuários pela humanização nos serviços, compreender a perspectiva dos usuários sobre esta conjunção de problemas, os seus sentidos e significados, para, então, incorporá-los à gestão e atenção em saúde e à formação dos profissionais, visando a um cuidado usuário-centrado. Sabe-se que a organização hospitalar é permeada de múltiplos e diversos interesses em disputa, configurados em relações de poder entre os diferentes sujeitos ¹³. O que se pretende é descobrir

a voz do usuário, sem desconsiderar a importância de outros agentes, como os trabalhadores e gestores, buscando contribuir para incluir essa visão nas reflexões e possibilidades de consolidar o “hospital humano”. Este hospital não se refere a um tipo idealizado, mas àquele em que os sujeitos exercem protagonismo e autonomia, respeitam os direitos e reconhece o usuário como legítimo outro e cidadão. Essa experiência subjetiva descoberta poderá ser incluída no restabelecimento de sua saúde e na gestão dos serviços, favorecendo, assim, tanto a produção de sujeitos como a de saúde.

O usuário é um dos agentes da cena de hospitalização, possui singularidades, encontra-se em situação de vulnerabilidade, fragilidade, deslocado da família. O hospital, portanto, deveria ser um ambiente propício ao seu acolhimento e promoção de sua qualidade de vida. Isso, no entanto, nem sempre acontece, consistindo sua estada em momento de adversidade. Neste sentido, reafirmamos a importância das significações do usuário como contribuição para a melhoria da assistência e da gestão hospitalares, o que nos conduziu às seguintes indagações:

- quais os fatores intrínsecos de subjetividade do usuário na hospitalização?
- Qual a visão dos usuários no tocante à maneira como devem ser tratados?
- Quais diferenças se apresentam nos fatores de humanização entre hospital público e privado?

- Quais estratégias educativas podem contribuir para humanizar a atenção e a gestão em saúde?

Pressupostos da pesquisa

O hospital é o lugar onde as pessoas são cuidadas e trabalham, constituindo espaço de aprendizagem e desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em um hospital, evidencia-se momento marcante da vida humana, os eventos de como nascer e morrer, onde o ser humano fica diante da sua vulnerabilidade, tornando-se frágil, desamparado e impotente, principalmente diante da finitude da vida. Esse momento é singular, é único para cada pessoa.

Desde sua origem, o hospital ^{14, 15} constitui um lugar de empobrecidos e disciplinador, estabelecido pela ordem médica, evoluindo para a despersonalização do paciente internado ¹⁶. Tanto o hospital quanto os presídios foram considerados instituições totais ^{17, 18}, pois neles as pessoas são segregadas da sociedade por um período variável, permanecendo fechadas, isoladas e formalmente administradas.

A estrutura do ambiente hospitalar, as regras institucionais, os procedimentos rotineiros e os tratos informais do corpo funcional, portanto, conspiram para fragilizar o ser humano e comprometem o bem-estar e a recuperação do paciente. Apesar desta ordem hegemônica dominante, da posição desigual do paciente na relação com os trabalhadores, os distintos saberes/ poderes e interesses em jogo desses agentes sociais, a inserção da visão dos pacientes sobre os serviços hospitalares, na posição de sujeito participante, incorporada neste contexto, poderá configurar possibilidades de enfrentamento desses problemas, e, se necessário, mudar as regras e práticas vigentes.

Considerando os estudos no campo da humanização em saúde, a vivência como profissional e gestora no hospital, o trabalho desenvolvido na Política Nacional de Humanização, decidiu-se elaborar os pressupostos na sequência delineados:

- Estrutura e funcionamento do serviço público e privado influenciam a avaliação do usuário sobre a humanização hospitalar.

- Hospital privado possui atenção centrada no usuário, pois a condição de livre mercado provoca preocupação com a qualidade, para manter os clientes.

- Comunicação e relacionamento interpessoal profissionais-usuários no hospital privado são favorecidos pela semelhança socioeconômica e cultural, aspecto agravado no hospital público.

- No hospital público, as fontes de humanização provêm, principalmente, das atitudes dos usuários e membros familiares, os quais desenvolvem uma rede de apoio social, mais presente neste cenário do que no hospital privado.

A pesquisa qualitativa com suporte no confronto das realidades público e privado fornecerá “pistas” da humanização hospitalar, o que possibilitará a proposição de estratégias educativas em ambos os contextos.

Com o propósito de explorar esses pressupostos, definiu-se como objetivo geral para essa investigação revelar a perspectiva do usuário sobre humanização na assistência hospitalar pública e privada. Os dois objetivos específicos são:

- 1 confrontar as semelhanças e diferenças nas perspectivas encontradas em hospital público e privado sobre humanização hospitalar; e

- 2 desenvolver proposta pedagógica voltada para a humanização do cuidado hospitalar.

Espera-se por meio do estudo identificar o ponto de vista do usuário, uma vez que permite expressar um valor para a humanização hospitalar, permeado por categorias constituídas pelo conhecimento do grupo estudado, expresso na sua lógica interna, entrelaçada por condições objetivas, subjetivas e expectativas culturais. Vale ressaltar que, em razão da natureza subjetiva do encontro entre assistente e assistido, e da complexidade que envolve a relação do usuário com os serviços, as percepções desses sujeitos se modificam, dependendo da realidade, das necessidades sociais e da subjetividade de cada um diante do fenômeno hospitalização. Há, entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente ¹⁹.

Esta pesquisa é fundamental na cidade de Fortaleza, a qual se mostra uma das capitais mais desiguais do País ²⁰, refletindo no acesso aos serviços de saúde, públicos e privados; ao mesmo tempo em que o Estado do Ceará apresenta uma trajetória de vanguarda no SUS, protagonizando movimentos como a reforma psiquiátrica, a criação do agente de saúde, do Programa Saúde da Família e processos de humanização e qualidade na assistência hospitalar. Fortaleza figura entre as primeiras capitais a iniciar a implantação do sistema de qualidade hospitalar, teve hospitais participantes no pré-teste de modelos de acreditação do Ministério da Saúde, integrantes do projeto-piloto do Programa Nacional de Humanização Hospitalar - PNHAH ²¹. A Secretaria Estadual implantou ouvidorias em todas as suas unidades assistenciais, criou a Política Estadual de Humanização (PEH/CE) em 2003, elaborando o primeiro Código dos Direitos da Pessoa Hospitalizada no SUS ²².

Apesar destas ações, persistem desafios à humanização do SUS no Estado. O contexto social marcado por iniquidades, a fragmentação da rede assistencial, a baixa resolubilidade na atenção básica, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, modos da gestão com baixa participação dos usuários e trabalhadores, o foco na doença e não no sujeito doente, dentre outros, constituem dificuldades a serem suplantadas no sistema de atenção e gestão no território.

Esta autora protagoniza estes movimentos na rede de saúde pública, além de se inserir na construção de pontes entre o ensino e serviços de saúde, na perspectiva interdisciplinar, sendo integrante dos Grupos de Pesquisa Humanidades, Saberes e Práticas Médicas e Vida e Trabalho da Universidade Estadual do Ceará - UECE; Grupo de pesquisa Cultura e Humanização do Cuidado, da Universidade de Fortaleza - UNIFOR; integra trabalhos de pesquisa junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estabelecendo intercâmbios com professores-pesquisadores e linhas de pesquisa destas universidades com a UFRN. É membro do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS, da UECE. Essas trocas de saberes e conhecimentos articulam não somente as universidades, docentes e estudantes, mas também estes com as secretarias estaduais e municipais de municípios diferentes, incluídos os de Fortaleza, Teresina e Natal. Essa prática profissional desenvolvida ao longo do doutorado, norteadada pela transversalidade do tema da humanização, está calcada na perspectiva do próprio Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN que tem como uma de suas diretrizes a interdisciplinaridade e as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

Os principais achados da tese serão discutidos nas quatro produções anexadas. Serão apresentados na seção “Revisão da Literatura” os referenciais que embasaram a pesquisa, quais sejam, a humanização na saúde, avaliação da humanização na perspectiva do usuário, uma pedagogia significativa para o cuidado humanizado em contexto de hospitalização. Finalmente, os comentários, críticas e conclusões descreverão a trajetória da pesquisa e as possibilidades que se abrem para mais estudos. Ressalta-se, ainda, que o formato e as referências bibliográficas de cada artigo seguiram as normas das respectivas revistas onde foram submetidos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A humanização hospitalar

O hospital, sobretudo com origem no final do século XIX, progressivamente se tornou uma organização complexa. Do ponto de vista sociológico, é definido¹³ como "uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, constituindo-se como campo fundamental de produção do saber médico e da prática da medicina moderna". O hospital não só assume o lugar de destaque no sistema de saúde, mas também se estabelece como ideologia social, pelo predomínio do poder da profissão médica e da Medicina, que impõe em nome da cientificidade as idéias oficiais sobre saúde e doença e exerce o controle social na definição da circunstância social do doente¹³.

O poder institucional divide os indivíduos entre comandantes e subordinados obedientes²³. As relações sociais assumem a forma de tutela, de dependência e favor; robustecendo o poder e saber vigentes pela obediência à hierarquia dominante. O doente é despersonalizado e desumanizado, referido a um objeto, prontuário, número de leito, dentre outros. Os rituais dos procedimentos, a ruptura com o mundo exterior, o isolamento e a inatividade, o ordenamento do tempo e das condutas dos pacientes os submetem à ordem das atividades hospitalares¹³. Em instituições como os hospitais, o paciente tem um grau de autonomia baixo e, portanto, nem sempre é dividido como cidadão portador de direitos²⁴.

No contexto atual, no entanto, elementos da conjuntura científica e política se mostram favoráveis a uma abertura cultural dos profissionais e das organizações hospitalares. A PNH como política pública do SUS, do Ministério da Saúde, adota diretrizes e dispositivos, visando à transformação do modelo de atenção e gestão em saúde, o vínculo, a corresponsabilização e a participação coletiva na humanização nos serviços. Diferentes estudos científicos demonstram evidências favoráveis à participação do usuário e escuta de sua voz para a melhoria do atendimento ^{11, 12, 25, 26, 27}. Ocorrem experiências em diferentes contextos do sistema, como a reforma psiquiátrica, que altera o modelo assistencial para um cuidado centrado no usuário, com valorização do vínculo e responsabilização do processo terapêutico; as experiências da assistência e internações domiciliares, envolvendo a família e o paciente no projeto terapêutico; as experiências realizadas em hospitais públicos que implementam mudanças nos modelos assistenciais e de gestão etc. O instituinte pode criar “brechas” no estabelecido pelo instituído, reproduzido cotidianamente nas práticas no hospital, e se apresenta como possibilidade sempre presente de novas criações e mudanças.

A humanização das práticas assistenciais nos hospitais é algo desafiador, pois remete a múltiplas dimensões de atuação nos microprocessos do trabalho cotidiano: conceituais, criação de espaços coletivos para problematização, negociação entre gestores e trabalhadores, organização do processo de trabalho, responsabilização e vínculo, a escuta de usuários, a abordagem do paciente como sujeito e cidadão, resolubilidade e integração do hospital na rede de serviços; e levar-se em conta aspectos macroestruturais de financiamento e organização da rede assistencial ²⁸.

A humanização consiste em conceito polissêmico ¹⁰. Significa dizer que existem diferentes formas de concebê-la, pois comporta complexidades de ordem singular, individual, histórica, cultural, psicossocial, expectativas, dos contextos e situações nas quais os sujeitos experienciam a vida etc.

A humanização nos hospitais não é um conceito fechado, permanente; é dinâmico, conforme a sociedade, a cultura, o momento histórico, as necessidades individuais e coletivas, não sendo, portanto, passível de encerramento categórico ²⁹. Humanização é uma problemática que envolve pelo menos sete campos de determinação:

O antropológico, o da cultura; ético, o do humanismo; político, o da cidadania; técnico sistêmico, o da qualidade, desdobrando cobertura, território, hierarquização e acesso aos níveis de atenção à saúde; técnico de serviço, o da qualidade de processos e produtos; estético, o da satisfação, desdobrando conforto, simplicidade, funcionalidade e beleza dos espaços; e psicossocial, o da satisfação, referente ao encontro significativo entre assistente, possuidor de alto poder simbólico, e assistido, vivendo situação-limite de fragilidade e vulnerabilidade.

Essas dimensões podem contribuir para o acolhimento, o sentir-se respeitado, protegido, valorizado. Esse acolhimento se traduz também no fato de os profissionais de saúde e a organização tomarem para si a responsabilidade de problematizar e intervir em uma dada realidade, presente no seu território de atuação. Com suporte na identificação das principais necessidades sociais de saúde, busca-se a promoção da saúde mediante uma relação humanizadora e acolhedora, objetivando-se a autonomia do usuário.

Entre estas dimensões, a cultura é referida como um conjunto de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações ³⁰. A cultura é socialmente elaborada, tem caráter simbólico,

sendo a forma de um grupo perceber, interpretar e atribuir significado às situações. Nesse sentido, a humanização, como fenômeno social, guarda uma especificidade a ser compreendida do universo de sentidos e percepções dos usuários que se submetem aos serviços em saúde.

Na década de 1960, já se iniciavam no Brasil os primeiros movimentos de reivindicação dos direitos dos usuários, sobretudo por parte das mulheres, e, em 1980, surgiram os primeiros congressos sobre humanização hospitalar e da saúde, sob a coordenação das organizações São Camilo, trazendo à cena o tema da humanização na área da saúde, em pleno decurso de redemocratização do País. A crise gerada no modelo de atenção por uma prática superespecializada e mecanicista e de práticas da gestão centralizadoras e menos democráticas, provocou debates e discussões em todo o País.

No plano das políticas públicas, no ano 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde – Brasil, tendo por lema “como o usuário-cidadão quer ser tratado”, representou um marco na remissão do princípio da participação do usuário no controle do sistema público de saúde. Com o mote “efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, foi indicada a reiteração dos princípios da integralidade assistencial da humanização e da equidade como objetivos para a consolidação do SUS ³¹.

Levantamento sobre a satisfação de usuários nos hospitais do SUS constatou que 80% dos pacientes estavam “satisfeitos” com o atendimento; 20% mostraram-se “insatisfeitos” com a organização hospitalar, tempo de espera, fila e falta de vagas. Tais descontentamentos, porém, foram suplantados por queixas subjetivas

ligadas ao relacionamento dos profissionais com os usuários: maus-tratos, atitudes grosseiras, indiferença e desinteresse ²⁹.

Esses desagrados levaram o Ministério da Saúde a buscar iniciativas para melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, a fim de garantir o bom funcionamento do SUS, levando à criação, em 2000, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Seu objetivo foi possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS ²¹ em 2001, evoluindo para a formulação da Política Nacional de Humanização - PNH, em 2003 ²⁴.

A PNH como política pública transversal reconhece que os trabalhadores da saúde se encontram submetidos a situações de desvalorização e de expressiva precarização das relações de trabalho, com baixa inserção em processos de educação permanente. Há o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva, assim como modelos de gestão centralizados e verticalizados, impedindo este trabalhador de participar das decisões sobre o processo de trabalho e contribuir para sua melhoria. De acordo com esta Política, a humanização pressupõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde: clientes/usuários, trabalhadores e administradores/gestores, integrando mudanças no modelo atual de atenção e gestão no SUS.

Uma das consequências da supervalorização das ciências biológicas, da superespecialização e dos meios tecnológicos, é uma gradativa “desumanização” da relação profissional-paciente. O primeiro se transformou cada vez mais em um técnico, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos subjetivos presentes no usuário

que assiste. É urgente repensar este modelo de atenção focado na doença e não na pessoa que a conduz.

Em parte, este fenômeno ocorre em função das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em virtude das transformações nas condições sociais de trabalho que tenderam a precarizar as relações de trabalho, restringindo a disponibilidade do profissional para o contato com o usuário^{32, 33}. A relação profissional-paciente, no entanto, parece ser um dos mais importantes determinantes do sucesso da terapêutica. Esse relacionamento é capaz de promover ou não uma mudança de atitude por parte do usuário diante do seu sofrimento e do seu mundo³⁴.

O movimento da humanização, atualmente, delinea-se como uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico, com a normalização institucional pautada na lógica tecnoburocrática e busca do desempenho produtivo. A humanização deve ser entendida como *práxis* transformadora e as respostas a essa problemática não de ser buscadas no processo social e político dialógico entre os sujeitos e as condições concretas de vida. Neste sentido, as relações entre profissionais e usuários devem se caracterizar por serem vínculos entre sujeitos sociais, não somente entendidos como expressões subjetivas no plano dos afetos individuais, mas cujos significados e expressões integram um projeto social e seus objetivos³⁵.

Desta perspectiva ampliada sobre a humanização na assistência hospitalar, entrelaçada com as condições socioeconômicas e políticas que envolvem a prática em saúde e os usuários/familiares, urge que se continue buscando meios de

participação e inserção da comunidade no controle social e se recuperem a compreensão e as explicações dos fenômenos e representações sociais, de forma que tanto o profissional como o usuário e sua família se encontrem na condição de explicar e compreender a si mesmos e ao outro.

No contexto da humanização hospitalar, portanto, é indispensável identificar o ponto de vista dos usuários sobre os fatores que contribuem para a humanização no cuidado, a fim de descobrir meios de aproximação com o usuário, que possibilitem a sua inclusão no restabelecimento de sua qualidade de vida e saúde.

Etnoavaliação da humanização hospitalar

Uma questão a ser solucionada na avaliação dos serviços de saúde é a definição de métodos apropriados para avaliação da qualidade dos serviços em saúde, a padronização e a formulação de indicadores específicos que possam traduzir todas as dimensões e aspectos da qualidade, principalmente porque a humanização se encontra ligada ao senso de confiança, credibilidade e confiabilidade a respeito dos serviços e de suas práticas sanitárias³⁶.

Predominam na literatura os estudos de base formal, em seus componentes ou elementos, conferindo um tratamento reducionista ou unidimensional à avaliação da qualidade^{37, 38}. Donabedian foi quem primeiro sistematizou a avaliação da qualidade dos serviços de saúde com base na estrutura, processo e resultados obtidos. Apresenta nos critérios de qualidade elementos fundamentais à humanização, mas desconsidera as condições operacionais, administrativas e de cultura organizacional³⁹.

Alguns autores referem que essa abordagem é limitada para as demais políticas sociais, pois as inúmeras variações e modalidades de intervenção que apresentam resultam em diversificadas dinâmicas de funcionamento e, por causa desta multiplicidade, não podem ser sustentadas, valendo-se de racionalidade única ³. É necessário considerar, no entanto, as diferenças culturais, as necessidades sociais e os diversos componentes do que se apresenta como relevante na perspectiva dos usuários.

Este paradigma, no entanto, é questionado, com tendência de vários autores a transformar a exclusividade técnica que caracteriza a avaliação dos serviços, para reconhecer a subjetividade inerente a qualquer avaliação ⁴⁰. Isso porque a objetividade e a neutralidade, próprias deste modelo, passam a ser vistas como limitadas, pois as decisões e análises na pesquisa social envolvem julgamentos de valor. Além disso, captar a subjetividade do ponto de vista do usuário requer outro tipo de visão: “a qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades” ³⁷.

E necessário, assim, apreender as significações da experiência vivida pelo usuário e incluí-las como resultado do seu protagonismo nas ações de saúde. A etnoavaliação acolhe a leitura do usuário sobre hospitalização, seus sentidos e significados do vivido. O prefixo *etno* corresponde ao sistema de conhecimentos e percepções típicas de uma dada cultura, que é diversa para cada grupo distinto de pessoas (etnia) ⁴¹. Com apoio no método etnográfico ³⁰, essas significações são

desveladas pela etnografia da experiência, buscando uma descrição aprofundada desses fenômenos particulares em vez de identificar generalidades^{42, 43}.

Ainda que o conhecimento popular seja desvalorizado na relação estabelecida com os usuários, situando-os na posição de passivos, “pacientes”, seja permeado pelas contradições que envolvem a relação de poder destes para com os profissionais de saúde e para com a própria organização e funcionamento dos serviços, que produz isolamento, os usuários sabem o que precisam para ser bem-cuidados, pois tem as próprias ideias. Além disso, o processo de cura é subjetivo, com significação própria para cada pessoa.

Portanto, o usuário tem muito a ensinar sobre si mesmo e acerca das representações que tem a respeito de saúde-doença. Estes podem constituir-se em sujeitos ativos, com voz legítima para revelar os fatores necessários a promover uma internação saudável que favoreça a cura humana, levando-se em conta sua experiência e vivência humana no hospital.

Estudo sobre humanização requer a consecução de indicadores que possam mensurar o quanto o serviço é considerado humanizado, mas é preciso considerar a realidade social, o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores no contexto hospitalar. Avaliar com base apenas em instrumentos objetivos pode limitar esta realidade com elevado grau de pluralidade e complexidade, ao que é apenas observável e quantificável. Qualquer pesquisa social que pretenda aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial quantitativo⁴⁴.

Pesquisa sobre o grau de satisfação de profissionais e usuários de 96 hospitais da rede SUS do Brasil que participavam do PNHAH, quanto à

humanização da assistência hospitalar, evidenciou a importância de maior esforço para ouvir a voz dos usuários, pois o aspecto que suscitou maior grau de insatisfação de profissionais e usuários foi a falta de meios efetivos de comunicação de queixas e de sugestões pelos usuários ⁴⁵. As questões apontavam para uma série de variáveis distribuídas em dez blocos de indicadores de humanização previamente definidos: participação dos profissionais na gestão hospitalar, comunicação na instituição hospitalar, trabalho em equipes, condições de trabalho dos profissionais, clima moral e motivação profissional, qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos, acesso e prestação, qualidade da informação, relacionamento entre profissionais e usuários, comunicação de queixas e sugestões pelos usuários. Além das perguntas fechadas, era solicitado que o usuário comentasse sobre a forma como tinha sido atendido. O relatório conclui que o avanço na humanização hospitalar poderá requerer, entre outras condições, o alcance de maior sintonia de visão entre gestores e profissionais, bem como entre profissionais e usuários, entendendo-se por isso o estabelecimento criativo de consensos quanto às prioridades de humanização, com ampliação dos espaços de comunicação e diálogo.

No plano nacional, a satisfação dos usuários despertou o interesse do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o qual desenvolveu estudo sobre *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*, identificando a demora no atendimento como o principal aspecto de insatisfação no âmbito dos serviços públicos de saúde ¹.

Outra ideia avaliativa do Ministério da Saúde foi instituir o Prêmio David Capistrano, em julho de 2004, para laurear experiências exitosas no campo da humanização. A comissão responsável estabeleceu cinco dimensões para avaliação das experiências que funcionaram como critérios para pontuação, com respaldo nos objetivos e diretrizes da PNH: estímulo à democratização institucional, acolhimento, resolubilidade, responsabilização e ambiência. Essas pesquisas foram muito importantes para avaliar a satisfação dos profissionais e usuários.

As escalas de satisfação apontam aspectos importantes da qualidade e humanização assistenciais, caracterizando-se por serem de natureza predominantemente quantitativa, identificando pontos específicos definidos *a priori* e, na sua maioria, referentes à estrutura hospitalar.

Uma das limitações das pesquisas de satisfação com base em questionários decorre da abordagem normativa e menos geral, de cunho quantitativo. Elas se mostram insuficientes para avaliar a qualidade de serviços e programas, em decorrência da complexidade que envolve as percepções e expectativas, pois tem origem em pressupostos já rotulados como padrões sem levar em conta as diferentes realidades sociais, podem intimidar o usuário com termos diferentes do seu universo e desconsideram o fato de que a satisfação/insatisfação dependem das possibilidades concretas de oferta e necessidade de atendimentos ^{36, 46}. A questão da consciência de cidadania e participação não é avaliada pelas pesquisas de satisfação, interferindo nos seus resultados, de forma progressiva, ao longo do tempo, levando a um senso crítico maior, com maiores exigências. O grau de satisfação do usuário poderá revelar-se menor em função da sua maior exigência.

Por outro lado, existem alguns estudos qualitativos que revelam o ponto de vista do usuário, buscando compreender sua subjetividade na experiência humana vivida nos serviços de saúde no Ceará ^{43, 46}. Embora se observe tendência de incorporar a visão dos significados atribuídos pelos usuários em relação à saúde, os estudos têm se restringem à avaliação da atenção primária em saúde e não do contexto hospitalar. Portanto, é necessário captar os significados profundos desta experiência para o usuário, contribuindo para a possibilidade de transformação do atual modelo de assistência hospitalar, a fim de elaborar estratégias educativas de formação dos profissionais, que possibilitem a emergência de práticas acolhedoras e resolutivas da gestão e da atenção à saúde.

À medida que o movimento da humanização se desenvolve no sentido de uma preocupação operativa com o direito à saúde, com a reorganização dos serviços e práticas em saúde, ele incorpora, de maneira simbiótica, a categoria de satisfação dos usuários ³⁵. A posição desses autores reside, pois, em pôr o que chamam de novidade da humanização/satisfação radical, situada como

Possibilidade de abrir a organização para o cidadão, indo além da mensuração de graus de quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde.

Alguns autores ^{36, 37, 47, 48} discutem a complementaridade entre os métodos quantitativos e qualitativos, bem como a possibilidade de integração dessas estratégias na investigação social, pois a qualidade não é a contradição lógica da quantidade, mas a face contrária da mesma moeda, ou seja, ambas integram uma mesma realidade ³⁷.

Dar voz ao usuário é buscar compreender o que ele nos diz sobre os problemas de qualidade do atendimento do seu próprio ponto de vista ⁴⁹. É possível indagar: o que os usuários querem? Do que eles necessitam? É difícil imaginar as respostas dessas questões sem a eles perguntar.

A satisfação com o cuidado médico recebido é uma das formas mais comuns referidas pelo usuário na avaliação, e trabalhos neste campo foram desenvolvidos na última década ²⁵. Há ampla literatura sobre os determinantes e consequências da satisfação do usuário ^{27, 43, 49, 50, 51}. Em um desses estudos ⁴⁹, sobre queixas médicas por parte dos usuários, eles destacam que fundamentalmente esses reclamos ocorrem de processos completos de atendimento médico irregulares, com a confluência de vários problemas de ordem interpessoal, ética, da desinformação, menosprezo e discriminação.

O sistema de ouvidoria mostra-se na humanização como um dispositivo importante, à medida que contribui para o exercício da cidadania e atende a principal solicitação dos usuários identificada na pesquisa do PNHAH, realizada em 2002, sobre o grau de satisfação de profissionais e usuários de hospitais da rede SUS, os quais destacaram a importância de sistemas de comunicação para que fossem ouvidos.

No Ceará, desde 1998, funciona o sistema de ouvidoria, ampliado posteriormente com outros programas, a exemplo do Alô Saúde, Rede de Ouvidores, Caixa de Sugestões, Birô da Cidadania e o Programa *Netsaúde*.

Algumas pesquisas de satisfação dos usuários foram realizadas no Ceará, por iniciativa do próprio Estado, visando a avaliar a tomada de decisões para a

melhoria dos serviços. Em 1997, realizou-se uma avaliação com base na aplicação do *Manual de Padronização da Qualidade Hospitalar* em todas as unidades hospitalares, com fins de auditoria, onde foram investigados 101 indicadores distribuídos nas categorias: contexto, estrutura orgânica, estrutura funcional, missões e articulações.

Esses estudos apontam a importância da inclusão da perspectiva do usuário na melhoria dos serviços, embora sejam limitados por serem escalas de satisfação. Alguns outros estudos, no entanto, despontam com visão mais abrangente, favorecendo uma perspectiva holística, crítica e que revele a subjetividade das pessoas envolvidas no cuidado em saúde; outros privilegiam a integração de modelos quantitativos e qualitativos.

Possibilidades da educação para um cuidado humanizado

A visão de que a baixa eficácia das ações de saúde decorre da deficiência de competência dos trabalhadores conduz gestores a intensificarem propostas de cursos, os quais consomem recursos e tempo, mas insuficientes para produzir os efeitos positivos e que ensejam mudanças nas práticas desses profissionais ⁵². Ocorre, na atualidade, a discussão em torno da Educação Permanente em Saúde, conceito que ganhou características de política pública na área da saúde. De acordo com esta visão, a educação constitui estética pedagógica, sendo condição para o desenvolvimento da escuta, do cuidado e do tratamento esteando da experiência da problematização da prática e da invenção de problemas – implicar-

se ativamente no mundo, acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas, e a criação permanente ⁵³.

Os trabalhos desenvolvidos em torno da humanização e qualidade na gestão configuram-se com ampla gama de experiências relacionadas ao usuário, em menor número na gestão do trabalho, deixando de lado a temática da educação permanente em saúde, sendo este um campo mais recente de preocupação. Essa discussão ocorreu principalmente com a organização dos Pólos de Educação Permanente, que integram a política de educação e desenvolvimento para o SUS ⁵⁴.

É inadiável assegurar à área da formação um lugar central às políticas públicas de saúde, introduzindo novas abordagens, mais potentes para desfazer as dicotomias persistentes, o modelo biomédico, integre os diversos campos do saber no trabalho em saúde e permita elevar os trabalhadores a agentes sociais da mudança do atual modelo de atenção e gestão à saúde ⁵³. Portanto, o desenvolvimento de recursos tecnológicos deve associar-se à noção de aprender a aprender, de trabalho em equipe, de formular cotidianos como objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Paulo Freire ^{55, 56} foi um dos primeiros educadores a apontar os caminhos para a noção de aprendizagem significativa, que atribua sentido à vida e autodeterminação ao sujeito pela prática da reflexão crítica, cujos pressupostos influenciaram em grande parte o movimento da Educação em Saúde. Para outros educadores ⁵⁷, a educação deve priorizar a “tecnologia da interação humana, colocando em evidência, ao mesmo tempo, a questão das dimensões epistemológicas e éticas”, apoiada necessariamente em uma visão de mundo, de homem e sociedade. Neste sentido, uma prática pedagógica precisa ter dinâmica

própria, que lhe permita o exercício do pensamento reflexivo, conduza a uma visão política de cidadania, e que seja capaz de integrar a arte, a cultura, os valores e a interação, propiciando, assim, a recuperação da autonomia dos sujeitos e de sua ocupação no mundo, de forma significativa.

Ainda sobre as possibilidades de significação da prática reflexiva, é destacado ⁵⁸ o seu caráter heterogêneo e plural, que possibilita a inter-relação dos diferentes saberes, produzindo conhecimentos em articulação com o contexto sociopolítico, econômico e cultural, resultante numa intervenção na realidade com amparo na relação com o mundo da experiência humana, com sua bagagem de valores, interesses sociais, afetos, conotações diferenciadas e cenários políticos.

É priorizada, em outra perspectiva, a complexidade da educação, discorrendo principalmente sobre os pressupostos e saberes que ele denomina como os sete saberes necessários à educação do futuro: as cegueiras do conhecimento; o erro e a ilusão; os princípios do conhecimento pertinente; ensinar a condição humana; ensinar a identidade terrena; enfrentar as incertezas; e ensinar a compreensão e a ética do gênero humano ⁵⁹.

Assim pode-se perceber que não basta refletir sobre as relações entre ser e fazer, pois é preciso também analisar a inter-relação do ter com o ser. O ter-conhecimento comporta um valor importante, constituindo-se meio e instrumento para ser mais, aperfeiçoar e realizar o ser profissional e paciente numa troca e interação de seus sentidos e significados em dado contexto histórico. O ter e o fazer devem servir para SER mais e melhor, a fim de que o ensino-aprendizagem contribua para a conscientização reflexivo-crítica dos sujeitos históricos e se recriem

as possibilidades de uma pedagogia humanizadora, numa perspectiva crítica e transformadora ⁵⁹.

No campo da saúde, essa perspectiva se traduz em Merhy ⁵², o qual propõe uma nova pedagogia, a da implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, operando transformações da sua prática, pela problematização de si mesmo no agir no concreto do trabalho de cada equipe, produzindo cuidado em saúde no plano individual e coletivo, comprometidos com a conquista e defesa da vida.

É preciso, portanto, estabelecer interfaces da educação com a saúde num sentido amplo, inter e transdisciplinar, voltadas para a experiência concreta dos sujeitos e que integrem os componentes do quadrilátero do ensino na saúde: formação, atenção, gestão e participação social ⁴.

Neste sentido, não se trata de investir na ideia de que, para encetar um cuidado humanizado, seria o bastante introduzir mudanças nos métodos de ensino, ou nos conteúdos, ou modelos curriculares, é preciso levar em consideração os diferentes conflitos e contradições do cotidiano e, transpondo os quatro elementos do ensino citados anteriormente, os problemas estruturais do modelo biomédico e das práticas alienantes. Além disso, a oferta de cursos e programas de ensino, geralmente, encontra-se dissociada das necessidades da população e do mercado, pois há desconhecimento, por falta de planejamento e avaliação, das condições e demandas sociais. Embora os investimentos nessa área sejam frequentes, tendem a se apresentar descontextualizados das necessidades dos trabalhadores, gestores, usuários, comunidades e seus contextos; predominantemente destituídos de um pensar crítico, baseadas numa aprendizagem repetitiva, não significativa, sem relação com os conhecimentos que as pessoas já sabem. Ainda, sem incluir as

dimensões subjetivas, sociais, culturais, psicológicas, éticas e políticas, pouco contribui para mudar as práticas de atenção à saúde.

Assim, a aprendizagem significativa é expressa como uma trilha de possibilidades, ultrapassando os modelos hegemônicos, pois se instaura quando o material de aprendizagem se relaciona com os conhecimentos prévios da pessoa, ou seja, o conteúdo é potencialmente significativo e a pessoa está motivada para fazer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva e de forma aberta, se dispõe a interagir com o outro ⁵. Com apoio nos novos desafios trabalhados pela análise crítica, o aprendiz é levado a ultrapassar as suas vivências anteriores e concepções, num movimento de tensionamento, que acaba por propiciar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento e produção de novas subjetividades.

3 ANEXAÇÃO DE ARTIGOS

3.1 Artigo aceito para publicação – Revista de Enfermagem da USP.

3.2 Artigo aceito para publicação – Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

3.3 Artigo submetido para publicação – Revista Latino-Americana de Enfermagem.

3.4. Artigo submetido para publicação – Revista de Salud Pública.

3.1 Artigo aceito para publicação 1 – Revista de Enfermagem da USP.

Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do SUS e seus mediadores¹

Ethnic evaluation of hospital humanization by the users of the Brazilian unified health system and their mediators

Annatália Meneses de Amorim Gomes
Escolástica Rejane Ferreira Moura
Marilyn K. Nations
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo etno-avaliar a humanização da assistência hospitalar na percepção de usuários hospitalizados. Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2005, em hospital público de Fortaleza-CE, por meio do *percurso do paciente*. Participaram 13 usuários hospitalizados. A análise foi realizada pela técnica de análise categorial, originando as categorias: etno-avaliação da estrutura e dinâmica hospitalar, da imagem hospitalar e da competência profissional humana e técnica. Os usuários utilizavam múltiplas facetas para suavizar suas opiniões, sendo desvelados fatores incluídos nessas facetas, denominados *mediadores da etno-avaliação*, e os categorizaram em: condições da entrevista, condição socioeconômica, personalidade e religiosidade do usuário, discurso irônico, diagnóstico sombrio e necessidades atendidas e experiência anterior de hospitalização. Elementos revelados pelos pacientes são significativos para mobilizar profissionais e gestores com vistas a mudanças que promovam a humanização e incluam o usuário como etno-avaliador crítico social.

Descritores: Antropologia cultural. Hospitalização. Humanização da assistência. Satisfação do paciente.

INTRODUÇÃO

Nos anos 1960, os serviços de saúde incorporaram referenciais da gestão da qualidade, até então utilizados na área industrial⁽¹⁾. Na década de 1970, surgiram as primeiras pesquisas

¹ Artigo derivado do Projeto “Hospital Humano: etno-avaliação do cuidado centrada nos sentidos, significados e experiência vivida do paciente”, financiada pelo CNPq, sob protocolo 403744/2004-0.

de avaliação da qualidade em saúde, trazendo a satisfação do usuário como objeto de investigação. Dos anos 1980 em diante, foi crescente o número de reclamações e processos judiciais relacionados aos serviços de saúde, assim como a exigência de que a unidade do usuário fosse recuperada e reconhecida⁽²⁾. Fazia-se necessária a humanização nos serviços de saúde, evento que emergiu em função das insatisfações dos usuários, o que levou o Ministério da Saúde (MS) a constituir, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)⁽³⁾. Apesar de várias iniciativas para melhorar a humanização nos serviços de saúde, como a reorientação do modelo de atenção centrada no usuário, o incremento de programas de qualidade e de sistemas de acreditação, a criação da PNH, o estabelecimento de ouvidorias e escuta ao cidadão, persistem barreiras à atenção humanizada.

Nos últimos anos, estudos têm avaliado os serviços hospitalares na visão dos usuários, porém com um enfoque predominantemente quantitativo, o que deixa uma lacuna no entendimento da humanização⁽⁴⁾. Avaliações dos sentidos, significados e experiências vividas pelos usuários hospitalizados são pouco efetuadas, quando captar a subjetividade é imprescindível, pois agrega o espaço das vivências, das emoções, as quais não se quantificam, uma vez que expressam singularidades⁽⁵⁾.

Humanização tem um conceito polissêmico, pois suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum de ser bom com o outro que sofre, passando por leituras essencialistas, até um humanismo revisitado, aberto ao singular de cada experiência humana, suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado na ética⁽⁶⁾. Portanto, este estudo se propôs compreender a humanização na perspectiva do senso comum, discutindo as bases culturais, as expectativas dos usuários e suas representações. Nesse contexto, a

Antropologia insere a importância do subjetivo social na avaliação qualitativa, oferecendo instrumentos para sua apreensão, destacando-se a etno-avaliação. Tal método proporciona a apreensão, em profundidade, dos significados percebidos pelos usuários hospitalizados acerca da humanização.

Em face do exposto, decidiu-se pela apresentação deste artigo, com o objetivo de etno-avaliar a humanização da assistência hospitalar na percepção de pacientes hospitalizados.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, baseada na etno-avaliação. A dimensão dos significados, aspirações, atitudes, crenças e valores expressam a linguagem comum na vida cotidiana, constituindo o objeto da abordagem qualitativa⁽⁷⁾. *Etno* corresponde à cultura, aos símbolos e aos sentidos de indivíduos ou grupos. A etnografia permite o acesso ao mundo e ao conhecimento do outro. Portanto, utilizá-la neste estudo permitiu desvelar os sentidos e significados culturais dos participantes acerca da humanização hospitalar⁽⁸⁾.

Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2005, em um hospital geral público, terciário, de Fortaleza-CE. Este é campo de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência obstétrica estadual. Possui 276 leitos, distribuídos em 29 especialidades médicas.

Participaram 13 pacientes, selecionados pelos critérios: escolha do primeiro da fila para atendimento na recepção do hospital, com a atenção para não repetir o motivo da hospitalização, buscando ampliar a diversidade de casos e os setores de internação.

Quando isso ocorria, passava-se para o seguinte na fila. Pacientes com transtornos psíquicos e menores de 16 anos (por recomendação do Comitê de Ética) foram excluídos.

Uma combinação de técnicas (observação livre, observação participante e entrevista etnográfica) foi criada para captar a experiência de hospitalização, sendo denominada *percurso do paciente*⁽⁹⁾. Nos primeiros três meses, efetuou-se a observação livre, em que os elementos significativos foram registrados em diário de campo. Os 13 pacientes selecionados foram acompanhados desde a admissão até a alta, aprofundando o contato e a compreensão sobre a hospitalização, com base na observação participante e de entrevistas etnográficas profundas, que favoreceram a livre descrição dos acontecimentos. O tempo de acompanhamento dos pacientes variou de sete horas a 60 dias. O menor tempo (sete horas) foi o caso de uma paciente submetida a biopsia uterina. Percursos que duraram menos de sete dias foram de pacientes com as seguintes demandas: parto normal (dois dias); cirurgia estética vaginal (três dias); exérese de nódulo no pé (três dias); tireoidectomia (cinco dias); e um caso de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (cinco dias). Durante dez dias, acompanhou-se um paciente com artralgia (10 dias); um parto de alto risco na casa da gestante (área anexa ao hospital que abriga gestantes de alto risco moradoras de áreas de acesso difícil ao serviço de alta complexidade) (12 dias) e uma cirurgia bariátrica (14 dias). Por mais de um mês, acompanhou-se um paciente com leishmaniose cutânea (30 dias), uma parturiente de recém-nascido prematuro no Projeto Mãe Canguru (39 dias) e um paciente internado para biopsia pulmonar (45 dias). Durante dois meses, uma paciente hospitalizada para realizar histerectomia foi acompanhada.

As entrevistas etnográficas foram mescladas com livres narrativas dos usuários sobre a hospitalização, orientadas pelas questões norteadoras: Conte-me como está sendo a sua

permanência no hospital; Descreva como foi para você ficar internado; Descreva os eventos que o marcaram; Relembrando de sua entrada até esse momento, o que gostaria de destacar? O que mais você gostaria de dizer sobre sua passagem pelo hospital? As entrevistas foram gravadas e ocorreram nas enfermarias ou em áreas próximas, de acordo com o ambiente e a condição física dos usuários, bem como em seus domicílios. Estas foram transcritas na íntegra, por bolsistas, e validadas pelas pesquisadoras. A frequência de encontros com cada paciente ocorreu até a saturação de sua fala, ou seja, até o ponto em que a entrevista deixou de registrar fatos ou idéias e pensamentos novos⁽¹⁰⁾.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias, as quais continham até seis leitos, algumas com ar-condicionado e boas condições físicas, enquanto outras apresentavam ventilação e iluminação precárias. Parte das entrevistas também ocorreu em locais próximos às enfermarias (corredores, jardins), sempre respeitando a disponibilidade e a privacidade dos informantes. Em duas ocasiões, as entrevistas foram efetuadas no domicílio dos entrevistados, em razão de a alta hospitalar não haver sido avisada previamente às pesquisadoras. A colocação do microfone próximo à boca do paciente facilitou sua privacidade e garantiu qualidade nas gravações.

Os dados foram organizados pela técnica de análise categorial de conteúdo⁽¹¹⁾. Na pré-análise, foram realizadas leituras flutuantes, com o intuito de agrupar as informações; em seguida, efetuou-se a exploração do material por meio de leituras repetidas das transcrições, permitindo identificar significados e definir agrupamentos de dados em categorias. Emergiram 225 unidades de significação, reunidas em: etno-avaliação da estrutura e da dinâmica hospitalar; etno-avaliação da imagem hospitalar; e etno-avaliação da competência profissional humana e técnica.

Notou-se que os usuários utilizavam múltiplas facetas para suavizar suas opiniões e críticas sobre a hospitalização, quando se passou a explorar o processo cognitivo utilizado para avaliar o serviço. Processo cognitivo é a realização das funções estruturais da representação (idéia ou imagem que concebemos do mundo ou de alguma coisa) ligadas a um saber referente a um dado objeto⁽¹²⁾. Nesse processo, realizaram-se releituras dos depoimentos, visando a desvelar os fatores incluídos nessas facetas, denominados *mediadores da etnoavaliação*⁽⁹⁾ e os categorizaram em: condições da entrevista, condição socioeconômica, personalidade e religiosidade do usuário, discurso irônico, diagnóstico sombrio e necessidades atendidas e experiência anterior de hospitalização. Finalmente, procedeu-se ao tratamento dos dados e sua interpretação. Os depoimentos apresentados no texto estão acompanhados por nomes fictícios, visando a preservar a identidade dos participantes, seguidos da idade e tipo de patologia ou procedimento.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹³⁾. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação dos objetivos da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, conforme o registro 111106-04.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quatro participantes do estudo eram do sexo masculino e nove do sexo feminino. A idade variou entre 16 e 93 anos. Quanto à escolaridade, seis entrevistados eram analfabetos ou não completaram o primeiro grau; um terminou o primeiro grau; e seis estavam cursando ou haviam concluído o ensino médio. Dois participantes residiam no

interior do Estado do Ceará e os demais na periferia de Fortaleza. A totalidade dos participantes informou situação econômico-financeira equivalente à população de baixa renda. Dez participantes estavam internados pela primeira vez e três por duas vezes, no mesmo hospital da pesquisa.

Etno-avaliação da estrutura e da dinâmica hospitalar

Parte das enfermarias foi considerada desconfortável em razão do calor e do ruído interno provocado pela reforma em curso no hospital, somado ao barulho externo do trânsito. A longa distância entre a enfermaria e o posto de enfermagem (espaço onde se coordenam os registros e cuidados dos pacientes), o número de leitos superior à capacidade física das enfermarias, cama e banheiro impróprios ao porte de um usuário obeso, demarcaram o cenário físico do hospital como *desumano*. Improvisações e falta de sinalização interna causavam desorientação geográfica de usuários e familiares. Pacientes hospitalizados eram mantidos nos corredores por falta de leitos. Uma gestante de alto risco permaneceu em uma maca no interior de um banheiro, aguardando o momento do parto. Esta narrou:

Tinha gente que ia lá usar [referindo-se ao banheiro]. Quase ninguém me ouvia. Fui levada posteriormente para a sala de sofrimento [referindo-se à sala de pré-parto] e em seguida para uma sala de parto desativada, sem luz. Eu fiquei toda encolhidinha (Emília, 21 anos, gestante de alto risco).

Materiais e equipamentos avariados adiavam procedimentos. Algumas camas não permitiam a elevação da cabeceira e dos membros inferiores dos pacientes, dificultando a

mudança de decúbito e o conforto. Parte dos colchões apresentava espumas desgastadas e o revestimento era plástico, um material quente.

Infra-estrutura precária foi percebida como sorte ou azar por certos usuários:

...levei um pouco de azar, o aparelho estava quebrado e eles [referindo-se aos médicos] não sabem quando é que vão ajeitar (Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica).

Esta condição acarretava ansiedade àqueles que aguardavam cirurgia e os que tinham condições recorriam *aos serviços particulares para antecipar o procedimento cirúrgico*. Os usuários acrescentaram existir milhares e milhares de serviços piores. *Um profissional que os tratava bem, quando tinham acesso ao exame ou cuidado, atribuía o alcance à própria sorte, como se estivesse participando de um jogo de loteria*.

A informatização das áreas de marcação de consulta e de exames pouco contribuiu para reduzir a espera e os múltiplos retornos dos usuários ao hospital, pois freqüentemente não funcionava e impossibilitava remarcações no mesmo dia, desencadeando desgaste emocional, gastos financeiros com deslocamento e morosidade no acompanhamento clínico, conforme revelaram Mário e Júlia:

Se chegar cedo e o médico não comparecer tem que esperar até 12 ou 13 horas para remarcar a consulta ou retornar no dia seguinte. Não é a moça que não quer [referindo-se a funcionária do setor], é o sistema que não aceita. Não funciona, não souberam colocar direito (Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica).

Toda vez que eu vinha, o computador tava coisado, fechado, por isso tem bem pouquinha marcação no meu cartão do pré-natal (Júlia, 16 anos, primigesta de parto normal).

A introdução da tecnologia informacional computadorizada precariza a qualidade da relação profissional de saúde-usuário, pois se sobressai a relação profissional-máquina em vez da informação e conversa entre pessoas, o que corrobora os resultados do presente estudo⁽¹⁴⁾.

A espera na recepção era longa e os usuários permaneciam na incerteza de serem atendidos, pois não havia comunicação satisfatória por parte dos funcionários. A burocracia era excessiva e a informação escassa, até mesmo para os usuários que percorriam o protocolo para realizar uma cirurgia:

Foi um tumulto, um tormento, fiquei das 11h às 19h esperando e não fui avisada que precisava de doador de sangue. Poderia ter perdido a chance de me internar e um dia de descanso no trabalho (Silvana, 22 anos, cirurgia estética vaginal).

A espera para a realização de exames e recebimento dos resultados era morosa. O tempo para efetuar um exame cardiológico era de um a dois anos e de 20 a 30 dias para a entrega, tornando o atendimento *muito difícil* e o sistema público uma *rede de saúde meio fraca*. Mesmo agendado, o exame não era garantido, deixando o paciente tenso. Alguns usuários pensavam em desistir pelas dificuldades de acesso, e outros buscavam opções para vencer este obstáculo, realizando exames externamente ou buscando ajuda de *conhecidos* com influência no hospital. Esse problema de acesso foi analisado pelos usuários como resultante da falta de critérios para organização das filas e regalias para *amigos* de funcionários. Os pacientes que criticaram tal ação, contudo, também se

utilizavam dos mesmos recursos para driblar os impedimentos à assistência hospitalar. Pela inexistência de critérios de avaliação de risco na emergência, os usuários decidiam entre si a prioridade do atendimento, baseados na solidariedade humana (Diário de campo). Esses dados corroboram estudo sobre a governança do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, realizado em seis estados incluindo o Ceará e 17 municípios escolhidos nesses seis estados, revelando que a maioria das unidades têm sérias dificuldades para manter instalações e equipamentos, com repercussões desfavoráveis para a qualidade e eficiência do atendimento. As instalações físicas estão geralmente ruins⁽¹⁵⁾.

Os horários do atendimento ambulatorial não eram cumpridos pelos funcionários, aumentando o tempo de espera. Sobre esse fato, a maior parte dos usuários expressou que *faz parte da vida*, uma vez que, não vislumbrando outra opção, aceitavam conformados. Duas usuárias, entretanto, se indignaram com a inexistência de leito, adentrando as dependências do hospital para examinar a veracidade (Diário de campo).

Pacientes não pertencentes ao partido político do gestor municipal tinham negado o transporte do seu município para Fortaleza. Tal situação contraria os princípios do SUS, na medida em que as condições de atendimento e acesso são perpassadas por interesses e dificuldades que comprometem os direitos dos pacientes⁽¹⁶⁾. O cumprimento dos ditames legais, de garantia de acesso e integralidade na assistência, são alguns dos desafios a serem superados na busca por uma atenção à saúde humanizada⁽¹⁷⁾.

Para garantir a segurança sobre os pertences dos usuários, apenas bens de uso extremamente necessário os acompanhavam, sendo mantidos os demais no setor de guarda de pertences. Nem sempre havia adesão a essa rotina por parte dos usuários, que

permaneciam com seus objetos apesar de lhes exigir vigilância constante, algo muitas vezes prejudicial ao seu repouso e sono.

Etno-avaliação da imagem hospitalar

O hospital foi definido como *lugar ameaçador*, atribuído ao medo de *pegar coceira* - uma usuária mantinha sua toalha no próprio leito para não entrar em contato com pertences de outros pacientes e se contaminar. Tal ameaça também foi revelada no medo de perder a criança: *eu tinha muito medo do meu bebê morrer sem ser atendido [...] quando soube que viria pra Fortaleza - Ave Maria!* (Silvia, 30 anos, puérpera do Projeto Mãe Canguru). Esse relato retrata o receio de não obter acesso ao serviço, gerando temor e busca de apoio na religiosidade – *Ave Maria*.

Outra imagem do hospital foi o de um espaço de *prisão*, de confinamento, comparado à condição de *prisioneiro*. Essa metáfora foi associada ao uso das roupas listradas e numeradas, das grades nas janelas, e pelas normas impostas no hospital. Essa realidade corresponde ao que foi definido como *instituições totais*, ou seja, locais de residência ou de trabalho nos quais as pessoas são segregadas da sociedade, permanecendo fechadas, isoladas e formalmente administradas⁽¹⁸⁾. É exercido o controle das necessidades humanas pela organização, o que se observou na proibição de saída dos pacientes do hospital, distanciando-os da vida cotidiana em relação ao mundo exterior e provocando rupturas nos vínculos familiares e sociais.

Uma usuária da *casa da gestante* relatou que, vestida com um uniforme *listrado* do hospital e sendo *levada* por uma enfermeira para realizar exame em outra unidade de saúde, causou *espanto* nas pessoas, que a compararam a um preso sob escolta policial. As

vestimentas padronizadas em tonalidade rosa foram rotuladas de *roupinhas da Barbie* e as de tom amarelo ao fardamento do *gari*, como forma de desaprovar a rotina hospitalar que impõe modelos e rompe com a individualidade dos pacientes. Essas simbolizações confirmaram a idéia de que os usuários etno-avaliam a hospitalização com base em fatores socioculturais, valores, estado psicológico, gênero, expectativas e consciência de cidadania⁽⁶⁾.

A presença de um gavião (ave falconiforme) na pracinha (uma área interna do hospital que permite banho de sol, contato com um jardim) causava medo às puérperas, pois a ave: *rasga a cabeça das pessoas, já rasgou a cabeça de não sei quantos* (Silvia, 30 anos, puérpera do Projeto Mãe Canguru).

Essa paciente não usufruía desse espaço de humanização com o seu filho recém-nascido, temerosa de que acontecesse um mal maior. Esse aspecto só é revelado quando se interage com a intimidade da hospitalização, abrindo espaço para conhecer a dinâmica de seu funcionamento. Ressalta-se, todavia, importância desses espaços de ambiência, como *territórios de encontros*⁽³⁾.

Etno-avaliação da competência profissional humana e técnica

Caracterizada pelas atitudes e maneiras de se comunicar e informar, a competência humana foi o componente mais destacado na etno-avaliação da humanização hospitalar. A competência técnica associada à habilidade e à ação no cuidado também apareceu como requisito importante da prática humanizada.

Predominaram as narrativas que retrataram atitudes de indiferença, grosseria e descaso, poder associado ao *status* financeiro e ação individualizada sem espírito de equipe. Outras reconheceram o diálogo e o comprometimento de alguns profissionais, marcadamente de uma enfermeira que rezava o terço com os usuários, e de uma terapeuta ocupacional, que promovia atividades artísticas.

A comunicação era desfavorável, já que o paciente não era tratado pelo nome, nem olhado com interesse, e a linguagem utilizada era incompreensível à maioria (Diário de campo). O encontro com a alteridade, o qual permitiria o diálogo e a negociação de atos, era prejudicado pelas precárias condições de trabalho, múltiplas jornadas e escassa valorização do trabalhador. Esses fatores produzem indiferença nos profissionais, impedindo-os de estabelecer uma interação plena com os pacientes, que prima pelo respeito, acolhimento, conversa e reciprocidade⁽¹⁹⁾.

Normas e rotinas de troca de curativos, troca de *scalp*, entrega da medicação e alimentação foram cumpridas parcialmente. Exigia-se o banho em horários indesejados pelo paciente e era proibido o uso de vestimentas próprias. Constatamos, pois, a despersonalização e imposição de normas, com desrespeito à autonomia e à decisão do paciente. Ignorando a expressão singular dos sujeitos e sua cultura, a organização hospitalar impõe uma rotina que atende, em massa, os pacientes⁽¹⁶⁾. Estudo com 23 puérperas de alojamento conjunto no sul do País identificou representações de medo, submissão às rotinas institucionais e à equipe de saúde, em um misto de acomodação e resistência à maneira impessoal como são tratadas⁽²⁰⁾.

Os maqueiros transportavam pacientes bruscamente, com excesso de força, de *qualquer jeito*, expresso na hesitação de uma usuária: *hoje me senti desprotegida, apesar de estar sendo levada por aqueles homens tão fortes, que poderiam ser mais delicados* (Eva, 50 anos, paciente submetida a histerectomia total). Narrativas dos usuários, nos diferentes momentos do percurso, exibiram grau de satisfação excelente (*5 estrelas, 100%, Vip, não falta nada*), bom (*bonito, bacana, legal*) e mau (*muito fraco, é uma zebra, Ave Maria!, Por caridade!*), em uma demonstração de que na etno-avaliação o sujeito formula sua forma pessoal de avaliar e categorizar a hospitalização.

Mediadores da etno-avaliação

Condições da entrevista

A presença de profissionais em alguns momentos das entrevistas bloqueou o discurso do usuário, que gaguejava, se mexia no leito, mudava o olhar, até parar de falar. Nessas circunstâncias, o gravador era desligado, enquanto o entrevistado manifestava sinais para fazermos pausas ou mudarmos de assunto. Oportunamente, o foco da entrevista era retomado.

A colocação do microfone próximo à boca do usuário permitiu adequada captação da voz, o que permitiu que a entrevista ocorresse em voz baixa, proporcionando privacidade ao informante, que, diante dos companheiros de enfermagem, não demonstrou constrangimento, permitindo o fluxo normal da conversa. Esse cenário não alterou os depoimentos dos participantes, embora estivesse em espaço com outras pessoas.

O fato de se utilizar a entrevista etnográfica constituída de questões norteadoras, estimulando a fala livre do sujeito, o contato com sentimentos vividos e pensamentos críticos, acolhendo sua narrativa e acompanhando-o no *percurso do paciente*⁽⁹⁾, promoveu a expressão de idéias e pensamentos reservados. As questões orientadoras foram retomadas em diferentes momentos da entrevista, o que conduziu à obtenção de respostas antes não reveladas. Embora tenham sido tomados esses cuidados, as pesquisadoras não se isentaram do que permeia o *entre nós*, recortado por intersubjetividade e interpretações, que ora nos aproximaram, ora nos afastaram do mundo moral dos usuários.

Condição socioeconômica, personalidade e religiosidade dos sujeitos do estudo

As respectivas condições medeiam o posicionamento crítico dos usuários ante a realidade, pois situam o serviço público de saúde como a única opção. Assim, em alguns momentos, *qualquer atenção recebida é melhor do que não ser assistido*. Esse raciocínio foi trazido por uma gestante, ao opinar sobre o silêncio das mulheres diante da longa espera na emergência obstétrica: *nos hospitais públicos vem mais gente carente, a pessoa não tem escolaridade, aí acha que falar [referindo-se a reivindicar seus direitos] é errado* (Amélia, 25 anos, gestante com DHEG). Esse comportamento é reforçado em virtude da imprevisibilidade da reação do profissional, da qual poderá *receber uma palavra agressiva*; ou pelo medo de ser prejudicado: *às vezes você vai reclamar uma coisa, o cara não acha que tá errado e faz até um dano na gente* (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Esse temor foi identificado ainda na linguagem diminutiva empregada pelos usuários ao criticar: *senhazinha, probleminha, temperozinho, pessoa delicadazinha*. Também houve

falas interrompidas, expressões corporais de bater os dedos das mãos, mexer os pés, numa demonstração de *medo* em falar algo que contrariasse a imagem do hospital.

Para alguns dos entrevistados, não reclamar faz parte da personalidade do indivíduo, de como se posiciona perante o cotidiano. Foi identificado o tipo *sou conformado com as coisas*; o que *não se afoba*, ao afirmarem que atitudes dessa natureza só prejudicavam, sendo prudente ter paciência; o tipo *não gosta de reclamar nem de ser reclamado*; e o que *não se maldiz*. Um usuário, mesmo se considerando passivo, exclamou: *sei que temos direito de reclamar!* (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Em outras situações, as atitudes foram de acomodação, ante as dificuldades pela comparação a condições piores, apesar da negação dos direitos dos usuários hospitalizados: *todo canto é assim... existem milhares e milhares piores* (Maria, 55 anos, paciente da clínica ginecológica). Uma usuária atribui à sua perseverança pessoal a satisfação com o tratamento ao lutar por sua saúde:

Quanto ao hospital foi muito bom e estou satisfeita, mas por mim mesma, porque procurei profundamente. Puxa vida, eu fui mal atendida no começo, mas fui em frente [...] teve uma médica que disse que já era um pré-câncer, então eu tive um cuidado maior (Eva, 50 anos, submetida a histerectomia total).

Embora a maioria dos usuários tenha se manifestado passivamente com relação aos fatores já referidos, raiva e indignação foram reveladas. Estes sentimentos estavam contidos pela necessidade da assistência e pelo poder institucional. A imersão por sete meses neste universo hospitalar permitiu a observação de quatro episódios de posicionamento ativo dos usuários. Cada crítica, todavia, era amenizada por desculpas:

Aí eu não sei se por motivo de necessidade ou se era pra ter sido mesmo assim, eu não entendo a anestesia, como foi a raque, foram três vezes que ele teve que perfurar (Solange, 43 anos, internada para tireoidectomia).

[...] mas isso pra mim não teve nenhum problema não [referindo-se a uma situação constrangedora]. Acho que eu nem ia falar, tô falando até porque você [a pesquisadora] precisa saber (Edna, 50 anos, submetida a histerectomia total).

A religiosidade mediou a etno-avaliação, uma vez que a recuperação da saúde e a morosidade da cirurgia, por exemplos, foram, na maioria das vezes, atribuídas à vontade divina, assim como a cura foi concedida ao poder de Deus que se manifesta por meio dos médicos. Uma paciente manifestou a idéia de que *estava internada no coração de Nossa Senhora* (Eva, 50 anos, submetida a histerectomia total) e outro paciente afirmou:

A gente se sente satisfeito quando o médico diz que o exame tá normal; a gente tá com fé no poder de Deus, porque quem cura é Deus (Mano, 93 anos, paciente da clínica médica, paciente com leishmaniose cutânea).

A cultura precisa ser compreendida não só com base na singularidade das pessoas, mas de influências herdadas pelos indivíduos na sociedade e que se refletem na forma como vêem o mundo, julgam e se relacionam com os outros de seu meio⁽²¹⁾. Um *norte central na perspectiva da humanização* é uma atenção em conformidade com as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, contextualizadas em seu mundo cultural e social, e isso implica incluir a visão do usuário na avaliação dos serviços⁽⁵⁾.

Discurso irônico

O discurso irônico tanto pode ser utilizado de forma sutil quanto explícita. O usuário critica as situações e pessoas pela duplicidade do discurso irônico⁽²²⁾. Os depoimentos apresentados a seguir ilustraram esse tipo de mediação, na qual o sim representa o não e vice-versa:

Vou convidar o Sr. Lúcio [referindo-se ao Governador do Estado à época da pesquisa] para ver aqui o apartamento. É muito bonita a cama pequena, é última geração. A caminha bem estreitinha, os caras têm quase duzentos quilos, têm que deitar nessa cama [a bonita na verdade é feia].

Bendita obesidade [insatisfação com a obesidade].

E o bom é que perderam meu exame de HIV [o bom era a indignação pela perda do exame] (Mário, 42 anos, paciente de cirurgia bariátrica).

Em outra ocasião, um usuário recebeu um atendimento que o desagradou, mas, ao se expressar diante do outro, demonstrou o contrário, afirmando estar tudo bem:

Percebo que ela [referindo-se a uma funcionária] não tá fazendo de bom gosto, mas faço de conta que tá tudo bem. Tem alguma coisa que a gente não gosta, mas tem que aceitar gostando. Não posso nem dizer essas coisas, a senhora sabe (Mano, 93 anos, paciente com leishmaniose cutânea).

Embora o usuário tenha se mostrado primeiramente satisfeito com a hospitalização, à medida que os laços de confiança entre pesquisadoras e usuários foram se aprofundando, este foi revelando nas entrelinhas do discurso, no *não dito*, nas comparações e críticas a respeito do serviço público de saúde, as narrativas mais reservadas. As ironias, metáforas e

falas que traduzem uma crítica implícita constituem verdadeiros roteiros escondidos que são formas de resistência ao poder dominante e autoritário que o usuário encontra no hospital⁽²²⁾.

Diagnóstico sombrio e necessidades atendidas

A preocupação de um usuário com a possibilidade de um diagnóstico *sombrio*, como *aquela doença do câncer*, o envolveu de forma que as dificuldades da hospitalização se tornaram secundárias. Nesses casos, a internação foi vivida em função de seu problema maior, o *problemão*, e os demais acontecimentos em derredor passaram a ter menor importância.

Quando nasceu o bebê tão esperado, sentia-se melhor com o tratamento, realizava sua cirurgia ou exames; com a previsão de alta, o usuário tendia a *esquecer* os momentos negativos do *percurso do paciente*⁽⁹⁾:

Na hora mesmo senti raiva, mas depois passou. É como a doutora disse: - quando você tá do lado de fora, você espera, espera, mas depois que você entra lá dentro, toma um banhozinho, se acalma, tudo passa. Realmente, depois que já tava lá dentro, já tinha me operado, pronto! (Silvana, 21 anos, cirurgia estética vaginal).

Cada momento foi marcante e fica registrado na memória. A gente não vai esquecer nunca. Com certeza, hoje pra mim é só felicidade, tá tudo maravilhoso, hospital maravilhoso, porque eu vou sair, né? (Amélia, 25 anos, paciente com DHEG).

Portanto, o *mau* se torna *bom* mesmo que situações *desumanas* sejam vividas no *percurso do paciente*⁽⁹⁾. A avaliação da satisfação do usuário baseada somente na lógica quantitativa de avaliação deixará de perceber os elementos mencionados, detectando uma satisfação irreal. As relações sociais no espaço do hospital são complexas, conflitantes, conformam interesses múltiplos e contraditórios. Por isso, para compreender os significados dos pacientes da internação, é preciso compreender esta microrealidade específica associada às questões macroestruturais⁽²³⁾.

Experiência anterior de hospitalização

Essa condição ofereceu elementos de base comparativa nos julgamentos dos participantes. Alguns usuários, mesmo não se referindo a hospitalização anterior, expressaram experiência de atendimento ambulatorial, como parâmetro de comparação. Assim, se o serviço utilizado foi público ou privado, ou se o usuário já esteve internado, observava aspectos que poderiam passar despercebidos ou aceitaram situações e imposições por não conhecerem outra realidade semelhante.

O longo tempo de permanência no hospital foi mediador, pois, ao mesmo tempo em que o usuário se adaptava ao ambiente, também aumentaram suas queixas com relação às rotinas ou à intenção de retornar à família e ao trabalho. O usuário se mostrou multifacetado, dotado de múltiplas historicidades e experiências que modulam e implicam seu entendimento da hospitalização. Essa pluralidade e diversidade cultural precisa ser considerada na relação com esse sujeito e no que se pretende conhecer de seus significados e sentidos para a humanização hospitalar, a fim de reaver a sua autonomia e torná-lo o centro do cuidado humano⁽⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu perceber a pluralidade de perspectivas dos sujeitos do estudo em etno-avaliar a humanização hospitalar, ou seja, a humanização mostrou-se relacionada à estrutura e dinâmica do hospital, sua imagem e a competência profissional humana e técnica. Nessas vertentes, uma diversidade da experiência humana emergiu, manifesta na multiplicidade de significados e sentidos de cada entrevistado, denotando heterogeneidade, complexidade, diversidade e diferenças culturais.

Outro aspecto a ser destacado foram os mediadores da etno-avaliação, identificados como elementos capazes de modificar as opiniões dos sujeitos, como: as condições nas quais as entrevistas foram efetuadas; condições socioeconômicas, personalidade e religiosidade dos entrevistados; discurso irônico; diagnóstico sombrio e necessidades atendidas; e experiência anterior de hospitalização.

Nesse contexto, a idéia de que falta ao usuário competência para avaliar a humanização hospitalar foi negada. Os saberes e a lógica de avaliação pertencem a diferentes domínios do conhecimento, de modo que a experiência acumulada pelos usuários os credencia a estabelecer seus indicadores de avaliação, conforme verificado na variedade das dimensões que apontaram em suas etnoavaliações.

Conclui-se que os elementos revelados pelos entrevistados são significativos para mobilizar profissionais e gestores rumo a transformações que tornem a hospitalização humanizada e incluam o usuário como etno-avaliador crítico social.

O estudo não apresentou fator limitante. A interação continuada entre o pesquisador e o participante, desde sua chegada, até a alta hospitalar (*percurso do paciente*), favoreceu a confiança dos sujeitos, proporcionando o alcance do objetivo proposto, mostrando uma densidade de conteúdos diversos e ricos de interpretações.

Sugere-se que estudos futuros sejam realizados na perspectiva da etno-avaliação hospitalar em serviços de saúde outros, com o propósito de que seja compreendida cada realidade e a voz do usuário seja aproveitada em espaços diversos para encetar um cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990. [[Links](#)]
2. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. Saúde Debate. 1999; 23(53): 81-92. [[Links](#)]
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HUMANIZA-SUS: Política Nacional de Humanização. Documento base. Brasília; 2006. [[Links](#)]
4. Esperidião MA, Bomfim LA. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6): 1267-76. [[Links](#)]
5. Santos-Filho SB. Perspectivas de avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 999-1010. [[Links](#)]
6. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comun Saúde Educ. 2005; 9(17): 401- 3. [[Links](#)]
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. [[Links](#)]
8. Spradley JP. The ethnographic interview. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1979. [[Links](#)]

9. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, *cavalo batizado* e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2103-12. [[Links](#)]
10. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-89. [[Links](#)]
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. [[Links](#)]
12. Nóbrega SM. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira ASP, Jesvino JC, organizadores. *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB; 2003. p. 51-80. [[Links](#)]
13. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 Supl):15-25 [[Links](#)]
14. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 502-11. [[Links](#)]
15. Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Relatório nº 36601-BR. Brasília; 2007. [[Links](#)]
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília; 2006. [[Links](#)]
17. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):825-39. [[Links](#)]
18. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 2003. [[Links](#)]
19. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2): 221-7. [[Links](#)]
20. Soares AVN, Silva IA. Representações de puérperas sobre o sistema alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(2): 72-80. [[Links](#)]
21. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Buttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 36-43. [[Links](#)]

22. Hutcheon L. Teoria e política da ironia. Belo Horizonte: UFMG; 2000. [[Links](#)]

23. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79. [[Links](#)]

Agradecimento

Aos funcionários e aos pacientes hospitalizados no Hospital Geral Dr. César Cals, durante a pesquisa.

3.2 Artigo aceito para publicação 2 – Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.

Código dos Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa.

Code of rights and obligations of the hospitalized patient in the National Health System of Brazil (SUS): the daily hospital routine in free discussion.

Annatália Meneses de Amorim Gomes
José Jackson Coelho Sampaio
Maria das Graças Barreto de Carvalho
Marilyn Kay Nations
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Resumo

Os direitos dos pacientes consistem em dispositivo para mudar a atenção e a gestão no Sistema Único de Saúde - SUS. O objetivo deste trabalho é apresentar as rodas de conversa sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS no âmbito das unidades hospitalares. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, realizado em dois hospitais de Fortaleza, Ceará. Foram promovidas, em cada serviço, três rodas de conversa com 40 trabalhadores de várias profissões e setores. Utilizou-se para o debate o texto do Código de Direitos e Deveres do Paciente no SUS/CE. Os discursos foram analisados segundo a Análise de Conteúdo, consoante Lawrence Bardin. Percebeu-se que normas consolidadas dificultam a efetivação dos direitos, e a roda de conversa ampliou a visão crítica, promovendo discernimento. Esta se revelou importante instrumento de educação para a cidadania e humanização do processo de cuidado.

Palavras chave: Direitos do paciente. Humanização da assistência hospitalar. Educação em saúde.

Introdução

A consolidação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), definidos na Constituição Federativa de 1988 - universalidade, integralidade, equidade e participação social - enfrenta desafios na prática de saúde. As características de iniquidade e desigualdades sociais profundamente enraizadas na cultura brasileira (Brasil, 2006a), o paradigma do cuidado focado no corpo biológico (Capra, 1996; Luz, 2004) e as características do modelo da gestão do trabalho e

dos serviços, burocrático, autoritário, tecnoassistencial e desorganizado como rede de atendimento (Brasil, 2007), provoca crônica insatisfação em trabalhadores e usuários, freqüentemente exacerbada, e submete a risco sua legitimidade política e social (Feuerwerker, 2005).

Sabe-se que, embora tenhamos as garantias constitucionais e a consagração dos direitos humanos e universais, há grande distância entre a lei escrita e o cotidiano dos serviços de saúde (Gomes, Fraga, 2001). Em estudo realizado sobre a percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres, foi observado o seu desconhecimento, trazendo o medo de exteriorizar sentimentos por temor de represália do profissional. Ressalta, ainda, a importância de estratégias junto aos profissionais que recobrem a cidadania e o respeito aos direitos (Velo, Spindola, 2005).

Os direitos dos pacientes não são encontrados em código legal único (Timi, 2005), mas diversos documentos asseguram a dignidade ao ser humano no atendimento em saúde: Constituição Federal do Brasil, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei dos Planos de Saúde e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, códigos de ética das profissões, resoluções do Conselho Federal de Medicina, declarações internacionais de princípios, normas de pesquisa com seres humanos, normas do Ministério da Saúde, legislação esparsa e jurisprudência. O Ministério da Saúde publicou, em 1999, uma carta de direitos dos usuários, e, após sete anos, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2006b).

É condição importante para o pleno exercício da cidadania que os pacientes tomem consciência de seus direitos e deveres, atuando de maneira a questionar a sua exeqüibilidade (Gauderer, 1998). À medida da apropriação destes direitos, equilibrados com a apropriação de deveres, pelo paciente e família, tornam-se possíveis maior controle social e a participação coletiva nas ações de atenção e nos processos da gestão. Esses valores de autonomia e co-responsabilidade integram a proposta de humanização na saúde, do Ministério da Saúde, entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2006c) e o protagonismo nas decisões (Campos, 2005).

No intuito de fazer avançar a participação política e a visão crítica dos pacientes, visando à autonomia e ao direito do cidadão, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) do Ministério da Saúde. Entende-se ser necessário garantir um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para todos os usuários do SUS (Barros, Passos, 2005).

Apesar dos avanços, como os direitos reconhecidos na Constituição Federal e a regulação do SUS, fortalecimento das instâncias de defesa dos direitos do consumidor, estes não foram suficientes para assegurar a legitimação do direito à saúde de todos os cidadãos usuários. À medida que dependem, em parte, da ação administrativa e política do Estado, que nem sempre afiança medidas de proteção a estes direitos, a sociedade é conduzida a criar espaços democráticos para a conquista do direito à saúde, sobretudo em sociedades autoritárias e desiguais como a brasileira (Chauí, 2006). A educação mostra-se como uma possibilidade de

acesso à informação e consciência política em direção a uma mudança nas práticas de saúde que ferem a dignidade humana.

O Estado do Ceará, integrando o movimento nacional pela humanização, lançou, em 2003, a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará (PEH/CE) (Ceará, 2005a) e o Código dos Direitos do Paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS/CE (Ceará, 2005b), inspirada nas concepções de Jaime e Carla Pinsky, na Introdução à magnífica História da Cidadania, por eles organizada:

Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranqüila. Exercer a cidadania é ter direitos civis, políticos e sociais (Pinsky, Pinsky, 2003, p.8).

O texto do Código destaca o termo “pessoa”, assim evitando o contencioso teórico entre paciente, cliente e usuário, bem como a inserção de ideologia de gênero. O presente escrito opta pelo vocábulo “paciente”, pela sua emergência nas rotinas dos serviços e na naturalização das falas. Deste modo, é relevante a criação de formas de propagação das políticas de humanização e, principalmente, o fortalecimento dos coletivos na discussão dos direitos de cidadania aplicados às realidades cotidianas.

A Carta dos Direitos e Deveres encerra uma história a ser contada. O governador Lúcio Alcântara, quando Secretário de Saúde, em 1992, teve uma idéia parecida. Chegou a publicar no Diário Oficial (Ceará, 1992) uma resolução estabelecendo critérios e definindo direitos e deveres. Quando assumiu o Governo,

em 2003, ele pediu ao Secretário, motivado pela política de humanização em saúde, para retomar o escrito. A análise do texto permitiu entender que ele apresentava um conteúdo muito bom, mas misturava direitos, deveres, princípios, justificativas e diretrizes, de modo tecnicamente inadequado.

Os princípios, as diretrizes e a justificativa integraram o texto da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará, e a redação da Carta concentrou, de modo objetivo, os direitos e os deveres. Em seguida, foi agregada a consulta a outros documentos: a Declaração de Lisboa (Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, 1981), revista em Bali, em 1995; o capítulo sobre saúde da Constituição Brasileira (Brasil, 1989); o Documento-Base do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (Brasil, 2002); um Manual da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção Ceará (Ordem dos Advogados do Brasil, 2000); alguns livros e outros textos para fundamentação (Gomes et al., 2000; Sampaio, 2000). Sabe-se, porém, que a iniciativa e a aprovação dos governantes oferecem um salvo-conduto, um facilitador das ações, mas não adianta esta vontade, se a base que executa o trabalho, que está no *front* das guerrilhas do cotidiano, que se encontram na relação direta com os clientes, não se envolver com o projeto, não mudar atitudes, não acreditar (Ceará, 2006).

Uma vanguarda, em certo momento histórico, pode conseguir a aprovação de uma lei, mas também cair no vazio, porque a maioria dos trabalhadores, exatamente os operadores dos cuidados, não se sente motivada ou sequer compreende a lei. Então, além do ineditismo no Estado do Ceará do lançamento do documento Direitos do Paciente: Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Hospitalizada no SUS (Ceará, 2005b), é necessário destacar o ineditismo da

aplicação do método da roda de conversa à discussão desses direitos e deveres, com a finalidade de incluí-los na consciência e no cotidiano dos trabalhadores. Nesta perspectiva, o objetivo deste trabalho é apresentar as rodas de conversa sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS no âmbito das unidades hospitalares.

Metodologia

Esta pesquisa, descritiva e exploratória, baseou-se nos princípios do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) da PNH, que articula formação e pesquisa-intervenção em rede, visando ao diálogo-confrontação entre conhecimento científico e experiências dos trabalhadores: nucleação de trabalhadores, fazendo circular conceitos que permitem apreender a complexidade dos direitos; produção de saberes e problematização dos modos da gestão em curso para alterar as práticas de desrespeito dos direitos; estímulo aos projetos e planos coletivos em defesa da dignidade humana; fortalecimento dos trabalhos intersetoriais e multiprofissionais que possam compreender/transformar a realidade das práticas cotidianas, ampliando a capacidade normativa dos trabalhadores (Barros, Mori, Bastos, 2006).

Levando-se em conta suas características de fomentar a inclusão, a participação, o espaço democrático de aprendizagem e a informalidade, escolhemos a roda de conversa como estratégia pedagógica para trilhar o caminho metodológico com vistas a disseminar o Código com trabalhadores, que se tornariam, posteriormente, multiplicadores de outras rodas, em se sentindo totalmente à vontade, no ambiente hospitalar. Isto porque a discussão exige cada

um vendo o outro, para congregar e incorporar modos dinâmicos e críticos de reflexão sobre as próprias práticas.

A implementação das rodas foi realizada no período de abril a junho de 2005, em dois hospitais, um público e outro contratado, localizados em Fortaleza, Ceará. Foram promovidas, portanto, três rodas de conversa, em cada hospital, interdisciplinar e intersetorial, compreendendo 40 trabalhadores nos dois hospitais, com a seguinte composição: médicos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares administrativos, técnicos de Enfermagem, farmacêuticos, engenheiros, operadores de serviços gerais, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e administradores. Alguns destes profissionais exerciam funções de chefia, diretoria, ouvidoria ou eram membros de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). A roda de um dos hospitais contou ainda com a presença de representante do movimento social dos portadores de síndrome de imunodeficiência adquirida. Priorizou-se a participação dos profissionais pela necessidade de refletir com eles novas atitudes e possibilidades para disseminação dos direitos do paciente nos hospitais. Os usuários dos serviços seriam incluídos nas rodas subseqüentes, facilitadas pelos multiplicadores formados.

Assim, procurou-se praticar a Carta dos Direitos no dia-a-dia dos hospitais. Qual é a consciência que os trabalhadores de saúde têm sobre os direitos dos hospitalizados? Quais as atitudes que os trabalhadores precisam mudar, em si próprios, para a garantia prática destes direitos? Quais as condições que os gestores de saúde necessitam implementar para a garantia prática destes direitos? Estas foram as perguntas lançadas à roda dos trabalhadores, em todo o círculo da discussão.

Quem conduz o processo é visto como facilitador, participante de um diálogo, que parte da vivência e dos saberes de cada um, promovendo a problematização, em busca de informação para a reflexão e o discernimento informado para a ação. Os atos de ensinar e aprender são uma unidade inseparável (Freire, 2004), possibilitando mão dupla e o compartilhamento de saberes e práticas. Dos três círculos realizados, registrou-se uma duração de 150 minutos. As participações foram gravadas, com o consentimento dos grupos, para transcrição. O material destas transcrições foi sistematizado em documento da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE) (Ceará, 2006) e fundamenta o presente artigo. As transcrições organizadas tiveram seus resultados ordenados segundo a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2002). Foram seguidos os princípios da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (Brasil, 2001). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o protocolo nº 04185929-4.

Desenvolvimento da experiência

A Política Estadual de Humanização e os direitos do paciente

Em 2000, foi instituído o PNHAH, focado nos hospitais e na criação dos GTH. Esse processo durou três anos e evoluiu por etapas, com o Ceará realizando um estudo-piloto no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e, em seguida, a primeira fase, envolvendo seis hospitais. A segunda etapa, prevista para o final de 2002, com 30 hospitais, foi truncada pelo processo político-eleitoral, para a Presidência da República e para o Governo do Estado.

No início do primeiro governo Lula, o Ministério da Saúde submeteu o PNHAH a uma grande revisão e criou a Política Nacional de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde (PNH). O foco em hospital evoluiu para a rede de cuidados, o fulcro na assistência derivou para a atenção integrada com a gestão, a lógica vertical de programa cresceu para a lógica transversal de política. O desafio ampliou-se: emergência, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), saúde da família, saúde indígena, saúde do trabalhador, saúde mental. Não era possível abandonar o hospital, e muitas técnicas do PNHAH, como o GTH e as cartas de direito, tiveram seguimento. Grande tarefa foi envolver os municípios das capitais e das macrorregiões de saúde, no esforço geral de humanização em saúde, sobretudo na atenção primária. A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará decidiu que o debate da Carta de Direitos e a implantação dos GTH fariam avançar o trabalho da humanização em saúde nos hospitais.

Os GTH do Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA) e do Hospital São José (HSJ) candidataram-se a avançar na discussão da Carta de Direitos. O consultor da PNH para os Estados do Ceará, Piauí e Maranhão e a coordenadora da Comissão Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará responsabilizaram-se pela mediação das rodas, de forma que a experiência e os conhecimentos ficassem com os trabalhadores, para fins de multiplicação.

A roda de conversa como estratégia pedagógica

A roda de conversa é uma estratégia educativa e comunicativa cuja finalidade é a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, compreensão e *empowerment*. Esta técnica, no presente ensaio, baseou-se na proposição

desenvolvida nos trabalhos de Simonetti, Adrião e Cavasin (2007, p.247), para quem “é um espaço destinado ao diálogo, comunicação e troca de informações [...] as pessoas têm a oportunidade de adquirir capacidade de discernimento, de modo que provoque a mudança de comportamento e uma maior autonomia”. A meta principal é permitir a livre expressão de dúvidas, vivências e acontecimentos de vida.

A proposta fundamentou-se ainda no Método da Roda, desenvolvido por Campos (2000, p.68), em cuja idéia se “pensa a constituição do Sujeito e dos Coletivos em função de Planos situados entre o seu mundo interno e as suas circunstâncias – mundo externo”, e no pensamento de Freire (2004, p.23), ao inculcar a noção de que “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.

No contexto do estudo, aplicou-se a formulação intelectual e afetiva dos direitos e deveres do paciente hospitalar, pelos membros da comunidade de trabalhadores do hospital, mediante uma participação ativa e efetiva. Na qualidade de estratégia pedagógica, foi capaz de promover a reflexão, o compartilhar de experiências vividas e questões práticas (Simonetti, Adrião, Cavasin (2007).

A lógica baseada no respeito aos conhecimentos e experiências dos participantes centrou-se na valorização do sujeito e da conversação, proporcionando troca de idéias entre os trabalhadores, para que todos se apoderassem das razões e das teorias por trás de cada direito ou dever. A estratégia tinha suporte no reconhecimento de valores e aprendizagens anteriores, que serviram de base para a constituição de novas aprendizagens e para a tomada

de decisões no sentido de adequar a realidade existente aos direitos da pessoa hospitalizada.

A discussão do Código teve como base a noção de que cada artigo remete a uma teoria. Refletiu-se sobre o que é Direito, qual é a natureza deste Direito e os diferentes ramos do Direito. Depois disso, buscava-se a compreensão do que existe em torno do Direito, como é que ele causa impacto no serviço e, por último, problematizavam-se a atitude do trabalhador e a condição que o hospital deveria oferecer para torná-lo realidade. Cada artigo do Código remetia para seis ordens temáticas: uma técnica, jurídica, psicológica e antropológica; outra relacional, sobre as interfaces dos artigos e de um direito com outro; e, por último, uma política, destacando os efeitos na prática do trabalhador. Algumas dessas problemáticas têm raízes nas condições de trabalho e de vida, outras nas atitudes, que são responsabilidades que o trabalhador precisa desenvolver. Não basta a informação para mudar o modo de agir. Atitude é algo mais delicado de transformar.

Resultados analíticos: a voz dos trabalhadores

As normas do serviço de saúde e protocolos repetitivos ao longo dos anos, sem função justificável no presente, foram questionadas pelos trabalhadores. A possibilidade de reinvenção dessas normas, tornando o trabalho inventivo, foi discutida. Foucault (1999) assinala que só há poder com resistência, pois, ela em primeiro lugar subverte, faz reviravolta e escapa aos controles, possibilitando novas formas de vida e trabalho. Essa perspectiva dos trabalhadores de trazer à baila o que se torna rotina permitiu repensar possibilidades de mudanças concretas,

visando à garantia dos direitos do paciente com suporte nos principais aspectos trazidos ao debate interdisciplinar.

Segundo Campos (2000), é necessário considerar a tensão dialética entre controle externo e autonomia dos sujeitos, pois o ser humano é imerso na história e na sociedade, mas nem por isso desprovido de uma subjetividade e de capacidades para se posicionar ante os desafios de sua conjuntura.

Um exemplo de texto formulado coletivamente é destacado no artigo cinco, que trata do fato de o paciente ser identificado pelo nome e sobrenome. Uma trabalhadora abre o debate:

Essa é uma questão clara para mim, mas não sei explicar. Eu vejo, na Pediatria, as pessoas chamarem todas as mães mãezinha pra lá, mãezinha pra cá. Isso pra mim torna-se tão pejorativo, não soa bem. Não sei o porquê, mas me incomoda profundamente. O diminutivo é até afetuoso, em muitas ocasiões, mas aqui parece infantilizador. (Trabalhadora do hospital).

Em seguida, os facilitadores comentaram: “mãezinha” é uma forma genérica, refere-se a uma categoria abstrata. Tem a maternidade precoce de quem pariu aos 12 anos, a maternidade tardia de quem pariu aos 45 anos, quem engravidou dentro de uma relação estável, amorosa, e quem está sozinha, por escolha ou por abandono, quem está saudável e quem tem doença associada, quem é pobre e quem é rica. Além do mais, tem a singularidade de cada sujeito. Parece, no entanto, ser mais fácil chamar “mãezinha” do que perguntar e aprender o nome, criar um vínculo. Também é preciso incluir o pai acompanhante. Outros dois profissionais expõem seu dilema e a necessidade de modificar a atitude:

É verdade. Tem homem ficando na enfermaria. Vai fazer o que? Vai chamar o pai de “mãezinha”? Não é mãe, nem pai, nem irmão, nem irmã, nem tia. São pessoas que têm nomes. A presença do

acompanhante e do homem nos obriga a mudar muita coisa dos nossos comportamentos. (Trabalhador do hospital).

O paciente também é chamado de “bebê”: “Vem cá, meu bebê!”. Ou então, grosseiramente, “Ei, você aí”. Às vezes tem apelido que a pessoa gosta, olha o Pelé, olha o Lula, mas outros a pessoa detesta. Não pode ficar chamando aquele “viadinho” ou “neguinho” ou “lôra”. Nada disso deve ser usado. Estes tratamentos podem até criar vínculo, mas negativo, preconceituoso, desrespeitoso. Tem gente que acha que a maneira de ser gentil é incluir na própria família e passa a chamar todo mundo de “tio”, de “tia”. (Trabalhador do hospital).

Centrados nas discussões, os facilitadores retomaram o diálogo com uma nova explanação: o que precisamos fazer é perguntar para a pessoa o nome dela e como é que ela gosta de ser chamada. O relacionamento deve obedecer, então, à referência que é dada pela própria pessoa.

Em muitas situações cotidianas, de acordo com Fortes (2004), os profissionais assumem, em nome de “fazer o bem”, atitudes paternalistas e autoritárias que já não percebem, contrárias à vontade autônoma dos cidadãos e violando seus direitos.

O compartilhamento na roda também pode ser verificado na conversa sobre o artigo 13, que aborda a proteção da exposição corporal e da vergonha, garantida a realização de exames em ambientes que preservem seu pudor. Um trabalhador da área administrativa e uma enfermeira destacam a importância para o paciente sobre o cuidado com sua intimidade:

Nós fazemos pesquisa de satisfação do usuário e nós tínhamos um percentual significativo de insatisfação. Fomos abrir a questão e descobrimos: “preservar a intimidade”. Era o problema da vestimenta do hospital, sem uso de roupa de baixo e aberta nas costas, mostrando as nádegas, quando o paciente caminha. (Trabalhador do hospital).

Tivemos uma paciente que vivia com um seio de fora, porque a roupa era número bem menor que o dela. Ela reclamava e ninguém atendia..., diziam que faltava roupa. Uma vez encontrei uma senhora jovem fazendo uso da aparadeira e sem o biombo de proteção. Estava faltando biombo. É muito comum a gente vê na UTI as pessoas com o corpo à mostra, seminus, usando aqueles eletrodos, aqueles fios, e sem cortina, pelo motivo do calor. Eu chamo os auxiliares de enfermagem e reclamo: “olha aí...vamos cuidar... vamos proteger”. (Trabalhadora do hospital).

Os facilitadores explicam, com respaldo na temática exposta pelos trabalhadores: há sempre um jeito de fazer isso, sem grandes tecnologias ou altos custos. É preciso mobilizar a sensibilidade para perceber e a criatividade a fim de resolver. É muito interessante refletir como nos sentiríamos em situação semelhante, fazendo o jogo da troca de papel, ou do espelho, técnicas que o psicodrama, por exemplo, nos oferece para vivermos a alteridade. As questões referentes a vestimentas trazem à tona o compromisso da gestão em criar condições para o respeito à intimidade do paciente.

Além das questões da gestão e relacionamento, entretanto, o incremento de ações humanizadoras deve considerar, para melhor atingir seus objetivos, o princípio da humanidade, segundo o qual o homem se torna o centro da ação ética, e não somente meio de satisfação dos interesses das forças sociais atuantes na atenção em saúde (Fortes, 2004). Neste arcabouço, devem estar humanização e direitos do paciente no seio das políticas e programas de saúde (Vaitsman, Andrade, 2005).

Outra temática comentada pelos profissionais foi como educar o paciente e a família nos direitos e deveres, numa clara noção de que essa função social também envolve a participação popular: “Como que a gente vai educar também o nosso

paciente dos direitos dele? Eu acho que é mais delicado do que esclarecer o profissional. É um grande desafio que a gente vai enfrentar ao longo do processo”. (Trabalhador do hospital). Demonstra, ainda, a conscientização do profissional acerca da importância dos direitos do paciente. A resposta a essa questão é encetada por outro profissional, que diz:

A questão básica é a da pedagogia do encontro. Cada vez que o profissional explica algo, está educando nos direitos. É no dia a dia que os profissionais podem estar fazendo isso, se tiverem incorporado a atitude. Por que todo ato sanitário, implica numa dimensão de educação. Precisa divulgar pela mídia, informar coletivamente, pedir para o PSF fazer grupo nas comunidades dizendo da existência da Carta de Direitos e Deveres, mas é preciso o exemplo cotidiano, a prática do exemplo. (Trabalhador do hospital).

Os facilitadores discutiram a importância do papel do profissional como educador na prática sanitária: a todo o momento em que o profissional da saúde se relaciona com o paciente, ele está ensinando e aprendendo. E, na maioria das vezes, está ensinando errado, ao permitir que o paciente invente um conhecimento em cima de seus silêncios. Então, dessa maneira, está deseducando e neurotizando o paciente; em vez de agente terapêutico, torna-se traficante de drogas ilícitas e multiplicador de doenças. É fundamental, portanto, que este trabalho educativo se estenda aos pacientes, visando a sua conscientização sobre a desigualdade e violações de seus direitos, fortalecendo o controle social e a luta contra as iniquidades sociais e o desrespeito aos direitos humanos.

Para os participantes, no tocante à vivência do encontro coletivo, o principal aspecto ressaltado foi que a roda possibilitou “ficar atento à vivência do profissional de saúde”. Em um contexto marcado pela urgência e necessidade de decisões

racionais e instrumentais, o profissional, em raros momentos, é conduzido a refletir o seu fazer cotidiano, o que permite ampliar a capacidade de partilhar dilemas comuns, reavendo o senso de grupo.

As rodas foram consideradas um “despertar”, “uma discussão que amplia a visão da gente”, pois promoveu uma “reflexão profunda”, permitindo “resgatar a pessoa escondida dentro da patologia”. Como consequência da participação nas rodas, um participante referiu que “as pessoas que tiveram a honra de participar, cresceram e muito, pois a roda trouxe um embasamento muito grande para todos”.

Considerações Finais

Ampliar a consciência dos direitos dos usuários na prática dos serviços requer um trabalho educativo que envolva gestores, trabalhadores e usuários. Isso porque a garantia constitucional e os códigos legitimados não são suficientes para efetivar esses direitos na prática.

A proposta da discussão da Carta de Direitos do Paciente em rodas de conversa, visando a entender a história, os motivos da elaboração textual, e avaliar o impacto do dispositivo, ou seja, o que cada hospital precisa fazer para cumprir essas garantias, em termos de condições de funcionamento e atitude dos profissionais, mostrou-se um caminho promissor para provocar mudanças nos ambientes de saúde. O compartilhar de experiências possibilitou maior internalização pela ponte criada entre o discurso e a realidade.

O desafio de formar multiplicadores nos direitos do paciente é um imperativo no cotidiano, visto que a atenção e a gestão humanizadas em saúde somente serão efetivadas pela dignidade conquistada e pelo acolhimento promovido nas relações

entre todos os agentes desta cena pública. O Código, na roda de conversa, revelou-se importante instrumento de avaliação do estado de humanização do cuidado hospitalar e da educação para a cidadania dos trabalhadores. Fez refletir as relações e as condições de funcionamento dos serviços, fornecendo meios para instigar mudanças. A roda de conversa promoveu a “grupalidade” estimulada pela força do coletivo, que potencializa um pensamento não solitário, mas solidário, de um novo modo de promover saúde, pela instância da ética cidadã e humanitária.

Referências

ASSEMBLÉIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Lisboa:** sobre os direitos do paciente. 1981. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>>. Acesso em: 12 jul. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, M.E.B.; MORI, M.E.; BASTOS, S.S. O desafio da Política Nacional de Humanização nos processos de trabalho: o instrumento “Programa de Formação em Saúde e Trabalho”. **Cad. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.31-48, 2006.

BARROS, R.B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-394, 2005.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Iniquidades em saúde no Brasil:** nossa mais grave doença: documento apresentado por ocasião do lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Rio de Janeiro: CNDSS, 2006a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS:** avanços e desafios. 2.ed. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 23 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília: PNHAH, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília: CNS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: HUMANIZASUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: PNH, 2006c.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.398-403, mar./ago. 2005.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Círculo do Livro, 1996.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Portaria nº 229, de 15 de maio de 1992. **Estabelece os Direitos, os Deveres e as Responsabilidades do Usuário do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras Providências**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 1992.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Código dos Direitos dos Pacientes: reflexões a partir do cotidiano hospitalar**. Fortaleza, 2006.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Política estadual de humanização da atenção e gestão em saúde do Ceará**. Fortaleza, 2005a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Código dos Direitos do Paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde/SUS**. Fortaleza, 2005b.

CHAUÍ, M. Marilena Chauí diz que Brasil convive com violência estrutural e ataca a “oligarquia”. In: FÓRUM DE ENTIDADES NACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS, 2006. **Anais...** [S.l.], 2006. Disponível em: http://www.direitos.org.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1749%20->. Acesso em: 10 out. 2006.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set./dez. 2005.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, 2004.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente**: um manual de sobrevivência. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GOMES, A.M.A. et al. **Direitos e deveres dos usuários**: uma contribuição à SESA-CE na construção destes direitos. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000.

GOMES, I.L.V.; FRAGA, M.N.O. **Direitos do cidadão hospitalizado**: teoria e práxis. Fortaleza: Ban Gráfica, 2001.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec, 2004.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. **Manual dos direitos do paciente**. Fortaleza, 2000.

Manual dos direitos do paciente. Fortaleza, 2000.

PINSKY, J.; PINSKY, C. (Org.). **História da cidadania**. São Paulo: Objetiva, 2003.

SAMPAIO, J.J.C. **Saúde e educação**: serviços à humanidade. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2000.

SÃO PAULO. 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, v.109, n.51, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

SIMONETTI, J.R.; ADRIÃO, M.; CAVASIN, S. Saúde sexual e reprodutiva: uma experiência de rodas de conversa em Corumbá - Mato Grosso e Foz do Iguaçu - Paraná. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, 2007. p.247-252.

TIMI, J.R.R. **Direitos do paciente**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2005.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

VELOSO, R.C.; SPINDOLA, T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. **Revista Enfermagem UERJ**, v.13, n.1, p.38-43, 2005.

3.3 Artigo submetido 1 – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Humanização hospitalar pública e privada na etnoavaliação de usuários em Fortaleza-CE

Public and Private hospital humanization in the ethno-evaluation of patients in Fortaleza, Brazil

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Marilyn Kay Nations

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Resumo

Objetivou-se compreender a humanização na assistência hospitalar pública e privada sob a etnoavaliação de usuários hospitalizados. Trata-se de pesquisa antropológica realizada em instituição hospitalar pública (HPU) e privada (HPR) de Fortaleza-Ce. Participaram 28 usuários no período de janeiro de 2005 a março de 2007. Os dados foram coletados a partir de observação e entrevista etnográfica, sendo analisados conforme técnica categorial de Bardin. Das 411 unidades de significados desveladas, 225 (54,7%) foram no HPU e 186 (45,3%) no HPR. Usuários de ambos os hospitais etnoavaliaram a competência humana e técnica do profissional, a estrutura e funcionamento hospitalar, o acesso e a ética na condução das finanças. O estudo mostra a importância da etnoavaliação do usuário ser incorporada ao projeto de gestão e assistência como orientadora de decisões e intervenções específicas, consistindo em potência na construção de práticas que levem a um cuidado respeitoso e digno.

Descritores: Humanização da assistência. Avaliação em saúde. Antropologia Médica.

Introdução

A avaliação das práticas sociais em saúde é cada vez mais necessária às decisões na gestão hospitalar, pois os serviços de saúde, sobretudo a partir dos anos 80, passaram a reconhecer a importância da opinião do usuário nesse contexto. No referido período, foi crescente o número de processos judiciais e de reclamações oriundos dos usuários decorrentes de experiências assistenciais negativas⁽¹⁾. O usuário avalia o atendimento de suas necessidades baseado em seu universo

singular e coletivo, independente de se hospitalizar em um serviço público ou privado.

Apesar de nos últimos anos a avaliação sob o ponto de vista de usuários ter sido alvo de estudos, prevalece a avaliação quantitativa⁽²⁾. É um desafio, portanto, utilizar instrumentos de monitoramento e avaliação qualitativa das ações de saúde no contexto hospitalar, sobretudo em hospitais públicos, cujas iniciativas são ainda principiantes. Esse desafio está inserido no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH) desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 2003, na qual a avaliação qualitativa é imprescindível para desvelar os sentidos e os significados do usuário hospitalizado. Avaliar qualitativamente é obter uma análise das dimensões que escapam às medidas numéricas, incluindo demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos, como as impressões em experiência de hospitalização⁽²⁾.

É necessário, assim, apreender as significações da experiência vivida pelo usuário e incluí-las como resultado do seu protagonismo nas ações de saúde, sendo fundamental para a humanização da atenção e gestão em saúde. A etnoavaliação acolhe a leitura do usuário sobre a hospitalização, seus sentidos e significados do vivido. O prefixo *etno* corresponde ao sistema de conhecimentos e percepções típicas de uma dada cultura, que é diversa para cada grupo distinto de pessoas (*etnia*)⁽³⁾. Supomos, deste modo, existir uma etnoavaliação com traços específicos para o hospital público (HPU) e para o hospital privado (HPR).

Em face ao exposto, decidimos pela realização do presente estudo, que teve por objetivo compreender a humanização na assistência hospitalar pública e privada sob a etnoavaliação de usuários hospitalizados.

Métodos

Estudo antropológico o qual consiste em descrever e interpretar os significados culturais de um determinado grupo⁽³⁾. Realizado em um HPU e um HPR, ambos localizados em Fortaleza-Ceará, no Nordeste brasileiro. Estes foram escolhidos por sorteio entre os hospitais gerais do município, nas respectivas categorias (pública e privada). Optou-se por hospitais gerais pela complexidade dos processos de trabalho e maior abrangência dos motivos de hospitalizações. O HPU é de ensino e pesquisa e possui 276 leitos; o HPR possui 150 leitos e tem caráter suplementar. Ambos oferecem atendimento clínico, cirúrgico, tratamento intensivo e de emergência, porém a clínica obstétrica foi restrita ao HPU.

Os dados foram coletados em dois períodos, sendo o primeiro no HPU (janeiro a julho de 2005), e o segundo no HPR (outubro/2006 a março/2007). Utilizou-se a técnica de observação, com registro em diário de campo; “percurso do paciente” e entrevista etnográfica. O “percurso do paciente” foi um método elaborado para acompanhar os usuários desde a admissão, passando pela hospitalização, até a alta, propiciando alcançar um aprofundamento no contexto vivido pelo usuário, bem como sua leitura cultural⁽⁴⁾. O “percurso do paciente” variou de sete horas a 60 dias no HPU e de seis horas a sete dias no HPR.

As entrevistas etnográficas foram combinadas por livres narrativas dos usuários sobre a hospitalização⁽⁴⁾ e depoimentos voltados às questões norteadoras: Conte-me como está sendo sua permanência no hospital; Descreva como foi para você ficar internado; Descreva algum evento que o fez se sentir melhor no hospital; Lembrando desde a chegada no hospital, conte-me o que poderia ser feito para tornar sua estada no hospital mais humana? Tem algo mais a dizer sobre a sua

passagem pelo hospital? As entrevistas ocorreram nas enfermarias ou em áreas próximas que garantissem a privacidade do (a) participante. Em duas situações ocorreram após a alta, quando esta aconteceu sem comunicação prévia. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. A frequência de encontros com cada usuário se deu até a saturação de sua fala, o que variou de dois a 32 encontros.

Participaram treze usuários do HPU e quinze do HPR, das clínicas médico-cirúrgica, gineco-obstétrica (somente no HPU), neonatologia, UTI e emergência com os seguintes critérios de inclusão: ser o primeiro da fila para o atendimento e ser usuário para tipo de serviço ainda não inserido na pesquisa, ou seja, quando o primeiro da fila saturava tais condições, abordava-se o segundo e, assim, sucessivamente. Foram excluídos usuários com pelo menos uma das seguintes condições: transtorno psíquico, impossibilidade de verbalização, idade inferior a 12 anos, e ser funcionário dos hospitais do estudo.

Os dados foram organizados pela Técnica de Análise Categorical de Bardin⁽⁵⁾. Na fase da pré-análise, realizaram-se leituras flutuantes e repetidas das transcrições, no qual se identificou pensamentos e idéias dominantes. Com base nestes elementos realizou-se a exploração do material, classificando-o em temas convergentes. Emergiram 411 unidades de significação, categorizadas em: competência profissional humana e técnica; e estrutura e funcionamento hospitalar. Os resultados também mostraram a caracterização demográfica e socioeconômica dos participantes; além da caracterização dos casos seguidos por tipo de hospital e tempo de hospitalização.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o protocolo de nº 06-164. Aos participantes foi garantido o sigilo e o anonimato, e uma vez esclarecidos sobre os objetivos e a forma de colaboração na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo às determinações da Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁶⁾. As falas apresentadas foram expressas seguidas de nome fictício, da idade, da patologia e do tipo de hospital.

Resultados

Caracterização demográfica e socioeconômica dos participantes

Tabela 1. Distribuição do número de usuários hospitalizados em serviço público e privado segundo condições demográficas e sócio-econômicas. Fortaleza-CE. 2005 e 2007, respectivamente.

Variáveis (n=28)	Hospital público (n=13)	Hospital privado (n=15)
Sexo		
Masculino	4	10
Feminino	9	5
Faixa etária (em anos)		
16 a 21	3	---
22 a 39	3	5
40 a 60	4	5
61 a 93	3	5
Escolaridade		
Analfabeta	1	---
Sabe ler e escrever	4	---
Ensino fundamental incompleto	1	---
Ensino fundamental completo	1	2
Ensino médio incompleto	2	---
Ensino médio completo	4	3
Curso superior	---	10
Ocupação		
Desempregado	2	---
Do lar	2	2
Autônomo	2	1
Aposentado	3	3
Empregado	4	9

A idade dos participantes do HPU variou de 16 a 93 anos e no HPR de 22 a 93 anos. No HPU predominaram participantes do sexo masculino e no HPR participantes do sexo feminino. Sete usuários do HPU chegaram ao ensino fundamental e outros seis ao ensino médio. Já no HPR, 10 usuários possuíam curso superior e os outros três concluíram o ensino médio. As ocupações foram uniformes no grupo estudado (doméstica, autônomo, aposentada), porém, o

desemprego marcava quatro usuários do HPR e nove no HPU. Dez participantes do HPU e 11 do HPR hospitalizavam-se pela primeira vez. Portanto, escolaridade e empregabilidade se mostraram mais favoráveis aos usuários do HPR.

Caracterização dos casos por tipo de hospital e tempo de hospitalização

Tabela 2. Distribuição dos tipos de atendimentos e tempo do “percurso do paciente” por hospital público e privado. Fortaleza-CE; 2005 e 2007, respectivamente.

Tipo hospital	de Tipo de atendimento	“Percurso do paciente” em dias/horas
Público	Histerectomia	60
	Biopsia pulmonar	45
	Parturiente (Projeto Mãe Canguru)	39
	Leishmaniose cutânea	14
	Cirurgia bariátrica	12
	Gestante de alto risco	10
	Artralgia	5
	Pré-eclâmpsia	5
	Cirurgia de tireóide	3
	Retirada de nódulo	2
	Cirurgia estética vaginal	2
	Parto normal	2
	Biopsia uterina	6h
Privado	Cirurgia na coluna	7
	Semi - oclusão intestinal	5
	Pancreatite	4
	Uretrotripisia	3
	Colocação de <i>stent</i>	3
	Infarto	2
	3 Cirurgias de vesícula	2
	Cirurgia de vesícula	1
	Retirada de nódulo no seio	14h
	Desobstrução venosa	12h
	Retirada de cisto na mão	12h
Cirurgia reumatológica	12h	
Retirada de cateter	6h	

Em ambos os hospitais, diversificadas situações de hospitalização favoreceram maior abrangência nas etnoavaliações e multiplicidade de sentidos e significados dos participantes. Ainda que o itinerário do usuário dependa não só da

condição de resposta do hospital, mas também de sua necessidade, ficou perceptível que o “percurso do paciente” no HPU é mais longo do que no HPR: no público, o período variou de seis horas a 60 dias, enquanto no privado, de seis horas a sete dias.

Etnoavaliação da humanização hospitalar em serviço público e privado

Das 411 unidades de significados desveladas (etnoavaliações) nas experiências vividas pelos usuários hospitalizados, 225 (54,7%) foram no HPU e 186 (45,3%) no HPR. Competência profissional humana (se relacionar e se comunicar) e competência profissional técnica (procedimentos técnicos) foram dominantes, correspondendo a 138 (61,3%) no HPU e 126 (67,7%) no HPR. O segundo aspecto etnoavaliado foi a estrutura e o funcionamento hospitalar, com 87 (38,7%) das unidades de significado no HPU e 60 (32,3%) no HPR.

Competência profissional humana e técnica

Tanto na hospitalização pública quanto na privada, a competência humana foi o componente mais acentuado na etnoavaliação. A competência técnica, relacionada à habilidade e a tomada de decisão no cuidado também foi requisito. No HPU, 83,3% das unidades de significado foram negativas à atenção prestada pelo profissional, enquanto no HPR, 54,0%; atitudes respeitadas dos profissionais foram reconhecidas em 5,7% das unidades de significado dos usuários do HPU e 46,3% no HPR. O maior número de narrativas, portanto, que confirma atitudes humanizadas foi proveniente de usuários do HPR.

Em ambos os hospitais, o profissional competente é aquele que *é educado, delicado, é do bem, interessado na gente, pois se você está nas mãos de um profissional que não está nem aí, atrapalha sua cura* (Maria Mendes, 70 anos, emergência/hemodinâmica, HPR). Marcilia, 32 anos, uretrotrípica, HPR, comentou: *o médico explicou tudo direitinho, meu medo passou na hora*. Ao se relacionar e se comunicar com atitudes de *indiferença, deboche, grosseria*, o profissional é interpretado como *frio*. Carla, 31 anos, retirada de nódulo do seio, HPR, falou do tratamento *mecânico* dos profissionais: [...] *nem nome eu tenho mais, sou o nódulo que veio ser retirado*. Sem comunicação efetiva dos procedimentos, outro expressou: *não sei o que eu tenho, ele [o médico] só passa medicamento, não explica direito* (Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica, HPU).

Usuários do HPR etnoavaliaram profissional competente tecnicamente como aquele *sempre pronto a ajudar, alivia a dor, decide com rapidez* (José Araújo, 44 anos, retirada de catéter, HPR). Nos dois contextos, o usuário ponderou a pouca habilidade técnica do profissional pelas marcas *roxas* no braço, número de *furadas* e danos causados. José Araújo, 44 anos, renal, HPR, comentou que foi *espetado* [tentativa de punção venosa] cinco vezes pela anestesista que causou *hematoma* e pela entubação permaneceu *cinco dias com o nariz ferido*, o que lhe deixou *traumatizado*. No HPU uma usuária foi *furada* diversas vezes por estudantes na realização de biópsia de tireóide. Normas e horários de alimentação, medicação, troca de curativos e de soro nem sempre foram cumpridos no HPU.

Em ambos os hospitais, o usuário pouco indaga sobre o procedimento: *ele [o anestesista] não me explicou essa parte [sobre anestesia], eu também não*

perguntei, né? (Carla, 31 anos, nódulo no seio, HPR). Outros assumem a culpa por *não saber: foi falha minha, me esqueci de perguntar* (José Aurélio, 75 anos, renal, HPR). Nos dois hospitais, o usuário tem *medo de reclamar* e desacredita em mudanças nas relações. Mano, 93 anos, Leishmaniose, HPU, expressou sua crítica com cautela: *a senhora sabe que nem posso dizer isso [...]* e no HPR, Carla, 31 anos, nódulo no seio, indagou: *eu vou falar pra quê? Não adianta [...] a gente aceita e não questiona.*

Estrutura e funcionamento hospitalar

Na etnoavaliação dos dois hospitais, a estrutura e o funcionamento dos serviços constituíram fatores à humanização hospitalar. No HPU foram 94,3% referências negativas e 56,7% no HPR.

Dificuldade de acesso, estrutura física precária, equipamentos avariados, falta de materiais e desconforto, foram as principais barreiras à humanização no HPU, resultando em adiamentos de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos. Mário, 42 anos, cirurgia bariátrica, HPU, esperou dois anos pelo procedimento e no dia da realização o aparelho *pifou* [apresentou defeito]; desapontado, desabafou: *eles nem sabem quando vai ajeitar [...]*. Na enfermaria, falta local para guardar os pertences, *é quente, sem luz no banheiro, colchão duro*, prejudicando o repouso: *a gente vira para um lado, é ruim para dormir* (Miriam, 21 anos, gestante de alto risco, HPU). A informatização na marcação de consultas *complica* e provoca retornos subseqüentes. No HPR, materiais, equipamentos e a informatização não foram referidos na etnoavaliação.

A acessibilidade foi citada em ambos os hospitais, mas com peculiaridades a cada cenário. O tempo de espera foi motivo de reclamação, sendo que cinco a 30 minutos no HPR foi intolerável, enquanto no HPU, atrasos de horas foram suportados, pois os usuários *não têm para onde ir*. A espera para o atendimento devido à excessiva demanda no HPU não apareceu no HPR, porém comum aos dois foi à burocrática da hospitalização: *não precisava essa ruma de papel [excesso de documentos]* (Mirla, 21 anos, gestante de alto risco, HPU); *a burocracia do plano é fora do sério* (José Aurélio, 75 anos, paciente renal, HPR).

Nos dois contextos, houve desconfiança no gerir as finanças. Enquanto no HPU o usuário referiu que *tem muito roubo no hospital: às vezes o diretor do hospital é desonesto* (Cláudio, 76 anos, biopsia pulmonar, HPU); no HPR, medicamentos, procedimentos e profissionais na cirurgia incluídos além do necessário foi anti-ético: *falta clareza na prestação de contas [...] botam um monte de coisa que fez e você tem plena consciência que não usou* (José Araújo, 44 anos, cateterização renal, HPR). Os usuários recomendaram fiscalização: *botar um secretário de saúde sério pra tomar conta dos recursos dos hospitais* (Paulo, 23 anos, Artralgia, HPU).

A emergência foi o serviço considerado menos humanizado, pela demora, desconforto e *não ser bem recebido: na situação que cheguei qualquer segundo é uma eternidade e fiquei preso preenchendo dados* (José Araújo, 44 anos, paciente renal, HPR). Usuários de ambos os hospitais propuseram mudanças: *na emergência fui tratado como cachorro, deviam colocar bons profissionais para nos receber e ver quem mais tá precisando* (Diário de Campo, HPU). No HPR a barreira

da autorização do plano causa *desprezo: o plano fica jogando pra lá e pra cá [...] eu fui rejeitado, [...] tive que ir de corpo presente provar a doença* (Aurélio, 75 anos, desobstrução venal, HPR).

Discussão

Na etnoavaliação da humanização hospitalar pública e privada, ocorreram semelhanças e diferenças, negando uma antinomia que usualmente predomina na avaliação dos serviços públicos e privados ⁽⁷⁾. Narrativas revelaram interdependência na forma como se interpreta a humanização no cuidado; desafiaram tecer conexões que entrelaçassem significações e sentidos que não se constituem opostos excludentes. Foram encontrados elementos bipolares, que confirmam e negam a humanização nos dois hospitais, e também no percurso de um mesmo usuário. Compreender esta dinâmica requer entender o cenário sócio-econômico-cultural nos quais os participantes e esses serviços se inserem.

No HPR predominou usuários economicamente ativos, permitindo o acesso aos planos privados, sendo na quase totalidade (93,3%) decorrentes de vínculo de trabalho, condição ausente entre os usuários do SUS, com quase a metade (46,2%) sem ocupação definida no mercado de trabalho (Tabela 1). Indivíduos situados nos primeiros décimos da distribuição de renda têm pior acesso a seguro saúde. Além disso, dez usuários do HPR tinham formação superior, e no HPU, nenhum. Esses dados reforçam estudo que atesta o acesso aos serviços do SUS dirigido ao usuário de baixa renda e que tem menor qualificação no setor formal da economia⁽⁸⁾. Pesquisa da Organização das Nações Unida (ONU), realizada em 2007,

demonstrou que o Brasil é o primeiro país da América Latina em desigualdade social com renda dos 10% mais ricos, 32 vezes maior do que a dos 40% mais pobres⁽⁹⁾. Fortaleza, cenário deste estudo, é uma das cidades mais desiguais do Ceará no Nordeste brasileiro⁽¹⁰⁾.

Essas condições têm repercussão, ainda, na demora para o atendimento, quando foi detectado no “percurso do paciente” maior tempo entre a chegada até a alta, no HPU (Tabela 2). Estudo comparativo entre o acesso ao SUS e aos planos privados, constatou que conseguir o atendimento no dia da procura é de 10% em favor dos possuidores de plano de saúde⁽¹¹⁾.

A despeito da melhor qualidade interativa no HPR, é importante refletir sobre o imaginário social como referência de melhor qualidade assistencial atribuída ao setor privado de saúde. É ressaltado o papel da mídia que divulga a rapidez e resolubilidade da medicina suplementar ou faz alarde à ineficiência do público⁽¹²⁾. A análise desses resultados, entretanto, mostra que a legalidade dos princípios constitucionais do SUS, não garantem legitimidade social, havendo desrespeito aos direitos de cidadania⁽¹²⁾.

Os participantes do público e do privado apresentaram percepções complementares sobre a humanização hospitalar. Profissional competente, para estes, é *ser do bem*, refletindo uma etnoética baseada no seu mundo moral originada em seu *ethos* cultural⁽¹³⁾. Transgride esses princípios o profissional *grosseiro* que desconsidera a sua dor e o seu sofrimento.

Infere-se que esta perspectiva atribuída à competência humana pode estar associada à exigência crescente dos direitos de cidadania⁽¹⁴⁾. Interroga-se ainda sobre a precarização do trabalhador da saúde na atualidade, quando a

incorporação da lógica econômica leva a perda do sentido do “nós”, de “ser com os outros”, e das finalidades do trabalho em saúde⁽¹⁵⁾.

Independente do tipo de hospital, a competência foi avaliada pela forma como o profissional interage e se comunica com os usuários, diferenciando profissionais *delicados*, que explicam *direitinho*, *tem interesse*, de outro que é *frio*, *abandona* e desqualifica o usuário com suas atitudes. A atitude *fria* que o usuário retrata, tem suas raízes no modelo científico biomédico, que defende uma pretensa “racionalidade neutra” na interação clínica; a subjetividade dos usuários e profissionais tende a ser desconsiderada, mas nem sempre a falta deste vínculo ocorreu devido ao *status* profissional ou a sua qualificação técnica.

O usuário descortina a necessidade de uma formação permanente dos profissionais e o desenvolvimento de habilidades comunicacionais ao desvelar a comunicação como um dos elementos chave da humanização hospitalar. É preciso investir nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar que consideram o acolhimento e produzem autonomia ^(2,15).

Embora a negatividade na etnoavaliação do HPU seja influente, no HPR não foi identificado um cuidado centrado no usuário. O grupo estudado mostrou que o relacionamento profissional-usuário não se torna melhor no HPR pela aproximação socioeconômica e cultural. Essas relações são afetadas por múltiplos fatores e não se devem a uma identificação entre os sujeitos. Assim, há profissionais comprometidos e descomprometidos com o ser humano nos dois tipos de hospitais e outros fatores como as condições de trabalho e a satisfação dos trabalhadores por exemplo, influenciam as relações. Ademais, essa realidade pertinente aos

auxiliares e técnicos de enfermagem, pessoal de copa e de limpeza do HPR é semelhante à realidade dos usuários do SUS.

A estrutura física e o funcionamento precário nos hospitais público e privado repercutiram na etnoavaliação, sendo dominante a avaliação negativa no HPU. O Relatório do Banco Mundial aponta que a maioria das unidades do SUS têm limitações para manter suas instalações e equipamentos⁽¹²⁾. Já financiamento próprio e melhor disponibilidade de recursos, garantem o consumo de melhores serviços de saúde no sistema privado⁽¹⁶⁾.

O serviço de emergência público e privado apontado como mais desumanizado, reflete dificuldades estruturais e de gestão, como a desorganização da rede de serviços, superlotação, e ausência de critérios técnicos e éticos na tomada de decisão perante os atendimentos.

Os achados da pesquisa contrapõem, em parte, a idéia de que pela escolarização e consciência dos direitos, o usuário do HPR expressa mais suas demandas e reivindicações, pois embora reconheça seus direitos, por *medo* ou por sentimento de proteção ao profissional/hospital, prefere ocultar sua crítica⁽¹⁴⁾.

A fiscalização das finanças, como retrata o usuário, deve ser uma responsabilidade assumida pelo Estado. Essa questão é afirmada por autores que defendem a inexistência de auditoria, avaliação e controle⁽¹¹⁾. Assim, a equação desta regulação tem suscitado discussão, sobretudo até que ponto segue a autonomia do privado em relação ao Estado⁽¹⁴⁾.

Considerações finais

Apesar das diferentes significações sobre a humanização hospitalar nos HPU e HPR, estas guardaram semelhanças, descaracterizando uma “qualidade” pertencente somente à esfera privada. Em se tratando do olhar do usuário, ambos os hospitais precisam avançar para ofertar serviços mais direcionados às suas necessidades, expectativas e direitos de cidadania.

Usuários revelam um caráter multifacetado de humanização em cada ambiente pesquisado e entre os dois contextos. Novos estudos deverão aprofundar os requisitos da etnoavaliação dos usuários visando um cuidado hospitalar humanizado em diferentes contextos e regiões. Sugerimos que a metodologia “percurso do paciente” seja explorada e experimentada em outras realidades e estudos como forma de aperfeiçoamento e validação em revelar perspectivas aprofundadas de etnoavaliação dos usuários.

Acredita-se que uma compreensão da etnoavaliação do usuário hospitalizado sobre a humanização em hospital público e privado, pode contribuir para melhorar o conhecimento e entendimento dos profissionais sobre os sujeitos que atendem, favorecendo assim a sua autonomia e fortalecimento de vínculo tão necessário ao cuidado humanizado.

Além disso, ao incorporar a visão e o sentir do usuário no projeto de gestão e de atenção, poderão os hospitais ter mais possibilidades de contando com o protagonismo destes, vencerem os desafios de aperfeiçoamento das práticas sociais de saúde, pois reconhecê-lo na condição de cidadão, pessoa e sujeito é imprescindível para a humanização hospitalar.

Referências

1. Serapioni, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. *Saúde em Debate* 1999 setembro-dezembro; 23(53):81-92.
2. Santos-Filho, SB. Perspectivas de avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007 julho-agosto; 12 (4): 999 –1010.
3. Spradley, JP. *Participant Observacion*. New York (USA): Horlt, Rinehart and Winston; 1980.
4. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2007 setembro; 23(9): 2103 - 2112.
5. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PORTUGAL): Edições 70; 1977.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2001.
7. Aciole GG. *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
8. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003 março; 8 (3): 815-823.
9. Pobreza, desigualdade, saúde e educação: projetos de sociedade. *Revista Ret-SUS* 2005 outubro; 12: 4-7.
10. Albuquerque L. Concentração de renda recua 10,8% no Ceará. *Jornal Diário do Nordeste* [periódico na internet] 2007 set [citado 2007 set 26]. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo = 473361>.
11. Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
12. Banco Mundial. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos*. Relatório N° 36601-BR. Brasília (DF); 2007.
13. Kleinman, A. *What really matters: living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. New York: Oxford University Press; 2006.

14. Bodstein R, Souza RG. Relação público e privado no setor saúde: tendências e perspectivas na década de 90. In: Goldemberg P, Massaglia RMG, Gomes MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 289 - 309.
15. Luz, MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. O cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2005. p. 9 - 20.
16. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Family member's needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. Rev. Latinoam. Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15 (1): 84-92.

3.4. Artigo submetido 2 – Revista de Salud Pública

Sentimentos, sentidos e significados em pacientes na hospitalização pública no Nordeste brasileiro

Annatália Meneses de Amorim Gomes
Marilyn Kay Nations
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Resumo

Objetivo Conhecer os sentimentos, significados e a resiliência em pacientes na hospitalização pública no Nordeste brasileiro.

Método Entre janeiro a julho de 2005 se realizou em Fortaleza, Ceará, Brasil, uma pesquisa etnográfica com 13 pacientes adultos de um hospital geral público, com métodos qualitativos, pela combinação de técnicas de observação livre, entrevista etnográfica aberta e profunda, mesclada com narrativas de momentos vividos e observação participante. Os dados foram organizados pela Análise Categórica Temática e interpretados com base nos referenciais da humanização, Psicologia e Antropologia Médica.

Resultados Os sentimentos percebidos pelos pacientes foram múltiplos, sendo tanto negativos como positivos na vivência de hospitalização. Os significados de hospital foram: perigo, prisão, sofrimento e aprendizagem. Para enfrentar as adversidades utilizam estratégias de resiliência: laços solidários entre pacientes, amigos e familiares; atitudes, pensamentos e características pessoais; e a fé religiosa.

Conclusões Os achados desafiam a mudança para uma prática profissional de convivência harmoniosa no ambiente hospitalar e a estudos que aprofundem a resiliência.

Palavras chave: Emoções. Humanização da assistência. Antropologia cultural. Psicologia (Fonte: DECS, BIREME).

Introdução

A experiência de hospitalização é vivida de forma pessoal e coletiva pelo paciente, em função de seus referenciais culturais, valores e vivências. Desde a origem, o hospital abrigava os doentes excluídos da sociedade, caracterizando-se, a partir do século XIX e pelos seguintes, como equipamento de cuidar dos doentes, doutrinação dos corpos e normatização sistemática de cuidados (1).

No Brasil, apesar da reorientação do modelo assistencial para uma atenção integral e descentralizada, com a implementação do Programa Saúde da Família - PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, no início dos anos 1990, permanece uma cultura hospitalocêntrica. Persiste um modelo tecno-assistencial, fragmentado, “medicalizado”, o que concorre para a insatisfação freqüente e perda de confiança pelos pacientes (2). Na atualidade, estudos em diferentes realidades, incluem as percepções e comportamentos dos pacientes sobre a hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (3), Hospital de Câncer (4) e Hospital Psiquiátrico (5).

O paciente, ser admitido ao hospital, encontra-se vulnerável, trazendo consigo a história da sua doença, um modo próprio de sentir, se relacionar e perceber o vivido. Os pensamentos e sentimentos orientam o comportamento (6). Deste modo, compreender os sentimentos é entender a reação humana ao mundo circundante (7). Na prática de saúde, no entanto, há o reconhecimento do despreparo dos profissionais de lidar com esta dimensão subjetiva e a falta de uma atenção acolhedora, humanizada e resolutiva (8).

A voz do paciente, portanto, nem sempre é escutada. Ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconize o princípio da participação popular, e que movimentos sociais tenham marcado desde os anos de 1960/70 a crescente consciência dos direitos de cidadania, raros são os estudos que buscam conhecer os significados, ou seja, as dimensões invisíveis da cultura, para o paciente na sua hospitalização. Hall (9) entende que a cultura é, na sua maior parte, “uma realidade

oculta, que escapa ao nosso controle e constitui a trama da existência humana”, de modo que os comportamentos são mediados pela cultura.

Diante do exposto, interroga-se: como se comporta o paciente ante a manipulação dos mecanismos de controle institucionalizados? Quais as formas de reação e superação que assume sem perder sua dignidade, sua capacidade de ser saudável? O ser humano “nas mais profundas situações de opressão, seus sonhos e desejos latejam incessantemente, empurrando-o para uma teimosa e persistente busca de superação” (6). Essa pode ser também chamada de resiliência, definida como um fenômeno em que se superam o estresse e as adversidades da vida, não constituindo somente uma característica individual (10), pois envolve combinações de processos sociais, ambientais e psíquicos (11).

Na hospitalização, torna-se fundamental, portanto, conhecer o universo cultural do paciente, descobrir sua subjetividade, aproximar-se do seu mundo moral (12), possibilitando maior compreensão por profissionais e gestores.

Este trabalho trata dos sentimentos, significados percebidos e resiliência dos pacientes na hospitalização pública. O texto parte do projeto de pesquisa *Hospital Humano: etnoavaliação centrada no paciente e seus sentidos, significados e experiência vivida*, cujo objetivo foi compreender a humanização hospitalar por meio da etnoavaliação do cuidado na perspectiva do paciente.

Métodos

Pesquisa etnográfica, a fim de captar e explicitar a “teia de significados” dos pacientes da experiência de hospitalização e descobrir os sentidos associados e interpretados por eles (13). Os dados foram coletados de janeiro a julho de 2005,

em um hospital geral público, em Fortaleza, Ceará, no Nordeste brasileiro. O *locus* de estudo é um complexo hospitalar, com 276 leitos, atuando em procedimentos de alta complexidade, em clínica e cirurgia, e no atendimento materno-infantil, preferencialmente a pacientes do SUS.

Dos 13 pacientes selecionados, 4 são homens e 9 mulheres, entre 16 a 93 anos; oito são casados; três solteiros e dois separados. A maioria dos participantes reside na periferia de Fortaleza (84,6%), enquanto 15,4% em outros municípios do Estado. Quase a metade (46,3%) é de analfabetos ou não completaram o primeiro grau; 7,7% terminaram o primeiro grau e 46,1% estão cursando ou concluíram o segundo grau. A maior parte (53,8%) é inativa economicamente. Mais de dois terços (77%) internam-se pela primeira vez e 23% por duas ou cinco vezes.

Os casos estudados duraram um menor tempo, de 7 horas, tal como uma biopsia uterina na clínica ginecológica. Percursos que duraram menos de sete dias foram: um parto normal (dois dias), uma cirurgia estética vaginal (três dias), uma retirada de nódulo em um dedo do pé (três dias), uma cirurgia da tireóide (cinco dias) e uma pré-eclâmpsia (cinco dias). Foram acompanhados ainda, um paciente com dores ósseas, na clínica reumatológica (10 dias), um parto de alto risco, na casa da gestante (12 dias), e uma cirurgia bariátrica (14 dias). Por mais de um mês, seguiu-se um paciente com leishmaniose cutânea (30 dias), um parto prematuro no Projeto Mãe Canguru (39 dias) e uma biopsia pulmonar (45 dias). Uma histerectomia foi acompanhada em dois meses.

Para situar os pacientes no seu universo de significação, criou-se uma combinação eclética de técnicas, nomeada "O Percurso do Paciente - *The Patient's Pathway* (14). Durante os primeiros três meses, utilizou-se a observação livre,

registrada em diário de campo. Subseqüentemente, o estudo etnográfico foi aprofundado, seguindo o percurso de 13 pacientes, desde sua chegada até a alta, variando entre sete horas e 60 dias. A seleção dos informantes baseou-se nos critérios: 1) identificação na chegada; 2) escolha do primeiro na fila do atendimento; 3) inclusão de pelo menos um de cada serviço (Clínica Médico-Cirúrgica, Gineco-Obstétrica, Neonatologia e Emergência); e 4) tomada de casos diversificados. Foram excluídos pacientes com transtorno psíquico e menores de 16 anos.

Entrevistas etnográficas (15) foram mescladas com narrativas (16) de momentos vividos e observação-participante, com anotações em diário de campo. Ocorriam de forma flexível, com algumas situações favorecendo uma técnica ou a outra. Foram norteadas, mas não limitadas, pelos quesitos: conte-me como está sendo a sua permanência no hospital; descreva como foi para você ficar internado; descreva algum evento que o fez se sentir melhor/pior no hospital; relembro desde a chegada no hospital, conte-me o que poderia ser feito para tornar a sua convivência mais humana; tem algo mais a dizer sobre a sua passagem pelo hospital? As entrevistas e narrativas foram gravadas e transcritas. As falas apresentadas no texto foram expressas por meio de nome fictício, visando a resguardar a identidade dos participantes.

Os dados foram organizados segundo a Técnica de Análise Categrorial da Análise de Conteúdo (17). A pré-análise correspondeu a leituras repetidas das transcrições, identificando pensamentos e idéias dominantes, emergindo 225 narrações distintas. Com base nestes elementos e observações registradas no diário de campo, realizou-se a exploração do material, buscando a classificação em categorias e convergência entre os depoimentos. Procedeu-se à interpretação

arrimada nos referenciais da Humanização (18), Psicologia (7,19) e Antropologia Médica (12,16).

O sigilo e o anonimato dos informantes foram garantidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado, de acordo com Resolução 196/96 (20). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, sob o registro 111106-04.

Resultados

Sentimentos vividos

Uma multiplicidade de sentimentos é revelada, os quais dependem de fatores internos e externos. Conforme Viscott (7) os sentimentos constituem-se em negativos - que “interferem no prazer, consomem energia e nos deixam exauridos, sensação de truncamento, vazio e solidão” e causam dor emocional; e positivos – “são alegres, sensação de renovação e criação”. Os negativos prevaleceram: “abandonado”, “medo”, “revolta”, “humilhado”, até mesmo “deprimido”; mas foram balanceados com sensações positivas: “acolhido”, “à vontade”, “relaxado”, “tranquilo”, “feliz”, inclusive “maravilhado” pela atenção recebida (Quadro 1).

O paciente reconhece que, no contexto da hospitalização, “as emoções estão à flor da pele”, estão “sensíveis e nervosos” pela contingência do seu problema de saúde; agravada pelas condições exteriores de “descaso, desatenção e maus-tratos”, que contribuem para aumentar o estresse (14). Sondada após o parto de pré-eclâmpsia, Amélia, 25 anos, sem acompanhante, sentia-se “abandonada” e “ressentida”: “A enfermeira só coloca a medicação e pronto, nem liga prá mim!”. Um jovem, 23 anos, da clínica reumatológica, está “angustiado”, pois não entende a

linguagem do médico: “O médico só passa medicamento, não explica bem o que é... eu fico ansioso prá saber o que eu tenho!” O sentimento de menos-valia é muito comum entre os pacientes, sentindo-se “um nada”, “bem pequenininho”. Matias, 42 anos, em tratamento para obesidade, sente-se duplamente “discriminado”, pelo peso e condição socioeconômica, desabafa: “se fosse uma pessoa magra e com dinheiro era diferente.”

A paciente de 50 anos, de modo positivo, sente-se “relaxada” pela atenção do médico durante o procedimento da biopsia uterina: “posso falar que não senti nada, e foi a conversa!” Outra sentia-se feliz numa enfermaria em boas condições: “eu disse para minha mãe que estava numa enfermaria VIP!” (Evita, 22 anos). Estabelecer uma relação de interesse e afeto contribui para o paciente sentir-se bem no ambiente hospitalar: “com amor e carinho, cresce o ânimo, a gente sente vontade de viver” (Mano, 93 anos).

Quadro 1. Sentimentos vividos pelo paciente e organizados segundo Viscott (7).

Tipos de sentimentos

Negativos	Positivos
Mágoa e perda: enganado, decepcionado, solidão, abandonado.	Acolhido
Ansiedade: medo, preocupação, angústia, tensão, aflição.	À vontade
Raiva: revolta, irritado, indignado, inconformado, aborrecido.	Relaxado
Culpa: vergonha, discriminado, humilhado, um nada, rejeitado, bem pequenininho, desprezo.	Tranqüilo
Depressão: impossibilitado, obrigado, amarrado, deprimido.	Feliz
	Maravilhado

Significados de hospital no imaginário do paciente

Em função de sua cultura e experiências, o paciente mostra diferentes percepções de hospital: ameaçador, perigo, prisão, sofrimento e aprendizagem. Silvia, na emergência obstétrica, do interior do Estado, em virtude da demora e mau atendimento, proclama: “eu tinha muito medo do bebê morrer sem ser atendido”. Uma participante mantém sua toalha no próprio leito para não entrar em contato com pertences de outros, com receio de contágio. O paciente sente-se “prisioneiro”, como numa prisão: “graças a Deus vou sair daquela prisão ali que a gente tava, sente preso, né?” (Mário, 43 anos). Essa metáfora simbólica aparece nas roupas listradas, numeradas e nas grades de ferro, assemelhando-se a ambiente prisional. O paciente considera, ainda, o hospital um lugar de sofrimento: “todo hospital a gente sofre”. Por último, pode constituir espaço de aprendizagem de modo que “cada dia é um ensinamento novo” (Paulo, 23 anos).

A hospitalização é, portanto, evitada: “a gente reza pra não ter que ir”, pois o serviço é procurado somente em situações extremas; esperam “nunca mais ficar naquela situação...só a necessidade obriga a gente suportar”. (Mano, 93 anos). Os pacientes no contexto estudado tencionam fortemente “sair logo”, comparando o hospital com a convivência em sua casa, referida como lugar de bem-estar (Quadro 2):

Você tá aqui hospedada, mas com pessoas diferentes. É uma casa que lhe botam aqui dentro e, basicamente, se vire pra pegar amizade, se vire pra se sentir bem. Você vai ser obrigada a estar aqui, a ter um acompanhamento com eles [os profissionais], mas em relação aos seus sentimentos, você se vire pra manter aquilo numa boa qualidade, né? (Miriam, 21 anos, Casa da Gestante).

Quadro 2. Relação de narrativas sobre casa em comparação a hospital.

Casa	Hospital
“Liberdade”, “conforto”, “saúde”, “apoio”, “dedicação”, “atenção total”, “diversão no fim de semana”, “movimento”, “trabalhando”, “nada melhor do que a casa da gente”.	“Isolamento”, “prisão”, “agonia”, “parado” “deprimido”, “sem apoio nenhum”, “abandono”, “entediado”, “ansiedade”, “aprendizagem”, “meio nervoso”, “estranhamento”.

A resiliência ante as adversidades da hospitalização

O paciente assume pelo menos três estratégias para superar os problemas da internação: laços solidários entre pacientes, amigos e familiares; atitudes, pensamentos e características pessoais; a fé religiosa.

Para enfrentar o contexto de solidão, o paciente cria **laços solidários entre eles e com membros familiares na enfermaria**, apoiando-se mutuamente: “a gente compartilhava daqueles sofrimentos, uma ajudando a outra” (Miriam, 21 anos, gravidez de alto risco). A partilha de histórias de vida, preocupações, troca de afetos, confidências, e saber popular para cura ocorriam em rodas de conversa. Um paciente de 65 anos, apesar da cadeira de rodas e de uma parte do corpo parada,

sorria e conversava efusivamente ao lembrar as façanhas com um velho amigo que encontrou no ambulatório.

À noite as pessoas se aglutinavam nas enfermarias para assistir à televisão ou conversar em círculos; visitavam uns aos outros, criando laços de convivência (Diário de campo). O Senhor Expedito, 64 anos, com metástase generalizada, apresentou às pesquisadoras seu diário no hospital, onde registrava o nome dos médicos, todos os acontecimentos com ele, seus progressos, até seus sonhos (Diário de campo). O mais importante para sua recuperação foi “conquistar novas amizades”. As visitas e telefonemas dos amigos e componentes familiares traziam alento: “tenha paciência, calma, de pouquinho chega lá”! (Silvia, 30 anos, Projeto Mãe Canguru). Neste convívio, além do bem-estar, outras vivências afetam de modo desfavorável o paciente. Ana, gestante adolescente, no momento do pré-parto, na cama obstétrica, sente-se “insegura e com medo”. São alguns exemplos que constituem o contexto da internação, formando amplo e diverso conjunto de experiências coletivas.

Apesar da importância da rede social para a recuperação do paciente, os familiares têm acesso controlado ao Hospital e em alguns momentos é proibida a entrada, mesmo em casos previstos na lei. Acompanhante que oferece conforto e ajuda nos cuidados não tem espaço, acomodações adequadas, é pouco valorizado, o que faz sentir-se “humilhado” e “desconsiderado”. Edna, acompanhante de sua mãe, pela primeira vez em ambiente hospitalar, conta sua “mágoa e indignação”: “a enfermeira disse que minha mãe era largada... que ninguém olha para ela [chora]... outra vez me perguntou na troca do lençol: não tem força não? E continua: “Já fui muito pisada... maltratada... deveria me ensinar e não reclamar”.

Variadas **atitudes, pensamentos e características pessoais** são assumidos ante as adversidades e o sofrimento no hospital, balanceados por traços culturais. O Sr. Mano, 93 anos, utiliza sua paciência: “é assim mesmo, se a gente quer ter saúde... tem que agüentar o que vier”. Uma gestante de alto risco, após peregrinar por atendimento, aguarda sua vez numa maca, no corredor, e depois dentro de um banheiro, conformando-se: “jamais tenho coragem de dar escândalo... acontece com todos... faz parte da vida”. Outra persiste com sua força de vontade “se rebolando por cima de tudo e pelejando”, pois “se um doutor não quer me atender, outro me atende”. Cláudio, 76 anos, se indigna, protestando contra a corrupção no serviço público: “metade do dinheiro vai para o bolso do administrador”. O discurso irônico e o senso de humor são empregados, o que pela ambigüidade, o resguarda de represálias. O Sr. Mano, após sucessivas retiradas de sangue sem entender o motivo, satiriza: “quanto mais tira mais cria [risos]... não sei se é pra temperar as comidas [risos] ... se é pra dar a alguém que tá mais fraco [risos]”. Protestos são também realizados abertamente: gritam na emergência obstétrica - “você não fazem nada!” diante da gestante com pressão alta, dores de parto e sem atendimento; xingam as atendentes da Central de marcação; registram queixas na Ouvidoria e ameaçam chamar um programa popular de televisão. Paulo, 23 anos, foge das situações, desligando-se do momento vivido no presente: “passo horas pensando em casa e na minha filhinha, sonhando com a hora de ir para casa”. Os participantes comparam-se a outros em situações piores ou se identificam com alguém deixando o hospital, reavivando a esperança de sua alta: “É uma felicidade por ela tá indo”.

Na óptica do paciente hospitalizado, a fé em Deus consiste em apoio fundamental para superar os infortúnios. Orações, músicas religiosas cantadas ou ouvidas no rádio e a leitura bíblica em voz alta na enfermaria são práticas freqüentes.

Os participantes referiam buscar na fé o conforto para seu momento de incerteza: “Deus ajudou a suportar e melhorar mais, a gente não se sente tão só” (Paulo, 23 anos). Orações são trocadas entre os acompanhantes e a misericórdia suplicada a Deus até “pela cama dura e quente” ante o descuido da estrutura.

Discussão

A exclusão e a pobreza características do contexto de desigualdades sociais (21) no qual se encontra o paciente nordestino, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somam-se às situações de risco e vulnerabilidade decorrentes da sua enfermidade. No hospital, perante as adversidades, desenvolve estratégias benéficas e atua sobre o ambiente (22) para sobreviver nas situações difíceis e ameaçadoras (23) e não sucumbir a elas (24).

Identificadas com imagens de povo hospitaleiro, as situações de abandono e discriminações vividas, na medida em que são exclusivas, ferem a dignidade moral do paciente, desvalorizando-se em sua axiologia, chegando a denominar-se “um nada”. A exclusão anula as possibilidades de identificação, pois os indivíduos designados como excluídos assumem uma posição de exterioridade ao sistema social; os excluídos são dominados ou explorados, mais ainda, são ignorados (25). Essa situação de violência institucional e simbólica (26) é entendida como um paradoxo: não se encontra um ambiente favorável ao bem-estar, ao passo que o

estado de vulnerabilidade e a expectativa exigem conforto para o ser recuperar-se em seu equilíbrio. O desafio que se apresenta é o de conhecer os fatores que contribuem para o hospital valorizar o ser humano. Implica considerar as condições desfavoráveis à estada do paciente, tais como a estrutura e funcionamento dos serviços, as ações profissionais que discriminam e os impactos das relações macrossociais.

Os sentimentos desvelados pelos pacientes no contexto hospitalar deste estudo, predominantemente negativos, marcados pelos ressentimentos, desatenção, discriminação, abandono, dentre outros, contribuem para uma desvalorização pessoal e interferem na forma como percebem e avaliam os serviços. As emoções e outros estados estão profundamente inter-relacionados com valores; estes embasam apreciações pessoais, ações e práticas, estando presentes nas avaliações morais (27). Observou-se no estudo que o paciente valoriza o profissional pelos atos em si, se é “atencioso”, ou “não liga” para ele, e não simplesmente pelos seus resultados técnicos.

É preciso, pois, considerar o quanto as ações profissionais potencializam reinventar a vida no ambiente hospitalar (28). As emoções positivas funcionam como fator de proteção nos contextos de risco, promovendo resultados saudáveis e assim, contribuem para aumentar o estado de resiliência (19).

A experiência vivida pelo paciente no hospital é polissêmica, pois comporta uma multiplicidade de sentidos (26). Cada pessoa possui uma dimensão oculta formada dos significados da cultura a que pertence e dá sentido ao que vive com suporte nesses referenciais (9). Os sentidos atribuídos ao hospital, portanto, são componentes da realidade social produzida e reproduzida, que interage com

diferentes variáveis pessoais e sociais e influencia as ações das pessoas nesta circunstância específica. O paciente nordestino, ao comparar o hospital com a sua casa, estabelece um guia sobre como deveria ser o ambiente hospitalar para ele.

As características culturais de maior proximidade com as pessoas, sobretudo em momento de necessidade, em vez de afastamento, levam o paciente a “estranhar” o desconhecido mundo do hospital, com seus rituais de despersonalização e impessoalidade (29). Na comparação que Miriam faz entre o hospital e sua casa, as pessoas do hospital lhe são ignoradas, diferentemente da intimidade em sua família. A denominação “Casa da Gestante” foi utilizada para designar uma realidade, mas, para a paciente, a expressão está desvinculada do sentimento de pertença a uma família, porque o ambiente hospitalar, contrariamente, não favorece a criação de vínculos, o que suscita o ambiente familiar para ela.

O paciente reconhece o hospital como uma prisão, um lugar “ameaçador”, mas também como um espaço de “aprendizagem”, demonstrando retirar da dor sentidos importantes que valoram a sua vida, “um ensinamento novo”. Ele assume, então, uma atitude de proteger sua integridade, ao mesmo tempo em que realiza um condutivismo vital positivo, apesar da força da massificação que lhe é imposta e das condições desfavoráveis (10).

Em alguns momentos, o paciente assume uma atitude de justificação diante daquilo a que é submetido, até parece ser auto-anulação, o que de fato é estratégia para tornar suportável a hospitalização.

Estudo recente revelou o desconhecimento dos direitos e deveres pelos pacientes, além de atitude conformista, por conterem reações aos profissionais,

temendo represálias (30). Corrobora-se o entendimento de Moore (31) ao assegurar que a informação favorece identificar a opressão e a injustiça, a desmistificação desta como inevitável e natural; sendo apoio social para discernir as formas de dominação vigente e aumentar a capacidade de resistência. Defende-se a idéia de que o trabalho em direção a uma dignidade maior na saúde passe pela educação para a cidadania, beneficiando o controle social do sistema de saúde (32).

Em outros momentos, atitudes de denúncia são assumidas, o paciente recrimina os políticos, ironiza nas entrelinhas do discurso uma crítica que não pode expressar abertamente, ou se utiliza do humor que “relativiza todas as coisas e delas ri, mostrando que não está definitivamente encurralado” (6). O humor pode transformar o trauma infligido em um novo sentimento positivo por si mesmo (33).

Exprime-se, por oportuno, o argumento de que, no contexto hospitalar, o paciente desenvolve mecanismos psíquicos e sociais que permitem lidar de maneira positiva com as agressões à dignidade humana, ajudando-o a interpretar e ressignificar a realidade percebida, rompendo com a idéia de que o indivíduo estaria preso num ciclo sem saída. Assim, de dentro dele mesmo e no seu mundo social, encontrará o refúgio às condições da hospitalização.

Os participantes relataram em suas narrativas a existência de três fatores protetores que atuam contra as adversidades da hospitalização: atributos individuais, redes de apoio social e familiar, e a “fé em Deus”, conferindo ao paciente uma hospitalização mais adaptada(19).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (8) reconhece a importância desta rede de suporte social para o bem-estar de quem é cuidado. Por isso, busca favorecer, por meio dos dispositivos que desenvolve - como a visita aberta, o código

dos direitos do paciente, a clínica ampliada, que integra o paciente e família no projeto terapêutico singular, dentre outros -, o fortalecimento das redes sociais, a cidadania e os vínculos.

As três estratégias de superação do estresse hospitalar anteriormente citadas mostram possibilidades para a promoção da resiliência na perspectiva de uma “hospitalização saudável”. Entende-se que esta envolve uma transformação do abandono para a pertença, de um ambiente tenso para um de maior conforto e apoio, de exclusão e desigualdade para maior justiça social e equidade. Corroborase, pois, o argumento de que “promover a resiliência não substitui as formas políticas de combate à própria miséria e à desigualdade social” (24).

A hospitalização em geral, assim, produz sentimentos de exclusão perante os quais o paciente assume diversas estratégias de enfrentamento à ordem estabelecida. Torna-se fundamental conhecer essas condições em cada situação, valorizá-las e integrá-las na prática assistencial, a fim de oferecer um cuidado hospitalar que respeite a dignidade, possibilite o “empoderamento” e a promoção da vida.

Para isso é necessário investir num processo de educação da população e dos profissionais que privilegie o acesso à informação e à emancipação, favorecida pela consciência dos direitos de cidadania e o reconhecimento das determinações sociais de saúde (34). Além disso, desenvolver as competências dos profissionais, notadamente as humanas, visando assegurar a ética do cuidado na relação com o paciente hospitalizado.

Recomenda-se que outros estudos no campo das ciências sociais e humanas aprofundem a compreensão dos processos que ensejam ou dificultam as

expressões de resiliência, de modo a contribuir para a orientação de políticas e práticas assistenciais que favoreçam a vida saudável do paciente no hospital, ao mesmo tempo em que considere o contexto macrossocial.

Referências

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária;1980.
2. Ayres JRJM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 549-560.
3. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, Andrés J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. *Med Intensiva* 2007; 31(6): 318-25.
4. Liu JE, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *J Adv Nurs* 2005; 3: 262-70.
5. Svindseth MF, Dahl AA, Hatling T. Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(1): 47 - 53.
6. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Viscott D. A linguagem dos sentimentos. São Paulo: Summus; 1982.
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio D'Água;1986.
10. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* 1999; 21:119-144.

11. Polleto M, Koller SH. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: Dell'Áglio DD, Koller SH, Yunes MAM, organizadores. Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
12. Kleinman A. What really matters: living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger. Oxford: Oxford University Press; 2006.
13. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Koogan; 1989.
14. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no SUS no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública 2007; 23(9): 2103-2112.
15. Spradley JP. The ethnographic interview. Orlando: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
16. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988.
17. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão política das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(3): 561-571.
19. Dell'Áglio DD, Koller SH, Yunes MAM, organizadores. Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
20. Brasil. Resolução 196/96. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2001.
21. Bernal C. Cidade extrapola seus limites [Internet]. Disponível em: http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/noticias/no_olhar_15406.pdf. Consultado Outubro de 2006.
22. Polleto M, Wagner TMC, Koller SH. Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2004; 20(3): 241-250.
23. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. American Psychologist 2001; 56(3): 227-238.

24. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1): 227-235.
25. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva;1974.
26. Deslandes SF. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface – comunicação, saúde, educação* 2005; 9(17): 401- 403.
27. Stocker M, Hegeman E. *O valor das emoções*. São Paulo: Palas Athena; 2002.
28. Machado LD. Capitalismo e configurações subjetivas. In: Abdalla M, Barros de Barros ME, organizadores. *Mundo e sujeito: aspectos subjetivos da globalização*. São Paulo: Paulus; 2004. p. 164-172.
29. Helman CG. *Cultura, saúde & doença*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
30. Veloso RC, Spindola T. A percepção do cliente hospitalizado acerca de seus direitos e deveres. *Revista de Enfermagem da UERJ* 2005; 13(1): 38-43.
31. Moore Jr B. *Injustiça: as bases sociais da obediência e da revolta*. São Paulo: Brasiliense; 1987.
32. Delgado-Gallego ME, Vazquez-Navarrete ML. Conocimientos, opiniones y experiencias con la aplicación de las políticas de participación en salud en Colombia. *Rev Salud Pública* 2006; 8(3):150-167.
33. Cyrulnik B. *Resiliência*. São Paulo: Instituto Piaget; 2003.
34. Hernández M. Determinantes Sociales de la Salud y equidad. *Rev Salud Pública* 2008; 10(1): 0-0.

4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES

A pesquisa contribuiu na academia e nos serviços hospitalares com nova perspectiva sobre a humanização hospitalar baseada na etnoavaliação dos usuários, os mediadores que influenciam sua percepção e resistências às adversidades na hospitalização, possibilitando elaborar referenciais e proposta educacional que contribua para a formação crítica e humanista dos profissionais da saúde. No hospital público onde foi realizada a pesquisa, a devolutiva dos dados ocorreu junto ao conjunto de trabalhadores e gestores em fórum ampliado, levando ao repensamento e a modificações das práticas e processos de trabalho. Esta pesquisa tem sido constantemente revisitada para o aperfeiçoamento do trabalho e reflexões críticas, incluindo processos de qualificação da escuta aos usuários. No momento atual, novas discussões se ampliam sobre os direitos do acompanhante e visita aberta neste estabelecimento hospitalar. No hospital privado, as informações e desvendamento do olhar do paciente sobre a hospitalização serão compartilhados em breve com as equipes de trabalhadores e gestores. Para a socialização dos resultados junto aos usuários, serviços e universidades, poderão ainda ser desenvolvidas histórias em quadrinhos, vídeos instrumentais e institucionais, dentre outros.

O momento político no Brasil é favorável a incursões de fortalecimento do SUS como política pública em busca de consolidar os princípios legais do sistema na prática de uma saúde como direito de todos e dever do Estado. A PNH é um exemplo deste compromisso, e dispara processos de mudança nos serviços de

saúde que levem a uma atenção digna e gestão humanizada. Adiante, nesta seção, evidentes aparecerão outros méritos, metas atingidas e projeções deste trabalho.

4.1 Produtos ensejados pela tese

A pesquisa ocasionou três tipos de subprodutos acadêmicos, assinados pela doutoranda e orientadoras: cinco (5) trabalhos apresentados em congressos da área de saúde: 1) Hospital Humano: a perspectiva do paciente-cidadão do SUS. Congresso Latino-Americano de Psicologia de La Salud e XI ENPAH – Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, São Paulo, 2007; 2) Crítica da conduta profissional no hospital público pelo “paciente” no Nordeste brasileiro. X Congresso Latinoamericano de Medicina Social, IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas na Saúde e XIV of the International Association of Healthy Policy, 2007, Salvador; 3) Código dos direitos e deveres do paciente hospitalizado no SUS, X Congresso Latinoamericano de Medicina Social, IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde e XIV of the International Association of Healthy Policy, 2007, Salvador; 4) Estigma, exclusão e estratégias dos usuários-cidadãos de enfrentamento da hospitalização desumana. 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro; 5) Etnoavaliação hospitalar:escutando a voz do usuário-cidadão, 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro.

Além das apresentações em congressos, um (1) artigo aceito pelo periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP; um (1) artigo aceito pela Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Ressaltem-se ainda mais três (3)

artigos enviados: um já submetido a análise, à Revista Latino-Americana de Enfermagem e outros dois em processo de encaminhamento, um para a Revista de Salud Pública. Foi também elaborado um capítulo de livro sobre as estratégias de ensino para a formação profissional, a ser encaminhado à editora da UFRN.

Essas produções são fruto de estudo permanente e reflexão crítica realizados por parte desta pesquisadora há pelo menos quinze anos. No período que esteve à frente da Diretoria de Qualidade do Hospital Geral de Fortaleza, e acompanhando os processos de trabalho dentro do hospital, posteriormente na Coordenação do Projeto Melhoria do Atendimento ao Usuário-Cidadão nas Unidades da Secretaria da Saúde do Ceará e na Coordenação da Política Estadual de Humanizações no Ceará, muitas questões e trabalhos foram elaborados que amadureceram posteriormente para temas de pesquisa. No mestrado, esta autora foi bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP e decidiu aprofundar o referencial sobre avaliação dos serviços de saúde na perspectiva do usuário, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations sob o título: Hospital Humano: etnoavaliação centrada no usuário-cidadão. E, no doutorado, procurou ampliar esses conhecimentos à área hospitalar pública e privada aplicados a uma proposta pedagógica na formação dos profissionais para a humanização, permitindo desenvolver a produção há pouco descrita, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Costa Feitosa Alves em coorientação com a Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations. O projeto de mestrado, assim como do doutorado, integraram o projeto do CNPq, intitulado: “Hospital Humano: etnoavaliação centrada no paciente e seus sentidos, significados e experiência vivida”, recebendo financiamento para a sua realização. A pesquisadora, em 2007,

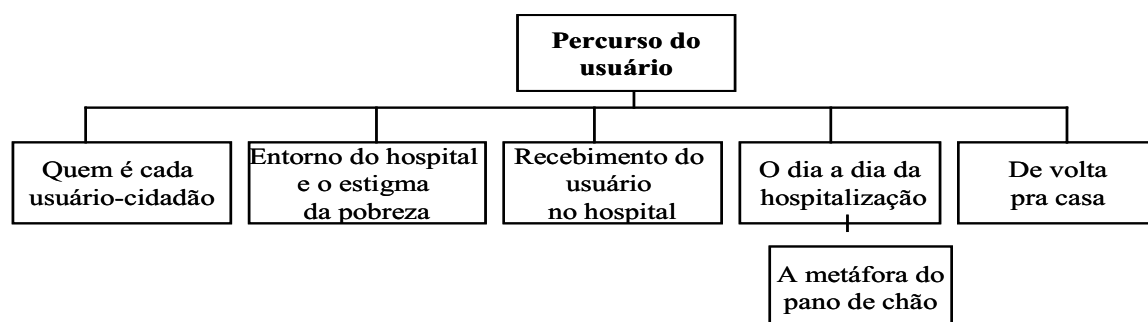
recebeu o Prêmio Sérgio Arouca, concedido pela Secretaria de Gestão Participativa do SUS do Ministério da Saúde, na categoria artigo científico, intitulado “O Psicodrama Pedagógico na compreensão do SUS – relato de experiência”, fruto de trabalho realizado com alunos de mestrado.

4.2 Considerações à metodologia

O intuito de assumir uma abordagem qualitativa que revelasse os sentidos e significados do paciente hospitalizado sobre a humanização foi propiciado pela criação e aplicação do método o “Percurso do Paciente”⁴⁹, consistindo em acompanhá-lo desde a sua chegada até a alta, realizando observação participante, anotações em diário de campo, entrevistas semi-estruturadas e profundas, coletando depoimentos e narrativas de sua vivência no hospital. Este estudo foi uma oportunidade de experimentação desta metodologia e análise de sua exequibilidade.

O fluxograma, também conhecido como diagrama, é utilizado por diferentes campos do conhecimento. Foi adaptado para o contexto e desenho desta pesquisa etnográfica. Assim, o percurso do paciente dialoga com o fluxograma analisador proposto por Merhy⁶⁰, que consiste em “desenhar” certo modo de organização dos conjuntos de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção. Forma-se, com efeito, um desenho por uso de símbolos convencionados à cadeia de ações da atuação profissional, mapeando desde a entrada até a saída do usuário, nos serviços de saúde. Pela reflexão coletiva dos trabalhadores de como operam seu agir em ato, das diferentes etapas do processo de trabalho e momentos de decisão tomados, de modo crítico e público, é possível

produzir mudanças nas práticas para um fazer mais centrado no usuário e intervenção com assento em seus problemas, “procurando um contribuir para um caminhar mais autônomo do usuário, no seu “modo de andar a vida”⁶⁰. O fluxograma proposto, portanto, visa a que os trabalhadores analisem o seu trabalho e o Percurso do Paciente neste estudo segue esta lógica, mas no sentido de desvelar os significados de humanização pelo usuário da hospitalização, em todos os momentos vividos, desde a entrada até sua saída. Outro processo semelhante é o do *Patient Pathway*, desenvolvido no NHS Improvement Plan⁶¹, voltado para o cuidado ao paciente e organização dos serviços hospitalares, de acordo com o qual 90% por cento dos percursos aos quais os pacientes são admitidos para tratamento hospitalar devem ser concluídos dentro de 18 semanas. Todas essas perspectivas se complementam e dialogam, embora com objetivos diferentes.



O Percurso do Paciente

Situando o paciente no seu universo de significação¹⁸, utilizamos uma combinação eclética de técnicas, que criamos e denominamos “O Percurso do Paciente. Durante o primeiro mês, foi realizada observação livre dos arredores e do ambiente interno do hospital, com informações registradas em diário de campo.

Durante os dois meses seguintes, foi feita observação participante, nos diferentes turnos e dias da semana, dos diversos “momentos vividos”, tais como: chegada, transporte do paciente, barreiras ao atendimento, visita de familiares, exames, cuidados e procedimentos, alimentação, rituais religiosos, parto, comemorações, cirurgias, má notícia, morte, alta hospitalar, entre outros. A observação participante foi realizada durante toda a pesquisa, com entrevistas feitas em campo, assim como o diário de campo.

Durante os quatro últimos meses, foi aprofundado o estudo etnográfico, seguindo de perto o percurso dos 28 pacientes, desde sua chegada ao hospital até a alta. A seleção desses informantes-chaves seguiu os critérios: 1) identificação na chegada; 2) escolha do primeiro na fila do atendimento; 3) inclusão de pelo menos um usuário de cada clínica; 4) tomada de casos diversificados. Foram excluídos pacientes com transtorno psíquico de natureza grave, aqueles impossibilitados de expressões verbais e menores de 16 anos. No hospital privado, também foram excluídos os pacientes da cirurgia plástica por solicitação do médico e funcionários do hospital identificados nas entrevistas.

Para mergulhar no mundo hospitalar na óptica do paciente e captar sua interpretação da experiência durante todo seu percurso dentro da instituição, mesclou-se a entrevista etnográfica ⁵⁰ com a narrativa do paciente ⁹ sobre os acontecimentos vivenciados e a observação participante. O desafio é enxergar o contexto de experiência moral do próprio paciente, que “é sempre modificado e normalmente incerto” no seu mundo local, o ambiente hospitalar⁹.

As entrevistas etnográficas profundas e abertas prolongaram-se durante toda a internação, de forma flexível; foram guiadas, mas não limitadas, por questões norteadoras que favoreciam a descrição de situações, revelação de contrastes vividos, significados, e eram modificadas no contexto da conversa: 1) Conte-me como está sendo a sua permanência no hospital; 2) Descreva como foi para você ficar internado; 3) Descreva para mim algum evento que o fez se sentir melhor/pior no hospital; 4) Relembrando desde sua entrada no hospital e tudo o que viveu, conte-me o que podia ser feito para tornar a sua convivência mais humana; 5) Tem algo mais a dizer sobre a sua passagem pelo hospital? Em momentos oportunos, os pacientes foram incentivados a narrar livremente sua versão dos acontecimentos no instante em que ocorriam. Assim, as narrativas de 28 pacientes, estimularam a formulação e expressão espontânea de críticas das suas circunstâncias. Essa coleta prospectiva, na presença da pesquisadora, principiava com uma frase ou pergunta desencadeadora: “conte-me o que está acontecendo”, “como você está se sentindo agora”? colocando-o em contato com seus sentidos. Com o aumento da confiança na pesquisadora, as narrativas aconteciam espontaneamente.

Após leituras flutuantes e repetidas dos depoimentos, emergiram as narrações distintas, ou unidades de significação, sobre a experiência da hospitalização, que foram agrupadas em temáticas, utilizadas para codificar as transcrições, de acordo com a Técnica da Análise Categorical ⁵¹. Reconstruiu-se o percurso de hospitalização – chegada, admissão, internação e alta – de cada um dos 28 pacientes, com ênfase no seu pensar e agir.

Observou-se que, apesar de este método proporcionar uma riqueza imensa de interpretações dos sujeitos sobre a humanização, ele apresentou alguns desafios. O primeiro deles foi o longo tempo de sete meses em cada hospital, considerados desde a entrada no campo, passando pela fase de observações de momentos vividos em variadas situações, até seguir os casos propriamente ditos. Isso exigiu uma disponibilidade de muitas horas do tempo em campo por parte da pesquisadora, e acompanhamento constante das orientadoras. O longo tempo ao lado do paciente requereu habilidades de comunicação, escuta e flexibilidade ante as normas hospitalares e resistências dos trabalhadores em algumas ocasiões. O fato de esta autora ter formação em Psicologia ajudou muito na dinâmica de interação e abordagem com os profissionais, gestores e pacientes, mas um treino rigoroso foi necessário durante toda a pesquisa.

O uso de perguntas abertas e norteadoras foi muito importante para guiar o estudo em momentos prolongados de contato com o usuário, quando se tornavam escassas as novidades, enquanto ele permanecia hospitalizado aguardando desfecho do tratamento. O tempo de permanência no campo, tomando anotações no diário de campo durante a pesquisa, foi um aliado no reforço do senso de alteridade da pesquisadora perante os sujeitos do estudo.

A variedade de técnicas permitiu a descrição da cultura e sua organização e a identificação de problemas ou questões a serem estudadas em detalhes. Os momentos vividos pelo usuário e, posteriormente, o acompanhamento aos casos e as interações prolongadas e aprofundadas entre pesquisadora e sujeitos foram muito importantes para criar uma proximidade desta com a realidade e os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários, facilitando as entradas no hospital e

acompanhamento de sua realidade vivida, possibilitando maior quantidade e qualidade de informações. O estreitamento destas relações possibilitou a participação da autora em diferentes situações e vivências do usuário nos contextos pesquisados. Não se trata de captar opiniões e concepções dos sujeitos, mas contextualizar essas verbalizações em relação aos comportamentos observados.

No hospital privado, as resistências ocorreram de maneira mais contundente. Foram três meses para conseguir negociar a entrada no campo. Em certa ocasião, um médico incomodou-se com a pesquisa junto a um paciente da cirurgia plástica, e requereu junto à direção que todos os seus pacientes não participassem do estudo, sob a alegação que eles não queriam ser vistos após a cirurgia. Esse fato levou a novas conversas da orientadora e pesquisadora com a direção, que decidiu conforme a solicitação do médico e assim foram excluídos os pacientes da clínica cirúrgica do hospital privado. O contexto deste hospital requeria um cuidado maior em transitar em seus espaços, bem como lidar com as relações de poder, sobretudo dos médicos e enfermeiros. Era a primeira vez que o hospital abria suas portas para uma pesquisa externa sobre seus serviços.

O grande volume de informações transcritas foi facilitado por transcritor habilitado para este fim. Embora se tenha constado no projeto inicial o uso de programa de *software* para a organização dos dados, foi decidido pela sua não-utilização, procedendo-se a uma análise elaborada caso a caso, com releituras seguidas dos materiais e agrupamentos sucessivos e interpretações com base nos referenciais do estudo. Fica, no entanto, como sugestão no emprego deste mesmo método, o fato de que possa ser utilizado um tipo de programa que colabore para a organização dos dados. Apesar destas dificuldades, a riqueza das informações

obtidas e o banco de dados gerado sobre a humanização hospitalar pública e privada somente foram possíveis por esta implicação e comprometimento vivenciados pela etnografia.

Alguns trabalhos da literatura foram relevantes para orientar o caminho da pesquisa. Eles não necessariamente foram citados nos subprodutos publicados, mas foram pelo menos guia no pensamento. Destaque seja conferido ao livro de Suely Deslandes, *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*, da FIOCRUZ; ao livro *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*, de Bosi e Mercado, enfatizando a polissemia da qualidade na avaliação dos serviços, a importância da voz do usuário e da subjetividade nesta avaliação; ao artigo de Santos-Filho, 2007, que trata do monitoramento e avaliação da humanização; ao artigo de Benevides e Passos, 2005, referente à humanização como dimensão política das políticas de saúde; ao capítulo de Ana Heckert e Beata Neves sobre modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo, FIOCRUZ, 2007. Some-se ainda o livro de Kleinman, Berkley, 1995, "Writing at the Margin", no capítulo que aborda a Antropologia e a Bioética, ressaltando o mundo moral local do paciente. Ressaltem-se outros trabalhos da produção local do grupo de pesquisa sobre Cultura e Humanização da UNIFOR: Nations e Nuto, 2002; Gomes e Nations, 2007.

Algumas modificações ocorreram no projeto inicial, no tocante à formulação das perguntas norteadoras, que eram formuladas nas situações, não havendo um modo único de formulá-las, sendo elaboradas no contexto das falas. Com pacientes de longa permanência, não foi possível ficar ao seu lado durante todo o tempo de hospitalização, de sorte que, a média de entrevistas na fase de

acompanhamento do caso era de três conversas durante o dia, quando o paciente relatava retrospectivamente os acontecimentos. Com o tempo, a repetição dos eventos permitiu um espaçamento maior, ficando o contato mantido de uma a duas vezes ao dia. Foi estabelecido um “plantão da pesquisa”, por meio do qual a orientadora e a pesquisadora se comunicavam, sobretudo no início, e faziam ajustes ao processo, ou dúvidas eram processadas e esclarecidas. Por exemplo, definiu-se que seria importante selecionar os pacientes pelo primeiro que chegasse ao hospital para hospitalização, mas os casos se repetiam na mesma clínica; então, priorizou-se a ideia de que o critério seria os pacientes como variedade de situações de adoecimento, independentemente da clínica. Perante a variedade dos problemas específicos que surgiam, não era viável a elaboração de normas rigidamente detalhadas, conforme define o método etnográfico.

O projeto não previa uma escuta aos profissionais e gestores, o que teria sido de grande importância para o confronto das percepções sobre humanização hospitalar em ambos os serviços, público e privado. Também não foi possível aplicar e avaliar o processo pedagógico proposto, o que tornaria mais consistente e completa a proposta pedagógica. Ficará como objeto de próximos estudos.

4.3 Mérito e contribuições do estudo

Um dos principais méritos ensejados pelo estudo é o fato de ser a etnoavaliação dos serviços de saúde na visão do usuário um tema que desperta o interesse de gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores no atual contexto da saúde coletiva, pois, abordado de forma qualitativa, desvela os significados profundos da experiência vivida de humanização pelo usuário dos serviços, sua

subjetividade. A maioria dos artigos e textos publicados apresenta a perspectiva da avaliação em saúde ligada a pesquisas de satisfação do paciente de caráter quantitativo, baseadas em escalas e com referenciais normativos. A predominância ocorre em torno da humanização nos processos de atenção básica e menos na área hospitalar. O artigo publicado traz novas descobertas sobre a hospitalização no ponto de vista dos usuários leigos, os seus mediadores na etnoavaliação, consistindo em categorias de análise da humanização hospitalar, além do método “Percurso do Paciente” capaz de contribuir para captar o universo simbólico dos usuários. A etnoavaliação traz elementos significativos que marcam o encontro intersubjetivo na hospitalização, capazes de subsidiar os serviços públicos e privados em mudanças no modelo de atenção e gestão e interferir na formação dos trabalhadores.

Relevante ainda foi o mérito do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN (PPGCSA/UFRN) ao se pautar em um modelo de redação do artigo científico como requisito para a defesa, pois consistiu em grande aprendizado para a doutoranda no sentido de elaborar uma escrita objetiva, crítica e pautada nas normas científicas exigidas para um artigo. Foi um desafio para a pesquisadora, egressa das Ciências Humanas, uma grande oportunidade de juntar os conhecimentos já adquiridos até então com abordagem das Ciências da Saúde, buscando interfaces de conhecimentos que se completam na interpretação da realidade.

A tendência a uma visão mais social e psicológica da formação de base se abriu para a compreensão e aplicação também de métodos de análise mais objetivos, reflexivos e menos descritivos. A evolução nos escritos e raciocínio

científico foi notória ao longo deste período, criando bases de produção de mais conhecimentos, leitura crítica e interpretação de realidades em contextos sociais próprios. Nesta caminhada, ressalta-se a importância do aprendizado em Antropologia e sua relação com os contextos da saúde, proporcionados principalmente pela participação permanente da antropóloga e pesquisadora, a Professora Doutora Marilyn Kay Nations, que, com o seu saber científico compartilhado, ensejou a integração da etnografia ao universo qualitativo da humanização hospitalar e a importância deste método da pesquisa social para a compreensão desta realidade.

4.4 Metas atingidas

No aspecto intelectual, esses referenciais, partilhados com outros pesquisadores e professores da Universidade Estadual do Ceará do curso de Medicina e Mestrado em Saúde Pública, permitiram o ingresso da pesquisadora no Grupo de Cultura, Saberes e Práticas em Saúde dessa universidade e a sua colaboração na disciplina de Ciências Sociais e Saúde do curso de Medicina pela inclusão do *role play* como estratégia pedagógica no desenvolvimento da habilidade comunicacional na relação médico-paciente. Como resultado deste trabalho em dois semestres do curso, com alunos no terceiro semestre, foi realizada pesquisa com os estudantes e elaborado artigo científico em fase de publicação. Os alunos respaldam a importância desta discussão e necessidade do desenvolvimento das habilidades de escuta e comunicação para a prática clínica desde muito cedo, recomendando o *role play* como uma das estratégias viáveis e profícuas para o

ensino de atitudes humanizadoras. Recomendam que sejam feitos mais laboratórios de prática em todo o decorrer do curso.

Ainda é necessário sensibilizar professores e alunos do curso para o fato de que uma mudança de paradigma requer tempo e experimentações constantes, mas essas produções auxiliam na percepção da importância de tais conceitos para a formação de profissionais críticos, éticos e comprometidos com as necessidades e bem-estar de quem é cuidado. É notória a necessidade em se investir numa formação globalizante que integre ciência e subjetividade, que dialogue com os significados e sentidos dos sujeitos humanos nos processos de adoecimento e desenvolva as atitudes éticas e as habilidades relacionais dos profissionais.

Os primeiros artigos produzidos servem para o auxílio nas aulas e discussão entre os alunos da perspectiva do paciente sobre a relação com o profissional. Além disso, no âmbito da Política Nacional de Humanização, esta divulgação é feita, sendo adotada em outras faculdades, a exemplo da Universidade Federal do Piauí, no curso de Serviço Social.

A ampla divulgação destes resultados dentro e fora do Estado do Ceará leva a se repensar condutas de atenção e gestão em saúde, adotando como referencial a voz do usuário, tão pouco considerada numa prática de saúde que se faz ainda autoritária. Gestores e trabalhadores parecem estar cada vez mais convencidos de que é preciso incluir o ponto de vista do usuário no processo de assistência como condição de percebê-lo em sua dimensão de autonomia, significados culturais e cidadania, sendo fundamental para a constituição de valores, atitudes e práticas humanizadas.

É importante registrar a ideia de que essas descobertas contribuem para a elaboração do Projeto de Formação do Técnico de Apoio ao Acolhimento em Saúde – TAAS, no qual a pesquisadora participa como especialista pedagógica. Consiste em um acordo de cooperação entre o Governo do Estado do Ceará, Prefeitura de Fortaleza, Prefeitura de Sobral e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (ACDI), Província de Quebec. Referido acordo foi celebrado em abril de 2007, com o Consórcio Internacional de Desenvolvimento da Educação (CIDE). Consiste na oferta de seis programas de estudos profissionais e técnicos por competências de acordo com as necessidades do SUS (o TAAS é um deles) e na melhoria da capacidade de planejamento e gestão da formação de trabalhadores para o setor saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral.

O avanço nas discussões com professores e orientadoras levou a se trabalhar a experiência da roda de conversa como estratégia pedagógica no conhecimento e entendimento dos trabalhadores e gestores de dois hospitais de Fortaleza sobre o Código de Direitos do Paciente Hospitalizado. Esse trabalho impulsionou a perspectiva de investir na formação como potência de vida e aprendizado que se faz no próprio trabalho. Portanto, ampliar a noção de que tanto os trabalhadores nos serviços quanto os aprendizes em formação na academia ou cursos técnicos precisam ter desenvolvida a sua capacidade crítica, de dialogar com as diferenças e refletir sobre o próprio trabalho e atitudes cotidianas. Estratégias pedagógicas dialógicas podem representar um rico instrumento

facilitador desse processo de aprendizagem para uma ação humanizada no dia-a-dia dos atendimentos.

Outros avanços foram conquistados também no aspecto social, pois o hospital público, com o conhecimento da etnoavaliação dos seus usuários, seguiu uma série de medidas como: implantação do acolhimento na emergência, organização de fluxos, criação de projeto para acolhimento dos acompanhantes e familiares, e intensificou capacitações em humanização do cuidado e divulgação dos direitos dos usuários com o corpo funcional do hospital. Essas iniciativas permitiram aumentar a resolubilidade e rapidez no atendimento, classificar o risco e a vulnerabilidade na emergência e desenvolver princípios de corresponsabilidade, escuta qualificada e vínculo, indispensáveis na atenção e gestão humanizadas.

Do ponto de vista pessoal, considera-se que os estudos e aprofundamentos sobre humanização no doutorado propiciaram o ingresso da pesquisadora no grupo de consultores do Ministério da Saúde que trabalham na Política Nacional de Humanização a partir do início de 2008 (PI, Natal, São Luiz). Outra importante meta atingida foi alcançar a defesa com cerca de 36 meses de curso, decorridos desde a preparação do projeto até a redação da tese e dos artigos. Deve ser aqui novamente ressaltada a contribuição interdisciplinar ensejada pela organização e flexibilidade multicêntrica do PPGCSA/UFRN, permitindo o acúmulo de uma visão mais integral dos achados e possibilitando outras visões para aplicação prática dos resultados.

4.5 Metas

No plano de novas pesquisas, é um dos objetivos estabelecer desenhos de formação por competências e aplicá-los com o uso das estratégias propostas para complementar os desdobramentos propostos no projeto de pesquisa, que é a avaliação das mudanças de práticas de saúde. Também se percebeu a necessidade de realizar dois novos estudos: um que aprofunde a relação entre a racionalidade leiga e os parâmetros quantitativos dos referenciais epidemiológicos, suscitando elementos de análise para contribuir na hospitalização com maior bem-estar para o usuário. Estão em fase de redação dois outros artigos: um que trata da etnoética do paciente desvelada nos hospitais e outro sobre a metodologia “Percurso do Paciente” desenvolvida neste estudo.

A pesquisa também subsidiará ações e projetos dentro do processo de educação permanente no SUS/CE, notadamente nas unidades hospitalares vinculadas ao sistema e ainda nos serviços complementares e suplementares nas capacitações de profissionais de toda a rede assistencial de nível técnico ou superior e das profissões envolvidas neste entorno. Além disso, os achados podem colaborar junto ao eixo de formação dos profissionais da saúde da PNH que discutem estratégias pedagógicas para a humanização em saúde. É também meta escrever um livro dessa temática, para divulgar ainda mais as informações geradas nesses temas correlatos.

No plano social, será desenvolvida proposta em parceria com as Universidades Federal do Ceará e UFRN de curso de extensão junto aos gestores da área pública e privada, visando ao desenvolvimento de habilidades de

comunicação na relação profissional-paciente e familiar e dos aspectos relevantes à humanização hospitalar na óptica dos usuários.

O entrosamento, sobretudo na esfera pública, na Secretaria Estadual da Saúde e área da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde já é promissor, com engajamento em processos de educação permanente no SUS. Os dados encontrados poderão contribuir para a revisão das práticas sociais de atuação profissional e da gestão nos hospitais, introduzindo modificações nos aspectos relacionais para maior legitimidade, nas estratégias de acesso e acolhimento aos usuários dos serviços público e privado.

Os gestores dos serviços de saúde hospitalares precisam perceber que a população anseia por um cuidado digno que a inclua como pessoa, sujeito e cidadão, independentemente de sua condição social, pois a saúde representa um bem maior que traz em si um forte componente ético. Se em muitos casos ainda se observa um comportamento de baixo exercício da cidadania por usuários não significa que sejam incapazes de avaliar os serviços.

Pelo contrário, todos adotam critérios e observam os detalhes das condutas e gestão onde se hospitalizam, destacando em sua racionalidade leiga, e de acordo com sua experiência, expectativas e lógica cultural que consideram fundamentais. Resistem às formas de violência institucional e “descaso”, assumindo enfrentamentos por meio de reclamações implícitas ou explícitas, recorrendo à fé ou ao apoio solidários dos amigos e familiares. Sua percepção incorporada à gestão e ao cuidado, muito tem a contribuir para o hospital humanizado, onde a compreensão de seu universo cultural pode propiciar maior aproximação entre quem cuida e é cuidado e ensejar modelos mais favoráveis da gestão.

Também é muito importante estimular os usuários, em geral, a um maior comprometimento político com as suas demandas e necessidades: inserção nos movimentos sociais que reivindicam condições dignas de saúde, participação nos Grupos de Trabalho de Humanização - GTH existentes nos hospitais, participação nos conselhos locais e municipais de saúde e conferências municipais – instrumentos legítimos de participação popular - possibilitando assim que as necessidades sociais dos usuários se façam ouvidas e se efetivem os princípios de participação popular preconizados na Constituição Federal, tão necessários para consolidação de uma saúde equânime, digna e resolutiva.

Esse processo de politização pressupõe o rompimento do modelo centrado na cura individual e nos interesses particulares, para vislumbrar um sistema público, coletivo, universal e igualitário. Envolve, portanto, governo, trabalhadores de saúde, gestores e usuários. A participação social consciente na gestão e no controle social do sistema é imprescindível a essas mudanças.

No plano pessoal, tensiona-se contribuir com a formação dos profissionais da saúde que se aproxime de um modelo centrado na relação profissional-paciente, prevendo um estreitamento maior com a universidade pelo ingresso na docência, a fim de continuar seus estudos, pesquisas e publicações nesta área. Com o título de Doutor, se pretende desenvolver projetos de pesquisa e extensão que se comprometam com a busca da resolução de problemas que envolvem a gestão e a humanização na saúde, desde a inclusão dos sujeitos como protagonistas de suas vidas.

APÊNDICE

3.5 Capítulo de livro – Editora da UFRN

A educação e a humanização nos serviços de saúde: reflexões e possibilidades

Annatália Meneses de Amorim Gomes
Marilyn Kay Nations
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Introdução

As profundas transformações transcorridas no mundo contemporâneo, tais como as novas exigências no perfil profissional, a velocidade das transformações nas telecomunicações, as novas modalidades de organização do mundo do trabalho, a influência dos avanços na tecnologia informacional, dentre outros, tornam urgente a discussão das mudanças nos processos de ensino-aprendizagem necessários à formação para o trabalho em saúde na atualidade ¹.

A educação, tradicionalmente, esteve associada à saúde, quer no sentido de capacitação das populações para lidar com suas problemáticas, quer para o profissional se apropriar de um saber científico que o instrumentalize a cuidar do paciente. A abordagem clássica do ensino na saúde, no entanto, é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, centrados em conteúdos biomédicos, e a ênfase na organização do conhecimento de forma fragmentada e especializada como ideais ². Com esta priorização nos procedimentos padronizados, referidos às doenças, exigidos pela atenção à saúde biomédica vigente, caracterizando uma formação calcada numa

racionalidade positivista, a prática profissional tende a se tecnificar e se desumanizar ³.

De modo geral, os modelos educacionais brasileiros receberam forte influência de paradigmas burocráticos, normativos, sobretudo da Escola Inglesa, ou do modelo privativo estadunidense que estabelece a saúde como mercadoria. Atualmente, apesar de muitas reflexões feitas, movimentos sociais de mudança na educação dos profissionais de saúde, Diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, das Diretrizes Curriculares Nacionais, num esforço de atender aos desafios modernos na elaboração de conhecimento e na construção das profissões ², ainda prevalecem o discurso e menos ações transformadoras dos modos de Educação na Saúde que levem à transformação dos modelos da gestão e atenção. Pouco se observa a presença de práticas didático-pedagógicas ou modos problematizadores de aprendizagem, construtivistas ou que estimulem o protagonismo dos aprendizes ².

É preciso, portanto, constituir interfaces da educação com a saúde num sentido amplo, inter e transdisciplinar, voltadas para a experiência concreta dos sujeitos e que integrem os componentes do quadrilátero do ensino na saúde: formação, atenção, gestão e participação social ⁴.

Neste sentido, não se trata de investir na ideia de que, para principiar um cuidado humanizado, seria o bastante introduzir mudanças nos métodos de ensino, ou nos conteúdos, ou modelos curriculares, pois é preciso levar em consideração os diferentes conflitos e contradições do cotidiano e, ultrapassando os quatro elementos do ensino citados anteriormente, os problemas estruturais do modelo biomédico e das práticas alienantes.

Além disso, a oferta de cursos e programas de ensino, geralmente, encontra-se dissociada das necessidades da população e do mercado, pois há um desconhecimento, por falta de planejamento e avaliação, das condições e demandas sociais. Embora os investimentos nessa área sejam frequentes, tendem a apresentar-se descontextualizados das necessidades dos trabalhadores, gestores, usuários, comunidades e seus contextos; predominantemente destituídos de um pensar crítico, baseadas numa aprendizagem repetitiva, não significativa, sem relação com os conhecimentos que as pessoas já sabem. Ainda, sem incluir as dimensões subjetivas, sociais, culturais, psicológicas, éticas e políticas, pouco contribuem para mudar as práticas de atenção à saúde.

Assim, a aprendizagem significativa é expressa como uma trilha de possibilidades além dos modelos hegemônicos, pois se instaura quando o material de aprendizagem se relaciona com os conhecimentos prévios da pessoa, ou seja, o conteúdo é potencialmente significativo e a pessoa está motivada a fazer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva e, de forma aberta, se dispõe a interagir com o outro ⁵. Com novos desafios trabalhados pela análise crítica, o aprendiz é levado a ultrapassar as suas vivências anteriores e concepções, num movimento de tensionamentos, que permite a ampliação de suas possibilidades de conhecimento e produção de novas subjetividades.

Nos hospitais, sobretudo nos de caráter terciário, observa-se uma tendência ao predomínio da valorização da Medicina baseada em evidência e dá ênfase ao saber técnico-científico, sendo poucos os esforços empreendidos para uma abordagem sistêmica do ser humano, da prática social e das metodologias de

ensino quase sempre centradas em modelos de educação tradicional que situam o educando em estado de acomodação ⁶.

A aprendizagem organizacional na área hospitalar é discutida na atualidade ⁷. Alguns desafios são apontados para a elaboração da aprendizagem no ambiente hospitalar, entre eles, a predominância de um modelo de aprendizagem individual, a restrição a normas governamentais e a falta de tempo, de pessoal e de comprometimento para assumir novas invenções ⁸.

Assim, a Educação na Saúde se torna imprescindível ante a complexidade da tarefa humana de cuidar e os desafios expressam continuamente visando a descobertas e superações das problemáticas de saúde nas populações. Esses avanços tecnológicos têm importante papel para o prolongamento e melhoria da qualidade de vida, mas precisa ser acompanhado de atitudes e práticas em saúde que legitimem a integralidade, o ser cuidado e contribuam para sua autonomia.

A educação contemporânea precisa voltar-se para o futuro, de forma contestadora, ultrapassadora dos limites impostos pelo Estado e pelo mercado, muito mais voltada para a transformação social do que para a transmissão cultural; e é neste esteio que devem se apoiar os processos de formação na saúde ⁹.

A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar o estabelecimento de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Um dos seus desafios está, justamente, na busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente

técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação ¹⁰.

Priorizou-se, portanto, refletir sobre um aspecto da formação dos profissionais da saúde, no que tange a algumas estratégias pedagógicas experimentadas como caminhos metodológicos, ainda esboçados, pois constituem desafio permanente para uma educação crítica e focada no cuidado humanizado.

A formação para a humanização em saúde

Na etnoavaliação do hospital, realizada por pacientes em hospital ¹¹, embora este refira as questões estruturais e organizacionais, é na relação e comunicação com o profissional da saúde que reside a sua maior expectativa e ao mesmo tempo frustração. Esta ocorre quando é tratado com grosserias, contrário ao que espera encontrar no hospital, que seria um lugar onde as pessoas o ajudassem a recuperar-se e investissem em seu bem-estar. Nesta concepção, trata-se da afirmação da vida, não mais como ato biologicista, mas como afirmação efetiva do vivo e do viver – em interação, em prática social, em recriação permanente ².

Merhy ¹² defende a importância da mudança do modo como os trabalhadores se relacionam com a vida e o sofrimento dos usuários dos serviços, não sendo suficiente a preocupação com procedimentos clínicos, organizativos e financeiros. Referido autor propõe o desenvolvimento de tecnologias próprias dos relacionamentos, a qual chama de tecnologias leves, como um meio de restabelecer o encontro e o cuidar do outro. Alguns autores ^{13, 14, 15} desenvolvem estudos sobre a Medicina baseados na narrativa, aquela que contempla a atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de adoecer, como expressão

singular e ao mesmo tempo coletiva, visando a superar a visão meramente biotecnológica dos profissionais.

Neste contexto, a temática Educação Permanente em Saúde advém de uma política governamental que pode se constituir em importante recurso de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das perspectivas de mudança nas práticas de saúde em geral, para um modelo de atenção à saúde democrático, inclusivo, respeitoso e humanizado. Tem como objetivos o aperfeiçoamento e a transformação das práticas cotidianas de saúde, pela articulação entre necessidades de trabalho, sistema de saúde, gestão da saúde e formação dos trabalhadores ¹⁶. O próprio trabalhador deve ser o protagonista desta mudança por meio dos processos educativos. Consiste em disseminar capacidade pedagógica em toda a rede pública de saúde, tornando-se ela mesma uma rede de aprendizagem no exercício do trabalho ¹⁷.

A proposta da Educação Permanente em Saúde é um processo educativo que situa a formação além do domínio técnico-científico da profissão e considera os aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social no contexto da saúde que atuem na elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão e estruturação do cuidado à saúde ¹⁸.

A Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no seu Art. 2º, define que a condução regional desta política ¹⁹ ocorrerá

por meio dos colegiados de gestão regional, com a participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço - CIES. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde previstas no Art 14 da Lei Nº 8.080, de 1990, e da NOB/RH – SUS, à qual, entre outras atribuições, compete: incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação.

Esta política constitui estratégia importante às transformações do processo de trabalho em saúde, na medida em que assume lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente^{20, 17}. O processo educativo, embora seja relevante nesta mudança, é preciso considerar que não condiciona toda a prática em saúde, sendo esta influenciada pelas políticas socioeconômicas, os poderes estabelecidos, aspectos culturais, dentre outros. O baixo investimento na qualificação e valorização dos trabalhadores, a dificuldade em manter a sustentabilidade e continuidade dos processos de educação permanente, os diferentes interesses em disputa, os modelos de atenção e gestão baseados na fragmentação e individualismo, em vez do pensar-fazer coletivos, a desmotivação de alguns profissionais, a concomitância de vários empregos dificultando a disponibilidade de tempo para seu próprio desenvolvimento, as descontinuidades políticas etc configuram algumas restrições e limites à atuação da educação permanente como estratégia de mudança da atenção e gestão em saúde.

No campo da formação profissional, as práticas assistenciais se apresentam como lugares de vivência, aquisição de atitudes e formulação de conhecimento, produzindo e reproduzindo formas de atuar na assistência e de se relacionar com a população usuária dos serviços ². No entendimento da Política Nacional de Humanização ²¹, é preciso pensar a formação em situação – nas unidades de saúde – pois a formação precisa privilegiar os aspectos das complexas redes e práticas tecidas e compartilhadas nas situações de trabalho, levando em conta as especificidades dos saberes e as configurações locais em seu entrecruzamento, “o que convoca a habitar um plano de experimentação, onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam” ^{22, 23}.

Neste espaço do trabalho, é importante levar em conta o instituído nas práticas e nas crenças dos profissionais com sua força inercial ante o instituído e, ao mesmo tempo, a força latente com capacidade de produzir mudanças e enfrentamentos.

Como poderiam as abordagens pedagógicas contribuir para um pensar e agir em saúde ético, acolhedor e humanizado, superando o paradigma do centramento na doença e não no sujeito doente e seu universo cultural? Se sujeito e mundo são aprendizagem permanente no cotidiano do trabalho e da vida, não seria a experiência vivida pelos sujeitos uma forte aliada no aprender a aprender das práticas de atenção e de gestão?

Estratégias pedagógicas: ações propositivas

O desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação, como aponta o paciente hospitalizado ¹¹, requer a reflexão sobre os métodos de ensino-aprendizagem mais adequados para desenvolver as tecnologias leves do cuidado ¹². Embora a noção de competência constitua conceito polissêmico, a maioria dos autores a descreve como “um conjunto integrado de conhecimentos, destrezas ou habilidades e atitudes que permitem realizar, com êxito, uma ação ou um conjunto de ações tal como uma tarefa ou uma atividade laboral” ²⁴.

A competência envolve o aprender a conhecer, a fazer, a viver juntos, a ser ²⁵, sempre de forma contextualizada. A contextualização é uma condição do exercício da competência. Ensinar e aprender conteúdos situados significa assumir uma prática de ensino na qual o conhecimento não pode ser isolado das situações no interior das quais ele é aprendido e utilizado. Leva ao reconhecimento dos tipos de problemas a serem enfrentados e ao discernimento sobre a escolha mais adequada para resolvê-los. A prática pedagógica acontece pela formulação do conhecimento elaborada em situações autênticas ou simulada, visando a desenvolver o pensamento crítico e a autonomia ²⁶.

Privilegiar a lógica do desenvolvimento de competências, assim, é não separar os conteúdos das situações mediante as quais esses conteúdos e saberes são mobilizados.

As abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem, portanto, são construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com as competências éticas, humanas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento,

raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervir em contextos de incertezas e complexidades; uma aprendizagem que envolve a auto-iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais. Na abordagem progressiva, o ato de ensinar respeita a autonomia e a dignidade de cada sujeito, pois leva em consideração o indivíduo como um ser que edifica a própria história ²⁷. Nas últimas décadas, a pesquisa científica no campo da Educação aprofundou o papel da experiência no processo de aprendizagem ¹³.

Para avançar na perspectiva da formação para uma humanização no cuidado hospitalar, acredita-se que a metodologia problematizadora ^{6, 26}, que se baseia no aprender a aprender, com suporte em situações concretas seja um meio importante. A ação de problematizar ressalta a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma ⁶. Acrescente-se o uso de metodologias ativas que favoreçam a aprendizagem coletiva pela participação em pequenos grupos, orientada por experiências concretas da vida social e alicerçada no princípio teórico significativo da autonomia do educando. O sujeito examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas ante os problemas cotidianos. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o próprio desenvolvimento.

Em oportunidade de experimentação recente, foi trabalhada a roda de conversa como estratégia pedagógica, visando à discussão dos direitos dos usuários tendo como base o Código dos Direitos e Deveres da Pessoa

Hospitalizada no SUS/CE. Tratou-se de reunir uma equipe interdisciplinar e problematizar cada direito pertencente ao Código, à luz das vivências do cotidiano e dos conceitos enraizados em cada um e na experiência coletiva. A proposta da discussão da Carta de Direitos do Paciente em rodas de conversa mostrou-se um caminho promissor para provocar mudanças nos ambientes de saúde. O compartilhar de experiências possibilitou maior internalização pela ponte criada entre o discurso e a realidade. A roda de conversa promoveu a “grupalidade” estimulada pela força do coletivo, que potencializa um pensamento não solitário, mas solidário, de um novo modo de promover saúde, pela instância da ética cidadã e humanitária ²⁸. Novos encontros foram facilitados pelos trabalhadores na unidade, favorecendo um pensar mais crítico e a tomada de atitudes no que se refere a maior aproximação dos serviços com as necessidades dos usuários, aumento da corresponsabilização e garantia de seus direitos.

Outra tentativa de aplicar metodologias participativas aconteceu na aprendizagem das habilidades relacionais e comunicacionais com os alunos do terceiro semestre do curso de Medicina da UECE, quando, por meio do *role play* (jogo de papéis), foram trabalhados a comunicação do profissional com o paciente, a escuta, a empatia, e os direitos do paciente ¹³. Este é um trabalho iniciante, mas constata-se que o psicodrama pedagógico é um importante recurso metodológico para trabalhar as competências humanas, pois permite desenvolver a aprendizagem de maneira espontânea, criativa e reflexiva, integrando os sentimentos e experiência vivida com o conhecimento científico ^{29, 30}. No experimento citado, apesar de resultados favoráveis, alguns limites foram observados no contexto educacional, como os variados graus de ansiedade

experimentados pelos alunos, dificuldade de entrar em contato com o papel a ser representado, inibição de alguns, preocupação em corresponder a uma atuação considerada “correta”, racionalizando emoções etc. Além do mais, é recomendável um número maior de encontros, pois foram somente três, o que não possibilitou maior espontaneidade e familiaridade dos alunos com o método proposto.

Além do ensino baseado na problematização, é proposta a metodologia da aprendizagem baseada em problemas ³¹, entendida como uma estratégia educacional em que os aprendizes desenvolvem ativamente os próprios conhecimentos com base em problemas discutidos em pequenos grupos. É utilizada de forma complementar à metodologia da problematização. No processo de aprendizagem ampliado e criativo, os aprendizes devem ser capazes de refletir sobre as racionalidades que orientam suas práticas, perceber a subjetividade envolvida no seu fazer e as diversas dimensões relacionadas ao adoecimento, sofrimento e cura ^{14, 15}.

Outros recursos podem ser incluídos na prática pedagógica, como música, textos literários, narrativas, e poesias, de modo a integrar no processo do conhecimento a subjetividade, as emoções, os afetos e as possibilidades de expressão e criação do humano. Corroboramos Maturana ³², ao assinalar que o que está em jogo na formação humana não é a mudança do ser, mas o enriquecimento da capacidade de fazer e refletir, pois o propósito da educação, segundo ele, resulta no crescer com respeito por si mesmo e com a consciência social. Não se trata de ensinar valores, portanto, “mas vivê-los a partir do viver a biologia do amor (respeito mútuo)... pois somente o amor amplia a inteligência”. Maturana e Rezepka ³³ ressaltam, no entanto, “os valores, a espiritualidade... têm a ver com a biologia do

amor e é preciso mencioná-los e refletir sobre eles quando são negados ou for preciso destacá-los por sua ausência no viver”. Neste sentido, entende-se que é necessário aprofundar as discussões éticas, espirituais, afetivas e das relações nas experiências vividas no cotidiano das práticas de saúde para um cuidado humanizado.

É muito importante considerar no processo de formação profissional, a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) na definição de conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos. A metodologia ativa permite a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, por possibilitar uma leitura e uma intervenção consistentes sobre a realidade, valorizar todos os agentes na elaboração coletiva e seus diferentes conhecimentos e promover a autonomia criativa no processo de pensar e no trabalho em equipe.

Considerações Finais

Constituir uma política nacional de formação para o conjunto de trabalhadores da saúde implica considerar o componente ético-estético-político da aprendizagem permanente situada no trabalho, estimular a atuação interdisciplinar e multidisciplinar, a gestão participativa e uma clínica ampliada baseada na integralidade.

O assunção de responsabilidades e compromissos que desencadeiem um processo de mudança das práticas de saúde, com democracia, acolhimento, vínculo e resolubilidade, de modo a responder amplamente às necessidades e direitos da população, às necessidades dos contextos hospitalares e perfis profissionais, e que

favoreça a universalização e a equidade das ações de saúde, poderá contribuir para a efetivação de uma prática clínica e gestão humanizadas.

Uma proposta pedagógica formativa para humanização, portanto, deverá vincular-se às mudanças estruturais, gerenciais e organizacionais dos serviços; utilizar-se de metodologias ativas que visem à politização, à problematização das experiências concretas e à inclusão dos afetos e intersubjetividades; e constituir-se em processo de formação humana e aprendizagem coletiva.

Estudos devem continuar sendo elaborados no sentido de avaliar o impacto das mudanças efetuadas nos programas, currículos e tecnologias pedagógicas na formação dos trabalhadores em saúde, quer nos centros acadêmicos, quer nos espaços de trabalho.

Referências

1. Pinheiro R, Ceccim RB. Experiênciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA , organizadores. Ensinar em saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 13-35.
2. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA , organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 7-34.
3. Tesser CD, Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(2): 363-372.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.

5. Coll C. Psicologia e Currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática; 2000.
6. Freire P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
7. Borba GS, Neto FJK. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Saúde e Sociedade 2008 jan./mar; 17 (1): 44- 60.
8. Vassalou I. The learning organization in health-care services: theory and practice. J European Industrial Training 2001; 25(7): 354-365.
9. Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas; 2000.
10. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça J, Morais-Pinto N, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffman LMA. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc Saúde Coletiva [periódico on line] 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1146
11. Gomes AMA, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. Etnoavaliação da humanização hospitalar pelo usuário do SUS e seus mediadores. Rev Enf USP 2008 dez (prelo); 4.
12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002.
13. Caprara A. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 231- 246.
14. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis: Ver Saúde Coletiva 2007 jan./abr; 17(1): 549-560.
15. Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA , organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 127-144.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic Saúde Educ 2005; 9(16):161-167.

18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005 out./dez; 10(4): 975-986.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N°1.996/DOU N°162/MS. Dispõe sobre as Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Mancia JR; Cabral LC; Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. *Rev Bras Enferm* 2004 set./out; 57(5): 605-10.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Barros de Barros ME, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros de Barros ME, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 75 – 84.
23. Barros de Barros ME. Seria possível uma prática do cuidado não reflexiva? O cuidado como atividade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 113-126.
24. Quebec. La Ingeniería de la Formación profesional y técnica. Ministerio de la Educación. Biblioteca Nacional de Québec, 2004.
25. Delors, J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; 1998.
26. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
27. Costa CRBSF, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Rev Bras Edu Méd* 2004; 28(3): 242-250.
28. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Código dos direitos dos pacientes: reflexões a partir do cotidiano hospitalar. Sampaio JJC, Gomes AMA, Carvalho MGB. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2006.
29. L'Abbate S. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 267-292.

30. Gomes AMA, Albuquerque CM, Moura ERF, Vieira LIES. O psicodrama pedagógico na compreensão do Sistema Único de Saúde: relato de experiência. *Psicol Am Lat* 2006 mai; 6.
31. Mamede S, Penaforte J, organizadores. *Aprendizagem baseada em problemas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
32. Maturana H. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2001.
33. Maturana H, Rezepka SN. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis: Vozes; 2000.

5 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasil: CONASS; 2006. 164p.
2. Sampaio JJC, Vasconcelos Filho, EV. Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: Carneiro C, Ruiz, EM, Landim LP, Sampaio, JJC, organizadores. Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará. Fortaleza: Ed. EUCE; 2006. p. 35-56.
3. Uchimura KY, Bosi, MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad Saúde Pública [periódico on line]. 2002 nov./dez; 18 (6):1561-1569. [citado 2004 nov 28]. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.
4. Bosi MLM, Mercado-Martínez, F, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
5. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas e modernas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2003. 335 p.
6. Ceará. Conselho Estadual de Saúde. Relatório das Conferências Municipais de Saúde. Fortaleza: Secretaria Estadual da Saúde; 2007.
7. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciên Saúde Coletiva 2004; 9(1):139-146.
8. Caprara A. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: Pinheiro R, Matos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 240-2.

9. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988. 284p.
10. Deslandes SF. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface Comun Saúde Educ 2005 mar./ago; 9(17): 401- 403. 2005.
11. Deslandes SF. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.
12. Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
13. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento; 1998.
14. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980.
15. Foucault M. Microfísica do poder. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1993. 295p.
16. Helman C. G. Cultura, Saúde & Doença. Tradução de Claudia Bucheitz e Pedro M. Garcez. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. 408p.
17. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1963.
18. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva; 1974.
19. Oliveira SA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface Comunic Saúde Educ 2002 fev; 6(10): 63-74.

20. Albuquerque L. Concentração de renda recua 10,8% no Ceará. Jornal Diário do Nordeste [periódico on line] 2007 set [citado 2007 set 26]. Disponível em: <http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=473361>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Código dos Direitos do Paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde/SUS. Fortaleza. 2005.
23. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979. 295p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HUMANIZASUS: política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
25. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
26. Nations MK, Gomes AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública 2007 set; 23 (9): 2103-2112.
27. Jarobi CE, Boshuizen HLC, Rupp I, Dinant HJ, Van den bos GAM. Quality of rheumatoid arthritis care: the patient’s perspective. Int J Qual health care [periódico

on line] 2004 [citado 2004 set 16]; 16: 73-81. Disponível em: <http://intghc.oupjournals.org/cgi/content/abstract>.

28. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007 jul/ago; 12(4): 849-859.

29. Sampaio JJC. Relatório Final do Projeto-Piloto, Caso Regional Nordeste 1. Brasília: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; 2002.

30. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1989.

31. Brasil. XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

32. Gallian DMC. A (re) humanização da Medicina. *Psiquiatria* [periódico on Line]. 2000 jul. [citado 2002 mar 2] Disponível em: <http://www.unifesp.br/centros/ceh>.

33. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Rev Saúde Coletiva* 1997; 7(1):13-43.

34. Moura MMD, Contreiras H. Doença crônica na infância: cura ou cuidado? *Ver Est Saúde Coletiva* 2000 Maio; 201: 3-30.

35. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saúde Pública* 2004 set./out; 20(5): 1342-1353.

36. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. *Saúde Debate* 1999 set./dez; 23(53):81-92.

37. Demo P. Pesquisa qualitativa. São Paulo: Cortez; 1999.

38. Santos-Filho SB. Perspectivas de avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007 jul./ago; 12 (4): 999 –1010.

39. Novaes HMN. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. 159 p.
40. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Rio de Janeiro. Cad Saúde Publica 1997; 13: 103-107.
41. Spradley JP. The ethnographic interview. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
42. Calvasina PG et al. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública 2007 set; 23 (2): 371 – 380.
43. Nations MK.; Nuto SAS. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. Soc Sci Méd 2002; (54): 229-244.
44. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Abrasco; 2000. 269p.
45. Ribas E. Relatório Pesquisa de Satisfação no SUS. Brasília: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; 2002.
46. Nuto SS, Nations MK. Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. Ação coletiva 1999; (2): 25-29.
47. Deslandes SF, Minayo MC. O qualitativo, suas potencialidades e suas limitações. Cad Saúde Pública 1993 jul./set; 9 (3): 239-262.
48. Victora CG, Knauth DR.; Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editora; 2000. 136p.

49. Infante C, Abreu LF. Proposta de um modelo conceitual para abordar as queixas médicas a partir da perspectiva do usuário. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez F, organizadores. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 175- 220.
50. Rabelo MCM, Alves PC, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
51. Laugle G, Baum W, Wellinger A, Renner G, U'ren R, Schwarzler F.; Eschweiler GW. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patient's view. Int J Qual health care [periódico on line] 2003; 15: 213-221. [citado 2004 set 16]. Disponível em: [http:// intghc.oupjournals.org/cgi/content/abstract](http://intghc.oupjournals.org/cgi/content/abstract).
52. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comunic Saúde Educ 2005 fev; 9 (16): 172-77.
53. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic Saúde Educ 2005 fev; 9 (16): 161-68.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
55. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
56. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 29ª ed. São Paulo: Paz e terra; 2004.
57. Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

58. Silva WR. A construção/desconstrução do saber no contexto da prática de ensino. In: Anais do XII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino: Programas e resumos: painéis e pôsteres; Recife. Recife; 2002.
59. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2006.
60. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde . In: Merhy, EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o públicoIn. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 71-112.
61. NHS Improvement Plan [site on line] 2008 nov [capturado 2008 nov 25]; Disponível em: www.18weeks.nhs.uk/

ABSTRACT

A human hospital: ethnography of the hospital humanization from the user's perspective

This ethnographic work studies the experiences of patients admitted in public (PUH) and private (PRH) hospitals in the Brazilian northeastern region. 28 adult patients of different clinics participated in the study. Data were analyzed by the "patient path" method, consisting in a combination of complemented and articulated techniques – free observation, participating observation, ethnographic interview and patient testimonials collected prospectively during the patients' admissions, from their arrival and until their discharge. The analysis was carried out according to the Thematic Categories Analysis Technique and the data were interpreted pursuant to medical anthropology, healthcare humanization and healthcare promotion theoretical references. The ethical principles of Resolution 196/96 were followed. The human hospital, as revealed by the patient, highlights the significance of subjectivity. 225 (54.7%) out of 411 mentioned concepts were collected in a public hospital (PUH) and 186 (45.3%) in a private institution (PRH). The results show that the patient at the PUH and PRH "ethnoevaluates" different aspects of the healthcare professionals' human and technical competence, the hospital's functioning structure, the access to and the ethics in the financial management, and develops overcoming strategies for his stay at the hospital. This "ethnoevaluation" is mediated by different factors, namely: social and economic status, personality, religiosity, ironic speech, somber diagnosis and satisfied needs, prior hospital experiences and the conditions under which the interview was carried out. A pedagogic proposal for the hospital humanization must include structural, managerial and organizational changes of the offered services and use active methodologies aimed to the political resolution of problematic situations at work and the inclusion of affective and subjective factors, and become as well a tool for the collective learning. This study shows the importance for the user's ethnoevaluation to be incorporated into the hospital management and care as a guideline in the decision making and clinical action, thus promoting practices that shall lead to a decent and humanized care. The multidisciplinary nature of this study allowed a wide understanding of the user's perspective as a socially critical ethnoevaluator.

Key words: Ethnography; healthcare humanization; patient-focused healthcare; hospital admission.