

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DIALÓGICO-REFLEXIVO
COM VISTAS À HUMANIZAÇÃO DO
AMBIENTE HOSPITALAR**

DIRCE STEIN BACKES

Rio Grande, setembro de 2004

DIRCE STEIN BACKES

**A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DIALÓGICO-REFLEXIVO
COM VISTAS À HUMANIZAÇÃO DO
AMBIENTE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Orientador: Professor Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Co-orientador: Professora Dr^a. Valéria Lerch Lunardi

Rio Grande, setembro de 2004

27 de setembro de 2004

**A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DIALÓGICO-REFLEXIVO
COM VISTAS À HUMANIZAÇÃO DO
AMBIENTE HOSPITALAR**

DIRCE STEIN BACKES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 27 de setembro de 2004, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Dr.(a) Marta Regina Cezar Vaz
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)

Dr.(a) Lucilda Selli
Membro (UNISINOS)

Dr. Aloísio Ruscheinsky
Membro (FURG)

Dr.(a) Mara Regina Santos da Silva
Membro Suplente (FURG)

B126c Backes, Dirce Stein

A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar/ Dirce Stein Backes. Rio Grande: FURG / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

180f.

Orientadores: Wilson Danilo Lunardi Filho e Valéria Lerch Lunardi
Dissertação (mestrado) – FURG / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

1. Humanismo. 2. Equipe Interdisciplinar de Saúde. 3. Hospitais. 4. Ética. 5. Comunicação. 6. Enfermagem – Tese. I. Lunardi Filho, Wilson Danilo. II. Lunardi, Valéria Lerch. III. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 614 – 2

Bibliotecária responsável: Maria da Conceição de Lima Holmann - CRB 10/745

**Ao Curso de Mestrado em Enfermagem do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
da Fundação Universidade Federal do
Rio Grande, em especial aos Professores
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e
Dr^a. Valéria Lerch Lunardi e, ainda,
Dr^a. Maria Julia Pais da Silva,
inspiradora desse trabalho.**

AGRADECIMENTOS

“O que faz os sonhos se realizarem são as ações positivas e orientadas por pessoas que nos apóiam, estimam e constroem junto conosco”.

(David McNally)

Agradeço a Deus ter inspirado, iluminado e sustentado cada passo da presente proposta de trabalho.

Meu reconhecimento aos professores idealizadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande - e aos demais professores que, com espírito de luta e empreendimento, garantem a qualidade do ensino dessa renomada instituição.

Meu reconhecimento especial aos professores Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e Dra. Valéria Lerch Lunardi - Orientador e Co-orientadora dessa pesquisa, pelo estímulo, dedicação, amizade e lições de sabedoria, mas, sobretudo, pelo exemplo de humanismo, competência e lealdade no modo de ser e fazer a diferença.

Minha gratidão e estima aos professores da Banca Examinadora: Dra Maria Júlia Pais da Silva, Lucilda Selli, Aloísio Ruscheinsky e Mara Regina Santos da Silva, pela disponibilidade, incentivo e contribuições que suscitaram novos olhares, novos entendimentos e ampliaram os horizontes para além do ambiente hospitalar.

Meu reconhecimento à Provedoria, Mesa Administrativa e Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia, que prontamente acolheram e autorizaram a concretização da proposta de trabalho nessa instituição, além de apoiarem e estimularem constantemente sua trajetória. Também, o meu profundo agradecimento ao Grupo de Humanização que, de forma dedicada, responsável, criativa e dinâmica participou da

construção de cada passo desta proposta, mostrando, ainda, que, no espaço coletivo, somos capazes de amar o diferente, de sonhar com os desafios da profissão e de compreender que, sozinhos, podemos muito, mas que, em equipe, somos fortes e vencedores, mesmo nas adversidades. Ainda, a minha gratidão a todos os profissionais da Santa Casa, que apostaram nas suas potencialidades criativas, participando efetivamente das atividades coletivas propostas e que, com otimismo, continuam acreditando e apostando na proposta de humanização enquanto processo de construção dinâmico e gradual.

Minha gratidão às Irmãs Franciscanas, em especial, às Irmãs da Comunidade Santa Cecília, que muito me apoiaram, estimularam, compreenderam e sempre souberam compartilhar das conquistas e dificuldades e, principalmente, suprir as lacunas nos dias ausentes.

Aos familiares, os de longe e, de modo especial, os de perto – Marli, Alice e Rivelino – minha gratidão pelo estímulo, encorajamento e auxílio nas “horas de aperto”.

Enfim, aos colegas do Curso de Mestrado, amigos, pacientes e demais profissionais que compartilharam desse processo de construção e conquistas, meu carinho, amizade e profundo agradecimento.

BACKES, D. S. A construção de um espaço dialógico-reflexivo, com vistas à humanização do ambiente hospitalar [dissertação]. Rio Grande (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ FURG; 2004.

RESUMO

Este trabalho caracteriza-se por um conjunto de intervenções no campo interdisciplinar da saúde, pautadas em valores e princípios humanos e éticos. Essas intervenções foram realizadas na Santa Casa de Misericórdia, localizada na cidade de Pelotas, no extremo Sul do Rio Grande do Sul, entre os meses de julho/2003 e julho/2004, com lideranças pertencentes à equipe multiprofissional da saúde, perfazendo o total de dezoito profissionais. O problema que suscitou a sua concepção e execução referiu-se à necessidade de humanizar o ambiente hospitalar. Assim, o presente trabalho teve, por objetivo, desencadear um processo de humanização no ambiente hospitalar, o qual estimulasse a construção de um espaço dialógico-reflexivo no contexto interdisciplinar, capaz de atender à Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS. Para tanto, ao visar à problematização da realidade concreta e estabelecer relações dialógicas e dialéticas de ação-reflexão no espaço coletivo, valeu-se do método crítico e reflexivo de Paulo Freire. O referencial teórico que respaldou a proposta foi constituído de conceitos e princípios do Programa Nacional de Humanização; da organização do trabalho, como fator gerador de humanização e/ou desumanização; de reflexões sobre a postura ética adotada nas relações de trabalho e no processo de construção coletiva (círculo de cultura do método freireano). Na trajetória de execução propriamente dita, três grandes marcos convergiram para sua construção: 1) o grupo de humanização que se constituiu como equipe, enfocando a importância das relações dialógicas para a conquista de um novo espaço no campo interdisciplinar; 2) a humanização centrada no trabalhador, com maior compreensão do significado coletivo de humanização, do resgate de iniciativas de humanização, da construção de espaços concretos para o emergir da subjetividade, a partir do Banco de Idéias, de ambientes coletivos acolhedores, da maior aproximação entre direção e funcionários e da partilha de vivências e talentos, dentre outros; 3) a humanização centrada no usuário, norteando a política institucional de humanização e enfocando o que representa a razão de ser e existir de um hospital. Em suma, um programa de humanização necessita ser assumido enquanto processo de construção dinâmica, coletiva e participativa que supõe estabelecer um ambiente de cuidado humano e uma cultura de respeito e valorização não da doença, mas do ser humano que adoce e do ser humano que cuida, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto.

Palavras-chave: humanização; equipe interdisciplinar de saúde; ambiente hospitalar.

RESUMEN

LA CONSTRUCCIÓN DE UM ESPACIO DIALÓGICO-REFLEXIVO, COM VISTAS A LA HUMANIZACIÓN DEL AMBIENTE HOSPITALAR

Este trabajo caracterizase por un conjunto de intervenciones en el campo interdisciplinar de la salud, pautadas de valores y principios humanos y éticos. Esas intervenciones fueron realizadas en Santa Casa de Misericordia, ubicada en la ciudad de Pelotas, en el extremo sur del *Rio Grande do Sul*, entre los meses de julio/2003 y julio/2004, con liderazas pertenecentes al equipo multiprofesional de la salud, con el total de dieciocho profesionales. El problema que suscitó a su concepción y ejecución referise a la necesidad de humanizar el ambiente hospitalar. Así, el presente trabajo tuvo, por objetivo desencadenar un proceso de humanización en el ambiente hospitalar, lo cual estimulase la construcción de un espacio dialógico-reflexivo en el contexto interdisciplinar, capaz de atender a la Política de Humanización de la Asistencia a la Salud PHAS. Para tanto, al visar a la problematización de la realidad concreta y establecer relaciones dialógicas y dialeticas de acción – reflexión en el espacio colectivo, se valía del método crítico y reflexivo de Paulo Freire. El referencial teórico que respalda la propuesta fue constituido de conceptos y principios del Programa Nacional de Humanización; de la organización del trabajo, como factor gerador de humanización y/o deshumanización, de reflexiones sobre la postura ética adotada en las relaciones de trabajo y en el proceso de construcción colectiva (círculo de cultura del método freireano). En la trayectoria de ejecución propiamente dicha, tres grandes marcos convergieron para su construcción: 1) el grupo de humanización que se constituyó como equipo, enfocando la importancia de las relaciones dialógicas para la conquista de un nuevo espacio en el campo interdisciplinar; 2) la humanización, del rescate de iniciativas de humanización, de la construcción de espacios concretos para el emerger de la subjetividad apartir del Banco de Idéas, de ambientes colectivos acogedor, de la mayor aproximación entre dirección y funcionarios y de la compartilla de vivencias y talentos, entre otros; 3) la humanización centrada en el usuario, nortando la política institucional de humanización y enfocando lo que representa la razón de ser y existir de un hospital. En suma, un programa de humanización necesita ser asumido mientras el proceso de construcción dinámica, colectiva y participativa que supone establecer un ambiente de cuidado humano y una cultura de respeto y valorización no de la enfermedad, pero del ser humano que se enferma y del ser humano que cuida, contemplando una relación sujeto-sujeto y no sujeto-objeto.

Palabras-Clave: humanización; equipo interdisciplinar de la salud, ambiente hospitalar.

ABSTRACT

Constructing reflexive dialogue space, Viewing the humanization in the hospital ambient

This study is characterized by a set of interventions in the interdisciplinary healthy field, listed in human and ethics values and principles. These interventions were made at Santa Casa Misericórdia de Pelotas Hospital, located in the city of Pelotas which is in the southern of Rio Grande do Sul State, and accomplished between July/2003 and July/2004 by a team of 18 professionals from the health sector. The problem that brought the need of its conception and execution was to humanize the hospital ambient. Thus, the goal of the current study was to start a humanization process in the hospital ambient, to stimulate the construction of a reflexive dialogue space in the interdisciplinary context, able to help the PHAS (Humanization Politics for Health Assistance). So, it was used Paulo's Freire critics and reflection method to establish dialogic and dialectic relations of action-reflection in the collective space. The theoretical referential was supported by the concepts and principles from the National Program of Humanization; by the study organization as generator factor of humanization and dehumanization; by the reflections about ethics postures adopted in work relations and in the constructing of the collective process (circle of culture from Paulo Freire's method). Three important marks converged in the execution of this study: 1) the humanization group, that composed the team, focused the importance of dialogic relations to conquer a new space in the interdisciplinary field, 2) the humanization centered in the worker who is more comprehensive in its collective meaning, initiatives of humanization, construction of concrete spaces to emerge the subjectivity through banks of ideas, warming collective ambient which gets employees and employers closer and share of experience and talents among members of the team. 3) the humanization centered in the user, leading the institutional politics of humanization and focusing why hospitals exist. Summarizing, a humanization program needs to be assumed as a collective and participative dynamic process of construction that is supposed to establish an ambient to nurse people, and a culture of respecting and valuing the human being who gets ill and the one who nurses, contemplating a relation subject-subject and no subject-object when the illness is valued.

Key words: humanization; interdisciplinary health team; hospital ambient.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Organograma Institucional	66
FIGURA 2 – Construção do Processo de Humanização	73

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Este trabalho – **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar** - propõe, através de um processo metodológico crítico e reflexivo, intervenções no campo interdisciplinar da saúde, pautadas em valores e princípios humanos e éticos.

No Capítulo I, apresento a justificativa da escolha do tema humanização, sua importância no contexto interdisciplinar, bem como seus diferentes significados no atual cenário da saúde. Ainda, são explicitados a questão de pesquisa e o objetivo que norteou o desencadeamento e a execução desta proposta.

No Capítulo II, busco contextualizar a humanização no ambiente hospitalar, traçando um olhar crítico e reflexivo sobre a organização do trabalho hospitalar, como possibilidade de resgate da dimensão humana nas práticas de saúde e de estímulo a um processo de transformação da cultura institucional. Apresento, também, uma reflexão acerca da postura e responsabilidade ética adotadas nas relações de trabalho, como forma de sensibilização da equipe de saúde para uma nova práxis no contexto multiprofissional.

Apresento, no capítulo III, a construção do método de pesquisa, a partir das idéias e pressupostos de Paulo Freire, com ênfase na importância da construção de um espaço dialógico-reflexivo e da inserção crítica na realidade concreta, com o objetivo de problematizar essa inserção, potencializar qualidades pessoais e coletivas, articular diferentes profissionais, vislumbrar novas possibilidades e apontar caminhos para o resgate da dimensão humana nas relações interpessoais e de trabalho. Assim, enfatizo um aspecto que se refere à participação coletiva, por compreender que o ser humano, ao inserir-se na realidade concreta e refletir sobre a sua prática, emerge enquanto ser que está em constante busca de tornar-se sujeito de sua própria transformação.

No capítulo IV, procuro demonstrar o desencadeamento do processo de humanização propriamente dito. De forma simples, mas ousada, aconteceu a sua

construção no âmbito hospitalar, não apenas como resultado de uma percepção isolada e/ou de uma motivação interna, mas como um processo que expressa a síntese de muitas percepções, vivências e combinações reunidas. Resultou, portanto, do encontro com a realidade concreta, num vai-e-vem incessante de novas descobertas, questionamentos e respostas para as necessidades emergentes. Tal construção possibilitou desvendar uma nova forma de compreender o mundo, a realidade concreta e o ser humano como sujeito de seu próprio crescimento e transformação. Portanto, apresento pistas que são essenciais às conquistas no campo da humanização das relações interpessoais e de trabalho no ambiente hospitalar.

O capítulo V – O Grupo de Humanização constituindo-se como equipe – evidencia o grande desafio que está em se construir elementos de reflexão e vislumbrar estratégias de intervenção coletivas, através do espírito de equipe, capazes de resgatar atitudes básicas como o diálogo, a solidariedade e o respeito à dignidade da pessoa humana, a fim de construir-se uma sociedade mais participativa.

No capítulo VI, demonstro a importância da humanização centrada nos profissionais, de modo que os trabalhadores possam participar ativamente do processo decisório, como sujeitos de suas ações e relações e a partir de um movimento dinâmico de superação das situações limite. Humanizar, nesse sentido significa valorizar, reconhecer e ouvir a voz de todas as pessoas envolvidas no processo cultural e institucional.

No capítulo VII, enfatizo a humanização centrada no usuário, a qual compreende, essencialmente, uma relação efetiva e afetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente, e não na sua doença. A humanização corresponde, fundamentalmente, à qualificação das relações humanas, no contato entre os profissionais e o usuário. Significa, portanto, o direcionamento de esforços para tornar a permanência do paciente no hospital o menos traumática possível, já que esse local, por si só, muitas vezes, pode representar dor e sofrimento.

Na conclusão, apresento, inicialmente, o desafio de humanizar-se para humanizar, enquanto requisito para compreender o outro e para bem cuidá-lo. A seguir, realizo a avaliação do processo de construção de um Programa de Humanização do ambiente hospitalar como um todo, o que torna visível a importância do espaço dialógico-reflexivo e a construção coletiva para a conquista de uma nova práxis. A humanização, nesse contexto, contribui para a construção de novas possibilidades do ser e do fazer, além da possibilidade de produzir sujeitos ativos e agentes de mudança.

SUMÁRIO

1 - INTRODUZINDO O TEMA	18
2 – HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR	26
2.1 Sofisticação hospitalar – desgaste das relações humanas no trabalho	27
2.1.1 Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde.(PNHSS)	29
2.1.2 Clima organizacional favorável: um espaço para a humanização	32
2.1.3 A humanização através do cuidado	35
2.2 A humanização hospitalar motivada pela ética	36
2.2.1 A humanização do/no trabalho como expressão de moral	38
2.2.2 A humanização do/no trabalho como expressão da ética.....	40
2.2.3 A humanização do trabalhador para a humanização do cuidado	41
2.2.4 A humanização das relações na instituição hospitalar	42
3 – A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO DE PESQUISA A PARTIR DAS IDÉIAS DE PAULO FREIRE	45
3.1 A reflexão dialógica como expressão da subjetividade	46
3.2 O compromisso com a humanização só existe no engajamento com a realidade concreta	50
3.3 Trajetória metodológica propriamente dita	53
3.3.1 Momentos processuais, como método dinâmico de construção	55
3.3.2 Aspectos éticos da pesquisa	57
4 – DESENCADEANDO O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO	58
4.1 Aliando a motivação pessoal ao apoio institucional	59
4.2 Opção pelo local e caracterização da Instituição	63
4.3 A formação do Grupo de Humanização	67

5 – O GRUPO DE HUMANIZAÇÃO SE CONSTITUINDO COMO EQUIPE	74
5.1 O ser humano – um ser de relações dialógicas	75
5.2 A equipe trabalhando os significados de humanização	80
5.3 humanizar-se para humanizar	95
6 – HUMANIZAÇÃO CENTRADA NO TRABALHADOR	100
6.1 Desvendando o significado coletivo de humanização	101
6.1.1 A humanização no entender dos pacientes	102
6.1.2 A humanização no entender dos médicos	104
6.1.3 A humanização no entender dos trabalhadores	106
6.2 O resgate dos sinais e/ou iniciativas de humanização	109
6.3 A equipe de humanização indo até os setores	111
6.4 A integração de novos profissionais nos encontros da humanização	113
6.5 Espaço concreto para o emergir da subjetividade - Banco de Idéias	115
6.5.1 Remuneração digna	117
6.5.2 Relacionamento interpessoal	119
6.5.3 Ambientes coletivos acolhedores	120
6.5.4 Maior aproximação entre direção e funcionários	122
6.5.5 Momentos de entretenimento	124
6. 6 Humanização em Ação	125
6.6.1 Concurso de Redações	133
7 – HUMANIZAÇÃO CENTRADA NO USUÁRIO	140
7.1 O paciente frente à hospitalização	141
7.2 Uma experiência de quem já foi paciente	143
7.3 A criação de um ambiente de cuidado humano.....	147
7.3.1 Ambiente estético.....	147
7.3.2 A equipe de trabalho.....	149
7.3.3 Sistema de Informação Integrado.....	151
7.3.4 A integração hospital – comunidade.....	154
7.4 Resgatando atitudes, valores e sentimentos	156

7.5 O morrer humanizado	158
8 – IDÉIAS CONCLUSIVAS	161
REFERÊNCIAS	169
ANEXOS	174

I - INTRODUZINDO O TEMA

“Estou convencido de que para criar alguma coisa é preciso começar a criar. Não podemos esperar para criar amanhã, temos que começar criando. Estou seguro de que, na tentativa de criar alguma coisa dentro da história, temos que começar a ter alguns sonhos. Se não temos qualquer tipo de sonho, estou certo de que será impossível criar qualquer coisa. Os sonhos me empurram para que eu os realize e os concretize. Os sonhos, é claro, também estão rodeados de valores de outros sonhos. Nunca acabamos de ter sonhos (...) você pensa em subir uma montanha, mas de repente, quando sobe a montanha, descobre que há uma outra montanha cujo perfil você ainda não tinha visto. Então, sem rejeitar o primeiro sonho, que era a primeira montanha, implica ou exige que seu sonho se expanda para novos sonhos e novas visões. Em última análise, tudo é o mesmo sonho, com momentos diferentes” (FREIRE & HORTON, 2003 p.78).

No decorrer da minha vida profissional, particularmente nos primeiros cinco anos após a formação acadêmica, período em que exerci a função de coordenadora do Serviço de Enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), mitos, dúvidas e incertezas começaram a trazer inquietudes sobre o modo de atuação dos profissionais naquele local de trabalho. O CTI era visto, freqüentemente, por funcionários do próprio hospital, como um ambiente desumano e frio, movido por aparelhos de última geração, com relações interpessoais distantes, desinteressadas e uma assistência fragmentada.

Desse modo, busquei, durante a realização do Curso de Especialização em Cuidados Intensivos, desencadear uma proposta de humanização da assistência no CTI. Procurei, inicialmente, despertar o interesse e a participação dos profissionais de enfermagem para a construção de um processo de cuidado humano. Para tanto, foram utilizadas várias técnicas interativas, como oficinas e seminários sobre relacionamento interpessoal, valorização e motivação profissional.

Em continuidade, foram formadas equipes de trabalho com os diversos profissionais do setor, às quais foram propostas temáticas relacionadas à família, ao paciente, aos funcionários e diretamente à assistência do cuidado humano. Essas equipes, com o desenvolvimento de atividades de sensibilização coletiva, muito auxiliaram no êxito alcançado. Contudo, constatei, no decorrer do processo, que as mudanças, no modo de relacionar-se e prestar assistência, estavam, quase que exclusivamente, restritas à equipe de enfermagem. A participação e o envolvimento dos demais profissionais não foram efetivos. Entretanto, com as reflexões diárias e persistentes, avaliações periódicas e atividades motivacionais, os profissionais de enfermagem conseguiram transformar gradativamente o ambiente do CTI, na perspectiva do cuidado humano e, desse modo, sensibilizar e envolver mais efetivamente os demais profissionais integrantes da equipe.

Em relação ao projeto já implementado no CTI, percebi, porém, que a metodologia adotada no seu planejamento e implementação parece ter contribuído para o pouco empenho de alguns profissionais. Evidenciei, na avaliação daquele processo, um equívoco

na construção inicial da proposta, principalmente, por não ter proporcionado um espaço dialógico, com a equipe multiprofissional, para a discussão da problemática e do itinerário a ser percorrido. Sendo assim, pressuponho que, em todo processo de mudança cultural, o planejamento conjunto e a construção de um espaço dialógico-reflexivo coletivo para a discussão e transformação da realidade concreta constituem-se em estratégias¹ comprometedoras mais eficazes para a construção do novo.

Nesse sentido, a construção lenta e gradual daquela proposta foi capaz de responder a muitas das questões que me inquietavam e, ao mesmo tempo, impulsionou-me a buscar outras iniciativas que viessem a contemplar e fortificar as já implementadas. Assim, vivências associadas à temática da humanização e interpelações provenientes de leituras da realidade concreta e, principalmente, das reflexões, discussões e questionamentos em sala de aula - especialmente durante o desenvolvimento de Disciplinas do Mestrado - muito contribuíram para o desencadeamento do presente trabalho. Com esta proposta, busco construir um espaço dialógico-reflexivo para uma maior integração dos profissionais da equipe multiprofissional, tendo em vista uma mudança de valores que legitime sempre mais o *ser humano* na instituição.

Ao atuar como enfermeira coordenadora de equipes e gerente dos Serviços de Enfermagem, passei a perceber, no enfermeiro, grande capacidade para detectar necessidades e oportunidades de interagir com os demais profissionais e mobiliza-los para as mudanças, no contexto do trabalho multiprofissional da saúde e na organização do trabalho institucional.

Essa percepção, no decorrer da caminhada, encontrou ressonância no pensamento de Lunardi Filho (2000), quando retrata o enfermeiro como aquele que exerce um papel fundamental na organização de um trabalho coletivo, o qual depende da coordenação de

¹ Estratégia traduz um conjunto de decisões conscientes e reflexivas, sobre ações a serem desvendadas e empreendidas, sobre os recursos a serem utilizados e que permitem alcançar os objetivos da proposta, tendo em vista as variações ambientais, culturais, econômicas, sociais e tecnológicas (CARAVANTES, 1997).

atividades para alcançar objetivos tanto assistenciais quanto organizacionais. Impelida pela importância desse espaço ocupado pelo enfermeiro e, principalmente, por acreditar nas potencialidades e na capacidade mobilizadora desse profissional, busco, ainda, com a implementação desta proposta, a emergência de uma nova forma de cuidado, de integração profissional e de transformação da realidade, tendo em vista a humanização.

O avanço científico acelerado e a utilização de sofisticados aparelhos diagnósticos no setor da saúde geraram, nos últimos anos, estruturas altamente equipadas, bem como profissionais cada vez mais especializados e qualificados. Surgem, no entanto, nesse contexto, problemas éticos e questionamentos referentes à forma como os hospitais e seus trabalhadores se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho, à vida e à dor de indivíduos fragilizados pela doença.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários e prestadores do Sistema Único de Saúde (SUS), acerca da qualidade do contato humano, tomou a iniciativa de elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços de saúde, inicialmente dos serviços públicos. Após ser constituído o Comitê Técnico, o mesmo elaborou o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS), que foi lançado em 24 de maio de 2000, enquanto resultado do esforço integrado do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais, bem como de entidades da sociedade civil, além da participação de gestores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2002).

O PNHSS tem, por objetivo, promover uma mudança de cultura do atendimento de saúde no país, ou seja, uma mudança no modelo assistencial vigente, voltada predominantemente para a assistência técnica. Dessa forma, propõe um conjunto de ações integradas que visem a mudanças graduais no modo de assistência ao usuário, através de um atendimento solidário e acolhedor.

Percebo que, para os profissionais, o programa de humanização constitui a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, o valor do trabalhar em

equipe e a busca pelo aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, de maneira que se valorize a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, tanto do paciente quanto dos profissionais. Logo, o processo de humanização implica um projeto coletivo, em que toda a organização se reconheça e, nela, se revalorize.

Com a finalidade crescente de motivar e integrar os profissionais da equipe multiprofissional, a partir de um espaço dialógico-reflexivo, com vistas à humanização da assistência, a proposta encontra eco, sobretudo, na Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS, iniciativa do Governo de Estado do Rio Grande do Sul, que busca, em suas prioridades, melhorar as relações interpessoais, a valorização do trabalho e a motivação profissional, para dar mais qualidade e humanismo às relações profissionais e, conseqüentemente, um atendimento mais humanizado ao paciente (RIO GRANDE DO SUL, PHAS, 2003).

Nesse contexto, explico a questão de pesquisa: ***como desencadear um processo de humanização, no ambiente hospitalar, que estimule a construção de um espaço dialógico-reflexivo e a melhoria das relações e condições de trabalho, no contexto da humanização, atendendo à Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS?***

A humanização hospitalar “não é uma técnica nem uma arte e muito menos um artifício, mas sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do hospital e das pessoas que nele trabalham” (MEZOMO, 1979, p.39). Nessa perspectiva, a humanização não se apresenta com um conceito estático e adinâmico, mas sim como um processo que perpassa as relações humanas de/no trabalho. Humanização significa considerar a *essência do ser*, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o *humano*² das pessoas envolvidas.

² Ser *humano* é a capacidade de ser compreendido como sujeito, com toda a sua complexidade, ou seja, designa o indivíduo consciente e capaz de agir autonomamente. É ser capaz de interagir com outros seres humanos e estabelecer relações de reciprocidade. É participar ativamente das decisões e ser acolhido nas diferenças. Ser humano é ser sujeito e não “objeto” ou “coisa”. Assim, quanto mais sujeito, tanto mais consciente e capaz de transformar o mundo à sua volta (FREIRE, 1987).

A construção de um espaço que legitime o *humano*, no entanto, está relacionada ao processo de trabalho de uma organização e à forma como as equipes interagem entre si. Como todo o trabalho, este é produzido por sujeitos e é produtor de subjetividades. Desse modo, o trabalho deve estar organizado de tal forma que permita a participação de todos os profissionais nas discussões e tomada de decisões (PESSINI et al, 2003).

Não há humanização da assistência sem preocupar-se com a realização pessoal e profissional dos que a fazem. Assim, a organização do trabalho “pode ser vista como uma forma de maximizar as potencialidades humanas, tornando produtivos os recursos humanos, em fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas potencialidades e conhecimentos individuais” (LUNARDI FILHO, 1995, p.35).

Ainda, nesse processo de construção da subjetividade e mudanças no modo de se fazer à assistência, Siqueira (2001) enfatiza a importância do envolvimento de todos os profissionais no processo organizacional, pois entende que é o ser humano, no coletivo, que dá dinamicidade e constitui a vida da organização. Sendo assim, os profissionais, em uma instituição, transformam-se numa poderosa força de renovação e modificação das condições de trabalho e no modo de produzir assistência. Em suma, qualquer profissional, através do trabalho, tem uma grande possibilidade de realização e transformação. Quanto mais ele estiver integrado, tanto maior será a sua satisfação e a sua capacidade de mudança.

O modelo de trabalho baseado em equipes, com o envolvimento de todos os profissionais no processo de trabalho, cria maior eficiência e dinamicidade pelo estímulo ao desenvolvimento coletivo do trabalho (RIFLIN, 1995). Assim, no compartilhamento das informações, os profissionais identificarão, com mais facilidade, os problemas e terão melhores subsídios para desencadear mudanças no nível global.

O trabalho, nesse contexto, pode ser entendido como uma ação humanizadora, por possibilitar ao indivíduo exercer suas potencialidades criativas e inovadoras. Kanaane (1995) reforça a importância do trabalho coletivo enquanto fator impulsionador das

potencialidades humanas e a capacidade de modificar o seu meio, desde que as condições ambientais e profissionais sejam facilitadoras. Logo, as energias individuais e grupais, se valorizadas, integradas e canalizadas efetivamente para a concretização de objetivos comuns constituem-se numa poderosa força de transformação das condições de trabalho e do modelo assistencial.

Baseada nessas considerações, com o suporte teórico de Paulo Freire que propõe, a partir da problematização da realidade, concreta uma visão crítica e reflexiva da prática dos profissionais, tendo em vista uma nova ação, procuro, construir um espaço coletivo para a reflexão-dialógica, enquanto forma de expressão da subjetividade, respeito à autonomia³ e à dignidade humanas⁴, como princípios que norteiam a ética e a solidariedade⁵ no processo de humanização hospitalar.

O princípio fundamental da proposta freireana contribuiu para a construção deste trabalho, pela possibilidade de problematizar e interagir com ela, através de um processo educativo que visava à mudança de atitudes e comportamentos.

Partindo de experiências e evidências acerca da realidade hospitalar e de idéias de Freire, tive, como pressuposto, que a pessoa humana chegará a ser agente de mudança através da relação dialética ação-reflexão sobre o seu ambiente concreto. Logo, quanto

3 Autonomia, de acordo com Paulo Freire, é processo, é vir a ser. É preciso em que o ser humano assuma eticamente e responsabilmente a sua decisão. Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Nesse sentido, Freire (1996) defende a pedagogia da autonomia, centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, isto é, em experiências respeitadas da liberdade. Assim, quanto mais criticamente a liberdade assume o limite necessário, tanto mais autonomia possui, no sentido ético.

4 O respeito à dignidade humana na relação profissional-paciente se expressa no sigilo quanto às informações e/ou segredos do paciente, no respeito pelo pudor, na dedicação do tempo suficiente e qualificação necessária para a função, no esclarecimento dos riscos e objetivos do tratamento, na solicitação do consentimento prévio para a efetuação de qualquer procedimento (MARTIN, 1993).

5 Solidariedade, na ótica de Freire (1979), é o compromisso verdadeiro do profissional com o mundo e com o ser humano para a incessante procura da humanização. A valorização da sensibilidade no processo do cuidado é vital, pois o conhecimento solidário facilita a relação com o paciente: “A sensibilidade humana é a capacidade de sentir empatia, de se deixar tocar pelas vidas, sofrimentos e alegrias, esperanças

e desejos de outras pessoas... portadoras de mistérios que transcendem a nossa capacidade racional” (ASSMANN E SUNG, 2000).

mais ela dialoga e reflete sobre a realidade, sobre a sua própria situação concreta, mais se torna consciente, humana e comprometida a intervir na realidade para mudá-la.

Em suma, pretendi, com este trabalho, desencadear, com/a partir da equipe multiprofissional da saúde, uma proposta de humanização, fundamentada no processo educativo e nas idéias de Freire, que retratam o ser humano como sujeito e não como “objeto”, por isso, capaz de criar e transformar a realidade através da ação-reflexão-ação. E, sendo sujeito, tem, por vocação, a humanização. Com base nesses argumentos, busquei ***desencadear um processo de humanização no ambiente hospitalar, o qual estimulasse a construção de um espaço dialógico-reflexivo e a melhoria das relações e condições de trabalho, no contexto multiprofissional, sendo capaz de atender à Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS.***

2 – HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

“Somente o princípio da solidariedade é capaz de inspirar movimentos culturais, como valor fundamental que se contrapõe ao princípio de competição que o capitalismo transformou em modo de negação do outro e de toda coletividade... A solidariedade consciente envolve o reconhecimento, o acolhimento e o respeito pelo outro como parte intrínseca do mundo de cada indivíduo. Em consequência, convoca à responsabilidade por si próprio, por cada ser humano e pelo todo. A coresponsabilidade implica contratos, consensos, leis e regulações que definem e garantem os direitos e deveres dos parceiros em convivência. A solidariedade consciente vai muito além do mero cumprimento dos deveres com o outro, a comunidade e a sociedade. Ela refere-se à postura ativa daquele que acolhe o outro porque é diferente, e, portanto, complementar a si próprio. O princípio da solidariedade inspira valores como a partilha, a reciprocidade e a comunicação dialógica para a construção de unanimidades que respeitam a diversidade” (ARRUDA, 2003, p. 228).

Neste capítulo, apresento a temática da humanização hospitalar, a partir de um olhar reflexivo sobre a realidade concreta e referenciais de Humanização da Assistência Hospitalar, adotados pelo Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, busco traçar um olhar crítico sobre a organização do trabalho hospitalar, como fator gerador de humanização/desumanização e estimular a construção de um processo de transformação da cultura institucional através do reconhecimento e valorização da dimensão humana. Na seqüência, realizei uma reflexão crítica acerca das considerações éticas que podem fundamentar a política de humanização no âmbito hospitalar.

2. 1 Sofisticação hospitalar – desgaste das relações humanas no trabalho

A área da saúde, no decorrer dos últimos anos, vem ilustrando uma profunda crise de humanismo em importantes dimensões da vida humana. Para entender a crise de humanismo que se instalou nos estabelecimentos de saúde, é preciso rever alguns fatores que contribuíram e vêm contribuindo decisivamente para o desgaste das relações de trabalho dos profissionais entre si e, conseqüentemente, do ambiente de cuidado.

Antes do surgimento dos hospitais, o cuidado de pessoas doentes dependia, quase que exclusivamente, dos religiosos e pessoas leigas ligadas diretamente à Igreja, os quais tinham como propósito, a salvação da alma mais do que o restabelecimento e/ou a cura dos pacientes. Os ideais de fraternidade, caridade e auto-sacrifício eram cultivados com profunda veemência. O cuidado, até então, consistia basicamente na realização de procedimentos simples e intuitivos, caracterizando-se pelo cuidado do doente com ternura, carinho, mais do que pela ciência.

Com o surgimento de novas e cada vez mais avançadas tecnologias, começaram a aparecer, igualmente, hospitais cada vez mais sofisticados e complexos. Novos profissionais passaram a compor gradativamente o cenário da assistência e, desse modo, o

cuidado passou a assumir características cada vez mais especializadas, e as relações profissionais tornaram-se, cada vez mais, competitivas, frias e desintegradas.

O crescente desenvolvimento tecnocientífico e sua aplicabilidade à vida encontram, entretanto, resposta nos argumentos de Toledo Filho (2003), ao verificar a emergência de uma medicina mais complexa e cara e que se intensificou no final dos anos 70. A sofisticada medicina, todavia, associada a uma profunda crise econômica, contribuiu significativamente para o agravamento das conseqüências da pobreza, o que acaba por instaurar, no campo da saúde, uma profunda crise de humanismo pela impossibilidade de acesso aos recursos disponíveis. Com o agravamento ainda maior dessa mesma crise, surgiram, então, as cooperativas médicas que passaram a comprar o serviço dos médicos e a vendê-los.

Com essa modalidade de assistência, as diferenças sociais ficam ainda mais evidentes e excludentes. A segurança da qualidade da assistência passa, conseqüentemente, a ser comprada e assegurada para aqueles com poder aquisitivo diferenciado. Para a grande maioria da população, no entanto, permanece a garantia de um sonho desfeito e o receio de um relacionamento desinteressado, distante e, muitas vezes, antiético. De que adiantam, então, as altas e sofisticadas tecnologias, a complexidade dos procedimentos e as belíssimas estruturas físicas, se a garantia e a qualidade da assistência conseguem ser usufruídas apenas por uma pequena minoria da população?

Nesse percurso de mudanças e aprofundamento de crises, chegamos ao topo da desumanização. Além dos fatores desumanizantes já apontados, Toledo Filho (2003) acrescenta outros, ao enfatizar que a desumanização da assistência deve-se, também, pelo aviltamento da remuneração dos médicos, pelo aumento acentuado das especialidades médicas e o uso inadequado da sofisticada tecnologia, o que acarreta um crescente aumento na solicitação de exames e, conseqüentemente, um aumento dos gastos com a assistência médica, principalmente os relacionados à alta complexidade. Se anos atrás, o

cuidado era prestado e viabilizado a todos com menor ônus, com menos profissionais e com poucos recursos, mas acompanhado de um atendimento humano e digno, hoje, com a complexidade e sofisticação na assistência, a humanização desse cuidado parece não ter acompanhado o avanço tecnológico, mas pelo contrário, esvaziar-se.

2. 1. 1 Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (PNHSS)

O eco sobre a necessidade de humanização, nos estabelecimentos de saúde do Brasil adquiriu um novo enfoque com o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde – PNHSS – lançado em 24 de maio de 2000. O programa tem, por objetivo, reduzir dificuldades encontradas durante o tratamento dos usuários e favorecer a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais de saúde, o doente e a família, diante do momento de fragilidade do paciente, com a melhoria na qualidade da assistência e redução dos custos, com as longas permanências. Além das inúmeras iniciativas e possibilidades de humanização já evidenciadas no campo da saúde, este Programa de Humanização parece ter ressoado com mais força e vitalidade, permitindo vislumbrar novas possibilidades, articulando diferentes profissionais e possibilitando novos caminhos (PESSINI et al, 2003).

O projeto Piloto de Humanização, de acordo com o Ministério da Saúde, estabelece, como critérios de implementação, a sensibilização dos coletivos de profissionais de saúde, com início pela cúpula diretiva; o reconhecimento das mais expressivas lideranças entre os profissionais dispostos espontaneamente, em prol da humanização; a constituição de um grupo estável de profissionais, para a formação de um Grupo de Humanização Hospitalar.

Falar em humanização, no contexto hospitalar, a partir desta proposta do governo federal requer dos profissionais uma reflexão sobre o contexto relacional interno e externo da organização. A humanização nas instituições de saúde, entretanto, passa também pela

humanização da sociedade, pela humanização das instâncias políticas, econômicas e tecnológicas e pela organização do trabalho. O tema da humanização compreende um conjunto de elementos que remetem à pessoa humana – profissional - como sujeito do processo. Nessa prática, o profissional se permite ser humano, sentir-se em relação com o outro, também humano, para manifestar a sua sensibilidade, estabelecer uma relação de sujeitos, o que torna a ação/intervenção um ato completo e, ao mesmo tempo, complexo, porque permite o encontro de duas realidades diferentes (SELLI, 2003). A humanização, nesse sentido, comporta necessariamente a compreensão do humano, da pessoa humana em todas as dimensões e a existência de um clima institucional favorável para o processo de humanização.

A implantação do PNHSS requer a capacitação dos profissionais, a partir de um novo conceito de assistência que valorize a vida humana e a cidadania; o fortalecimento de todas as iniciativas de humanização já existentes; o estímulo à realização de parcerias e intercâmbios de conhecimentos e experiências na área. Sua implantação requer, ainda, criatividade, reflexão coletiva, o agir comunicativo e a participação democrática, na busca de soluções para cada realidade.

Sua metodologia prevê a multiplicação progressiva do programa de humanização, mediante o trabalho em rede e o regime de responsabilidades compartilhadas, por meio das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e dos estabelecimentos de saúde já capacitados. Inicialmente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAS), através dos grupos de capacitadores, realizou um projeto piloto em onze hospitais da rede pública. Já na primeira fase de implantação (maio de 2001 a março de 2002), participaram os hospitais do projeto piloto, hospitais integrantes do programa dos Centros Colaboradores e os hospitais que desenvolvem programas de humanização na área da mulher, totalizando 94 hospitais. Na segunda fase (abril a dezembro de 2002), participaram mais 450 novos hospitais, além daqueles que já haviam participado da rede Nacional de Humanização e outros indicados pelas Secretarias de Saúde. A seguir, sucessivamente, a proposta foi-se estendendo para todos os estados e municípios.

No Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde, sob a coordenação da Escola de Saúde Pública, assumiu a responsabilidade de desenvolver a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS) – com lançamento em 07/11/03 – procurando, desse modo, envolver todos os agentes que integram o SUS, com o intuito de qualificar a prestação dos serviços de saúde, desenvolvendo práticas de humanização norteadas pela dimensão ético-política, a partir das vivências cotidianas e experiências dos sujeitos, suas crenças, estilos de vida e subjetividade.

A PHAS é a política que, ao articular as práticas na área da saúde, impõe, como característica ou qualidade fundamental, sua humanização em todas as instâncias. Dessa maneira, busca corresponsabilizar todos os atores envolvidos na direção – representantes do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Controle Social e Prestadores de Serviços.

A PHAS será desenvolvida por regiões – coordenadorias regionais, buscando respeitar as características regionais e a organização já existente, na direção da descentralização ética da saúde. A constituição das instâncias regionais de planejamento e acompanhamento será composta por: - Comitê estadual; - Comitê regional; - Comitês locais de humanização; - Grupos de humanização, sendo que, na composição deste último, devem participar representantes da gestão - direção; das chefias dos serviços; da área médica; da área técnica e da área de apoio.

A PHAS prevê, como parâmetros para a humanização do atendimento do usuário, as condições de acesso e presteza dos serviços; a qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do serviço e a qualidade da relação entre usuários e profissionais; para a humanização do trabalho, a gestão e participação dos profissionais; condições de trabalho; condições de apoio aos profissionais; qualidade da comunicação; relacionamento interpessoal; valorização do trabalho e motivação profissional.

O desenvolvimento da PHAS nas instituições, através dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), deverá seguir os seguintes passos: sensibilização da

gestão/administração, quanto aos processos de trabalho; constituição dos grupos de trabalho; realização do diagnóstico situacional quanto aos serviços de saúde; elaboração do plano operacional de ação humanizada; avaliação dos resultados da implantação da política de humanização⁶.

Em suma, é preciso trocar velhos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunitário, a participação democrática na busca de soluções para cada realidade singular. Enfim, é preciso transformar os nossos hospitais em organizações mais dinâmicas, harmônicas e solidárias.

2. 1. 2 Clima organizacional favorável: um espaço para a humanização

Como empresa complexa, o hospital deve primar por uma organização estruturada, equipe diretiva dinâmica, democrática e com capacidade para compreender as profundas mudanças no campo tecnológico. A direção hospitalar deve primar, também, pelo clima de bom relacionamento e estimular uma cultura que veja, diante de si, a pessoa humana – doente – como principal razão de ser do hospital. Chiappin (1998) entende que os administradores desempenham um papel decisivo na cultura de uma organização. Lembra que Taylor e Mayo já demonstraram, na sua época, empresas bem integradas socialmente, vivendo um clima de bom relacionamento como forma possível de produzir mais criatividade, eficiência e relações humanas saudáveis, enquanto um ambiente desintegrado produz relações desumanas e conflituosas.

6 A avaliação e o reconhecimento de ações de humanização serão dados através do prêmio “Humaniza Saúde”, ao qual poderá concorrer todo o participante (instituições) da Política de Humanização da Assistência à Saúde. A premiação será anual e será dividida em duas categorias: - Atenção hospitalar e Atenção básica, de acordo com critérios previamente estabelecidos para os três níveis: - Certificação Categoria Bronze; - Certificação Categoria Prata; - Certificação Categoria Ouro, (RIO GRANDE DO SUL, PHAS, 2003).

Nesse sentido, falar em humanização significa rever o clima organizacional, ou seja, mais do que o estímulo à alta tecnologia e às belíssimas estruturas, é necessário respeitar, estimular e valorizar o ser humano – trabalhador – que produz a assistência ao paciente. Tratando-se de um processo cultural, a humanização, no entanto, deve ser vista e sistematizada enquanto uma prática dinâmica e permanente, que permeia todo o ser e fazer dos profissionais em um determinado ambiente.

Assim, o modo de ser, pensar e agir dos profissionais se traduz no clima organizacional que é a percepção crítica de cada indivíduo. O clima organizacional não adequado afeta todos os processos de um estabelecimento. O clima saudável, portanto, constitui-se em um elemento imprescindível para o resgate da humanização institucional. Nestes termos, a humanização fomenta a construção de um processo de assimilação, enfrentamento e de resignificação da vida (LUNARDI FILHO, 1994).

O termo humanização, no campo da saúde, vem sendo utilizado de diferentes formas, para designar ações, projetos e políticas que visam a melhores acomodações estruturais, melhorias na aparência física geral do hospital, práticas lúdicas, adequação de rotinas, entre outros. Nesse sentido, a humanização não passa de um simples movimento assistencialista e de fachada, além de desencorajar as transformações subjetivas relacionadas a um estado de insatisfação e desprazer tanto dos profissionais quanto dos pacientes (FAIMAN et al, 2003).

A humanização, muito mais do que um movimento, deve ser entendido como um processo. A humanização se constitui num processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e pacientes para melhorar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento (FAIMAN et al, 2003). Entretanto, para transformar a cultura de uma organização baseada nos princípios da humanização, é fundamental uma investigação do clima organizacional enquanto instrumento que proporcionará informações-chave para os assuntos pertinentes. A modificação da cultura organizacional exige um grande

comprometimento das pessoas envolvidas no processo com estímulo à criatividade e iniciativas individuais (LUNARDI FILHO, 1994). Fica evidente, no entanto, a importância do resgate da dimensão humana nas práticas de saúde. Logo, faz parte do novo cenário da saúde repensar e reinterpretar os objetos da medicina, o conceito de saúde para além da biologia e principalmente a valorização de uma política de cuidados integrais de saúde em sua dimensão física, psíquica, social e espiritual (PESSINI, 2001).

Nessa perspectiva, é importante assinalar que a humanização parte de uma filosofia institucional voltada para a pessoa humana em todas as suas dimensões. Uma filosofia assumida tanto pelo porteiro quanto pelo presidente do hospital. Assim, muito mais do que uma relação profissional-paciente, a humanização demanda uma mudança na cultura da organização (NOGUEIRA, 2003).

Criar uma cultura de humanização, nesse contexto, implica uma profunda valorização do potencial humano e uma compreensão de equipe, na qual todos os membros da coletividade se sentem beneficiados e beneficiários. Selli (2003) reforça a idéia da valorização da equipe, quando diz que o atendimento humanizado ao paciente deve caminhar de mãos dadas com o atendimento humanizado ao profissional de saúde. Partindo desse pressuposto, entendo que a humanização não se concretiza se a atenção estiver centralizada unicamente no paciente, mesmo que este seja a razão de ser do hospital. Por isso, é premente estimular um ambiente de cuidado humano que envolva a direção, equipes de trabalhadores, pacientes, familiares, ou seja, um ambiente onde todos cuidam e são cuidados.

Em suma, a humanização é um processo cultural de construção gradual, que é viável através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos, principalmente o conhecimento do amor (BARAÚNA, 2003). Nesse contexto, o amor significa estabelecer um vínculo relacional subjetivo, que busca resgatar o humano, a partir de um espaço criativo, acolhedor e transformador. Assim, amor significa estar atento às necessidades do

outro, respeitá-lo, escutá-lo. Logo, significa prestar atenção em nossa maneira de ser e cuidar, o que favorece um ambiente de cuidado humano (SILVA, 1996).

2. 1. 3 A humanização através do cuidado

A humanização, no contexto interdisciplinar, pressupõe um ambiente de cuidado humano, constituindo-se em um dever humano e não apenas um dever exclusivo de uma classe profissional. O poder de transformar pelo amor e pela compaixão nunca foi prerrogativa de pessoas santas ou especiais. A coragem e a compaixão não são dons especiais de nenhuma seleta minoria; são instrumentos de cuidado (SILVA, 2000). Nesse campo, a proposta de humanização do Ministério da Saúde defende que é preciso desenvolver uma nova cultura de atendimento e/ou cuidado humanizado e que o trabalho em equipes torna-se uma estratégia valiosa para a discussão e aprofundamento da temática no âmbito da saúde.

À luz dessas mudanças, é preciso, portanto, atentar para que a humanização não se limite apenas a uma condição de status empresarial ou motivação econômica. O tratamento humanizado envolve uma profunda mudança de atitudes e comportamentos, o que requer dos profissionais uma articulação entre conhecimento técnico-científico e aspectos afetivos, ou seja, permitir que o coração se manifeste nas relações diárias de trabalho. Dessa maneira, um hospital humanizado é aquele que, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa humana, seja na condição de paciente, seja na de trabalhador (SELLI, 2003).

O ambiente de cuidado humano pressupõe, em síntese, um debate reflexivo sobre a vida institucional, acerca das dificuldades frente ao mundo do trabalho e metas a serem alcançadas; pressupõe, também, participação coletiva na tomada de decisões. É fundamental, no entanto, que haja uma comunicação eficaz entre as diversas equipes de

trabalho, o que favorece a troca social e a troca das experiências significativas de cada um no mundo do trabalho.

Finalmente, ciente da complexidade das questões de saúde no país, das transformações sociais e políticas restritivas que dificultam o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), dos altos custos em procedimentos, da defasagem crescente do Sistema, da deteriorização dos relacionamentos profissional-paciente e dos profissionais entre si, pergunta-se: Como gerir e organizar, a partir desta problemática, o trabalho institucional, de acordo com os critérios de humanização preconizados? Se gerir um hospital sempre foi tarefa complexa, hoje, com o agravamento da crise de humanismo, a função, entretanto, parece ser ainda mais difícil. Nesse contexto, é vital o papel do líder, pela sua capacidade de inflamar entusiasmo, senso de responsabilidade, confiança, harmonia, envolvimento e cooperação, base para um processo cultural que requer tempo, vontade e, acima de tudo, muita persistência.

Na opinião de estudiosos, pesquisadores, profissionais de diversas áreas e administradores, a humanização hospitalar possui, portanto, diferentes conotações e definições. Se a humanização hospitalar pode ser motivada, para vários atores sociais, por considerações terapêuticas, financeiras, religiosas, humanitárias e éticas (MARTIN, 2003a), segundo muitos administradores modernos, entretanto, a humanização pode também estar mais associada a uma luxuosa hotelaria hospitalar, pressupondo que o paciente se recupera melhor apenas estando num ambiente agradável. Ainda, humanizar é figurar as paredes e ter acesso à tecnologia de última geração. Outras vezes, a humanização parece estar associada às convicções religiosas, o que pressupõe que todos os filhos de Deus mereçam ser bem atendidos, mas com profundas convicções humanitárias sobre a dignidade e o valor do ser humano e, por fim, a humanização pode estar associada à profunda convicção ética, baseada em argumentos valorativos, normas, direitos e deveres (PESSINI, 2004). Todas as iniciativas, todavia, são válidas, desde que haja vontade, ousadia, sensibilização das diversas instâncias de profissionais e comprometimento com a dignidade da pessoa humana.

2. 2 A humanização hospitalar motivada pela Ética

Em virtude do acelerado processo tecnocientífico, no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece que vem sendo posta em segundo plano. A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, e não o ser que a abriga no qual ela se desenvolve. Num contexto de complexificação tecnológica crescente, de crescimento dos custos da saúde, com ênfase ainda na atenção à doença, associado ao empobrecimento das relações interpessoais, os profissionais da área da saúde parecem gradativamente desumanizar-se, favorecendo a desumanização de sua prática.

A humanização, mais do que um ato humanitário, requer a implementação de um processo reflexivo acerca dos princípios e valores que regem a prática dos profissionais de saúde em busca da sua dimensão ética. Falar em humanização, nesse sentido, pressupõe, além da oferta de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos trabalhadores ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado – uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. A humanização do cuidado implica, prévia e concomitantemente, a humanização dos profissionais de saúde, evitando propostas de humanização ingênuas e imediatistas, pautadas meramente por intervenções que não acarretam mudanças e transformações das práticas profissionais.

Muitos profissionais, sensíveis a esse processo e diante de dilemas éticos decorrentes com que se deparam, parecem cada vez mais à procura de respostas que assegurem a dimensão humana das relações profissionais pautadas por valores e princípios como a autonomia, a justiça e a necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana. Questionamentos relacionados à crise de significação da vida humana em todas as suas dimensões, da ética e da humanização vêm provocando e interpelando a sua consciência a todo o momento (BETTINELLI, 2003).

Assim, é imprescindível refletir acerca de considerações éticas que necessitam fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais, que necessita estar na base de todo e qualquer processo de intervenção no campo interdisciplinar da saúde.

2. 2. 1 A humanização do/no trabalho como expressão de moral

Perceber o outro requer uma atitude profundamente humana. Desse modo, reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, demanda um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado do paciente, o que também está enraizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), demonstrando que os códigos de ética profissionais, enquanto expressão de sistemas de valores, explicitam a moralidade de um grupo, pressupondo a imposição desses valores e não o seu questionamento (COHEN, 1995).

Assim, quanto aos valores da profissão de enfermagem, o CEPE, no artigo terceiro, norteia a prática profissional para o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem qualquer discriminação. Logo, é possível perguntar: por que uma cultura de desumanização vem assolando e deteriorando as relações de trabalho na enfermagem e na saúde em todas as suas dimensões? Esta crescente cultura de desumanização parece reforçar a idéia de que, no decorrer dos anos, vem sendo dado maior valor às exigências tecnocientíficas do que ao cuidado humanizado. Neste sentido, mais do que se limitar a um conjunto de normas, o CEPE pressupõe a humanização do trabalho e uma responsabilização pela promoção da pessoa, isto é, procura colocar o trabalho da enfermagem a serviço do ser humano e da sua finalidade social.

A humanização encontra respaldo, também, na atual Constituição da República Federativa do Brasil (1988), no artigo primeiro, Inciso III, que assinala “a dignidade da

pessoa humana” como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Os direitos dos seres humanos nascem com os homens e, naturalmente, quando se fala de direitos da pessoa humana, pensa-se em sua integridade e igualmente em sua dignidade, liberdade e saúde (GARRAFA,1995). A humanização, desse modo, constitui-se num processo amplo, complexo e contínuo, pois envolve direitos e deveres como profissionais e cidadãos conscientes e responsáveis.

Nesse contexto, poderíamos perguntar: é possível pensar um cuidado que não seja humanizado? Por que a necessidade de um projeto, denominado “humanização”, nos estabelecimentos de saúde, se os profissionais já possuem um código de ética profissional e uma Constituição Federal que asseguram e estimulam o respeito à dignidade da pessoa humana? Como vem ocorrendo o aprofundamento e/ou a priorização, por parte dos profissionais, de valores e princípios que regem o exercício da sua profissão? Ou, ainda, será que os profissionais se deixaram absorver pela burocratização prescritiva e por uma cultura antiética, na qual podemos estar sendo progressivamente inseridos? Como se falar em cuidado humanizado aos pacientes se, os próprios trabalhadores da saúde vem sendo tratados e tratando-se entre si, freqüentemente, de forma desumana?

Assim, entendemos que a implementação de um cuidado humanizado mais do que o cumprimento de uma prescrição moral, pautada na obediência ao que deve ser, associada ao risco da punição frente a transgressões necessita fundamentar-se na ética. Nessa perspectiva, é importante assinalar que a ética não se preocupa apenas com as coisas como são, mas como as coisas podem ser e, especialmente, como devem ser (MARTIN, 2003), a partir da identificação de conflitos presentes nessas relações (do que é e do que pode e/ou deve ser), da autonomia e coerência no agir, frente aos princípios e valores que norteiam o viver dos profissionais de saúde (COHEN, 1995).

2. 2. 2 A humanização do/no trabalho como expressão da ética

Em meio a tantos avanços tecnológicos e possibilidades de melhoria da assistência hospitalar e de sua humanização, os recursos, entretanto, parecem estar mais associados a propostas de investimentos na estrutura física dos prédios, na alta e moderna tecnologia e a outros processos que não necessariamente impliquem mudanças de atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos no processo terapêutico, ou seja, que não, necessariamente, impliquem mudanças na cultura organizacional em prol da humanização do/no trabalho como expressão da ética. Sem dúvida, tais medidas podem ser relevantes numa instituição. Contudo, não podem descaracterizar e/ou negligenciar a dimensão humana e subjetiva que necessita estar na base de qualquer processo de intervenção na saúde, principalmente, no que diz respeito à pretendida humanização de um hospital.

Desse modo, reflexões e questionamentos acerca de como vem ocorrendo a assistência prestada pela equipe de saúde hospitalar conduzem imediatamente a uma dimensão ética, fundamentando-se na percepção de múltiplos conflitos e problemas, na autonomia para posicionar-se frente ao percebido e numa postura necessária de coerência frente às suas crenças e valores (COHEN, 1995). A questão ética emerge quando alguém se preocupa com as conseqüências de sua conduta sobre o outro, seja uma ação, seja sua omissão e, poder-se-ia acrescentar, sobre o próprio sujeito que age (MARTIN, 2003). Os indícios de uma cultura não pautada pela ética podem evidenciar-se em relações cotidianamente desumanizadas e descomprometidas entre profissionais que compõem a equipe de saúde e pacientes, dos próprios profissionais entre si que, muitas vezes, fomentam relações verticalizadas no gerenciamento de recursos humanos e materiais, manifestando-se no clima de uma organização.

Implementar um processo de humanização no campo interdisciplinar da saúde, fundamentado na ética, requer o resgate da dimensão humana das/nas relações de trabalho e a permanente problematização dessas múltiplas relações, de sensibilidade às

necessidades não somente físicas, mas também emocionais, sociais e espirituais dos sujeitos envolvidos, em especial, o paciente. Este empreendimento requer um movimento de equipe, isto é, todos os profissionais da saúde necessitam comprometer-se com a dignidade dos seres humanos com quem se relacionam profissionalmente. Ainda, se uma assistência ética requer tanto a percepção do outro como de si, pode-se entender que uma assistência humanizada necessariamente é, também, ética (MARTIN, 2003).

2. 2. 3 A humanização do trabalhador para a humanização do cuidado

O respeito à vida e à autonomia da pessoa humana são dois princípios fundamentais no processo de humanização. No entanto, para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, dentre outros, necessitam trabalhar em adequadas condições, ter uma remuneração justa e reconhecimento de suas atividades e iniciativas. Nesse sentido, fica evidente que os profissionais, na maioria das instituições de saúde, estão aquém da reconhecida valorização do seu trabalho.

É preciso reconhecer, todavia, que muitas instituições, com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para manter-se. O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas, com frequência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho. Desse modo, um clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada.

Falar em humanização, numa perspectiva ética requer necessariamente, por parte dos gestores, uma reflexão problematizadora sobre as condições de trabalho oferecidas aos profissionais e o cuidado humanizado pretendido. É premente, neste sentido, que a filosofia institucional bem como as políticas públicas de humanização estejam também

voltadas para a “vida” e a “dignidade” dos trabalhadores de saúde, quando o que se pretende realmente seja a humanização do cuidado nas instituições de saúde.

Acreditar em mudanças, a partir de uma proposta de humanização, primordialmente implica valorizar e reconhecer histórias, perspectivas de vida e sonhos dos trabalhadores de saúde. Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de valorização e investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, assim como o reconhecimento dos limites profissionais. Nessa perspectiva, possivelmente, o profissional terá condições de compreender sua condição humana e sua condição de cuidador de outros seres humanos, pois, como é possível cuidar do outro de forma humanizada sem antes reconhecer e ter reconhecida a sua própria humanidade?

2. 2. 4 A humanização das relações na instituição hospitalar

Um hospital humanizado é aquele que envolve, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à pessoa humana, garantindo condições para um atendimento de qualidade. O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, como elemento impulsionador das ações e intervenções pessoais e profissionais (MEZOMO, 2001), constituindo a base do processo de humanização (SELLI, 2003). Humanizar, nesses termos significa resgatar a dimensão humana nas relações dos profissionais, com ações de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do diferente e singular. Em síntese, humanizar, muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção significa estreitar relações interprofissionais, que lhes possibilitem reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações, permitindo que o coração, junto à razão, se manifeste nas relações de trabalho do dia-a-dia.

Quando se pensa a humanização como expressão da ética, a filosofia da instituição necessita, necessariamente, convergir para a construção de estratégias que contribuam para o trabalho de equipe, participação coletiva e comunicação efetiva e com qualidade. O processo de comunicação possibilita captar a mensagem e ter uma compreensão do outro e da sua situação, caracterizando uma relação permeada também por sentimentos humanos (SILVA, 1996). A pessoa torna-se sujeito na relação, no encontro e na comunhão interpessoal, isto é, a comunicação se dá sempre através do outro que lhe fala, lhe ama, lhe promove no sentido de ser mais e não simplesmente ser mais um (MENDES, 1994).

O movimento que se instaura no processo de relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, sobretudo no contato com o sofrimento e a dor do outro, constitui-se em um grande potencial de humanização. No confronto com a dor do outro, o profissional tem a chance preciosa de humanizar-se. Assim, a solidariedade faz com que o distante se torne próximo e o próximo se torne humano (PESSINI, 1992). Deste modo, não se pode permitir que o relacionamento profissional, hoje, limite-se, apenas, a relações verticalizadas, o que comumente caracteriza relações frias e distantes. É necessário, portanto, uma relação de sujeitos em interação, que pensem, sintam e almejem proximidade e compromisso.

O relacionamento marcado pela atenção humana coloca o sujeito frente à sua própria fragilidade e o faz enfrentar as instabilidades a que, como humano, é submetido (SELLI, 2003; PESSINI, 1992). Desse modo, uma proposta de humanização hospitalar, necessita recuperar o lugar das várias dimensões discursivas dos sujeitos que atuam nas instituições de saúde, conferindo uma nova prática desejosa de relacionamentos personalizados, igualitários e justos.

A melhor tecnologia do mundo, desprovida de uma dimensão ética, não assegura a humanização. Ainda, a melhor tecnologia do mundo, desprovida de humanização, não assegura um exercício ético. Urge, nesse sentido, uma ética voltada para o ser humano e a

necessidade de se conferir centralidade à humanização, pois nas instituições de saúde as pessoas têm, crescentemente, perdido espaço, em detrimento da tecnociência, das inovações, da concentração dos custos, das normas e da padronização de procedimentos. O mundo, com características cada vez mais globalizadas exige, em contraposição, propostas de humanização que visem primordialmente o bem social.

Conseqüentemente, proposta de humanização hospitalar como expressão da ética requer a prévia formulação de políticas organizacionais e sociais justas que considerem todos os seres humanos merecedores de seus direitos (MENDES, 1994). Isso significa reconhecer a humanidade do trabalhador, de modo a favorecer o desenvolvimento de sua sensibilidade para conhecer melhor a singularidade do paciente, encontrando, junto com ele, estratégias que facilitem a compreensão da doença, o seu enfrentamento e, se necessário, a adaptação a mudanças.

Assim, a ética fundamenta o compromisso de um cuidado humanizado. É necessário mudar a forma como os sujeitos nas instituições de saúde e hospitais se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho que representa a vida, o sofrimento, a dor de um indivíduo fragilizado pela doença (BARAÚNA, 2003).

Portanto, é possível acreditar que a ética, atrelada ao inconformismo com a realidade de saúde vivenciada e a realização de sonhos de um mundo melhor, pode constituir-se no fundamento de um processo de humanização hospitalar, mostrando, com valores humanos, pistas para uma ação profissional que resgate a dignidade do ser humano, seja na condição de paciente, de familiar ou de trabalhador. Assim, é possível concluir que não se pode humanizar o hospital sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à ética (MARTINS, 2003).

3 - A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO DE PESQUISA A PARTIR DAS IDÉIAS E PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE

“Cada relação de um homem com a realidade é um desafio ao qual deve responder de maneira original. A resposta que o homem dá a um desafio não muda só a realidade com a qual se confronta: a resposta muda o próprio homem, cada vez um pouco mais, e sempre de modo diferente. No ato mesmo de responder aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida, o homem se cria, se realiza como sujeito, porque esta resposta exige dele reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação” (FREIRE, 1980, p.37).

O método de Paulo Freire⁷ parte do princípio de que os vários grupos sociais têm em si uma criatividade dinâmica de busca do saber e que são, portanto, capazes de participar do processo de construção de novos conhecimentos, com base nas relações de diálogo e reflexão sobre a realidade concreta.

O processo de construção coletiva e democrática, idealizado por Paulo Freire, conduz os sujeitos investigados – participantes conscientes do processo – a refletir sobre o cotidiano e a compartilhar, com a equipe, experiências, expectativas e, desse modo, comprometer-se com as mudanças relacionais e estruturais de uma instituição. Nesse sentido, propriamente, ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda, quando um sujeito inicia o esforço de desvelamento de sua realidade concreta no coletivo, é preciso que ele se torne sujeito do ato de desvelar (FREIRE, 1987). Assim, todo o pensamento de Paulo Freire tem uma relação direta com a realidade a ser transformada.

3.1 A reflexão dialógica como expressão da subjetividade

Vivemos num mundo onde cada vez mais há incertezas e inquietações. Continuamente, somos bombardeados por questionamentos acerca de como enfrentar as

7 Paulo Freire nasceu em Recife – PE, em 19/09/1921 e faleceu em 1997, com 76 anos de idade. Antes de ser um grande educador, foi um grande sonhador. Um sonhador sensível ao belo, ao inovador e ao afetivo. Seus esforços e suas contribuições possuem reflexo na área político-educacional e institucional a nível nacional e internacional. Como pedagogo, possuía um pensamento educacional vigoroso e lúcido. Seu método objetivou a construção do ser humano como um todo, como um ser global, alfabetizado científico, socializado, livre e feliz. Nesta perspectiva, apresentava uma proposta de superação deste mundo de submissão e silêncio, apontando para um mundo de possibilidades. Continuamente, convida o ser humano a sair do conformismo e aprender que ele próprio é também um fazedor da cultura. Freire destaca-se, principalmente, pela criação do **círculo de cultura**, que se caracteriza pelo diálogo sobre o objeto a ser conhecido e sobre a representação da realidade a ser decodificada. Assim, a crença na força do diálogo é sua ferramenta principal de transformação do ser humano. Paulo freire provocou uma profunda modificação no tipo de relacionamento do ser humano com a realidade. Os seus leitores buscam em suas obras respostas às mais variadas questões emergentes. O pensamento de Paulo Freire tem uma relação direta com a realidade, porque se comprometeu com uma realidade a ser transformada, e não com esquemas burocráticos e/ou políticos (FREIRE, 1980).

incertezas e a problemática do dia-a-dia, principalmente, num campo tão vasto e complexo como o da saúde, que exige do profissional um trabalho consciente e comprometido com a dignidade da pessoa humana

O profissional da saúde, ao refletir sobre as condições de trabalho e o seu modo de agir, insere-se na realidade, de maneira crítica e consciente. No contato concreto com a realidade, o profissional reflete o seu mundo pessoal, mas também o mundo em que está inserido, o que pode significar um processo de ação-reflexão-ação e um permanente re-situar-se na realidade, através de sua práxis. Problematizar o emergente na saúde, a partir de Freire, implica uma reflexão dialógica acerca das intervenções práticas do mundo real para uma transformação no contexto multiprofissional. Entretanto, em tempos de incerteza, o que parece fazer a diferença é a capacidade de reflexão e mobilização coletivas. O profissional chegará a ser sujeito, através da reflexão-ação sobre sua realidade concreta. Assim, quanto mais o profissional reflete sobre a sua realidade subjetiva, mais se torna consciente e capaz de intervir na realidade objetiva e, dessa forma, transformá-la (FREIRE, 1993).

Nesse cenário, a humanização, através da reflexão-ação, pressupõe transpor as situações-limite⁸, nas quais as pessoas são reduzidas ao estado de “coisas”. É preciso entender que não são as situações-limite, em si mesmas, geradoras de desumanização, mas a percepção de que o ser humano tem delas num dado momento, como barreira insuperável. Assim, “para alcançar a meta da humanização, que não se consegue sem o

⁸ “Situações-limite” são as situações que desafiam de tal forma a prática do ser humano que é necessário enfrentá-las e superá-las para prosseguir. Para Freire (1996), elas não devem ser contornadas, mas analisadas, enfrentadas e estudadas em suas múltiplas contradições, sob pena de reaparecerem mais adiante com força dobrada. Não são situações insuperáveis, além das quais nada mais existiria. Logo, caracterizam o possível não experimentado como situação ameaçadora. Não são o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades. Não são as fronteiras entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o ser mais. Ao se separarem do mundo, ao separar sua atividade de si mesmo, ao ter o ponto de decisão de sua atividade em si, em suas relações com o mundo e com os outros, os homens ultrapassam as ‘situações-limite’, que não devem ser tomadas como barreiras insuperáveis (FREIRE, 1987).

desaparecimento da opressão desumanizante, é imprescindível a superação das situações-limite em que a pessoa humana se acha coisificada” (FREIRE, 1987, p.95). A conscientização não consiste no reconhecimento apenas subjetivo da situação; pelo contrário, prepara o homem, no plano da ação, contra os obstáculos à humanização.

A construção da subjetividade se dá, basicamente, através do processo dialógico. O homem se torna sujeito através da reflexão e do diálogo sobre seu ambiente, ou seja, sobre a sua situação concreta, o que lhe permite o seu próprio desenvolvimento. O diálogo não significa somente ouvir o outro, mas também desafiá-lo, problematizando a situação existencial, para uma possível transformação da realidade (FREIRE, 1987).

O diálogo, no entanto, não pode ser caracterizado como um ato passivo ou parcial, já que exige, de certa forma, um entrar sensível no mundo do outro, no mundo histórico e no mundo cultural, para compreender o movimento dinâmico que se estabelece em torno do sujeito. É fundamental compreender e valorizar a dimensão histórica e, ainda, notar que toda cultura, que poderia ser considerada arcaica e primitiva, contém, nela própria, uma mistura de sabedoria, de verdades profundas, de conhecimentos e de erros e superstições. O diálogo com a realidade histórica, entretanto, é pressuposto para um diálogo efetivo com a realidade concreta e uma poderosa força mobilizadora para detectar, problematizar e impulsionar a transformação dessa realidade, através do contexto multiprofissional.

Contudo, a reflexão dialógica só acontece, mediante a experiência da abertura ao mundo e aos outros, à procura de respostas às múltiplas perguntas. Nessa perspectiva, “o sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura, com seu gesto, a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na história” (FREIRE, 1996, p.136).

O diálogo implica uma relação horizontal de pessoa para pessoa, sobre o objeto. Nesse sentido, pressupõe, inicialmente, abertura e desvelamento da realidade pessoal para, depois, estabelecer uma reflexão dialógica no nível coletivo. O diálogo, nesse

cenário, requer um conhecimento prévio da realidade pessoal e profissional; requer encontros efetivos com a subjetividade do outro e pressupõe diminuir a distância entre o sujeito e o objeto, o que somente é possível, mediante o diálogo da realidade concreta. Em suma, o diálogo busca estabelecer um significado coletivo dos diversos valores, crenças, hábitos e problemas que emergem das condições de trabalho. O ato de dialogar questiona, desafia e provoca um novo olhar sobre a situação existencial, sobre os valores, crenças e costumes (FREIRE, 1996).

Os valores, normalmente, apontam o que é importante para nós. Os conflitos, nesse campo, com frequência surgem quando insistimos em afirmar que aquilo que é importante para nós deve também ser importante para o outro. Em cada área profissional, no entanto, existem valores, intenções e interesses diferentes que provocam conflitos e/ou a riqueza do conhecimento; assim, o diálogo diminui a distância entre os diversos saberes. Gadotti (1979, p.13), entende “que o diálogo não pode excluir o conflito, sob a pena de ser um diálogo ingênuo”. Acrescenta, ainda, que não se trata de um diálogo romântico entre sujeito e objeto, mas entre sujeitos para a superação das diferenças e contradições, complementando-se no coletivo.

O diálogo, nesse espaço, pressupõe abertura para o mundo do outro e uma profunda compreensão das semelhanças e diferenças. Qualquer pessoa, que quer expressar a sua subjetividade plenamente, precisa não só ter um ponto de vista claro e consistente, mas também abertura para o mundo do outro (BENNIS, 1996).

Nesse contexto, real e complexo, o ser humano é apresentado como um sujeito histórico, capaz de construir e desconstruir o que historicamente foi firmado como verdadeiro e inquestionável. Mizukami (1986), ao escrever sobre a escola e idéias de Paulo Freire, entende que o profissional se constrói e chega a ser sujeito na medida em que, integrado em seu contexto, reflete e dialoga sobre ele e com ele se compromete, tomando consciência de sua historicidade. Visto desse modo, o ser humano é capaz de

estabelecer um espaço transdisciplinar que compartilha conceitos e cria novas possibilidades de enfrentar a realidade, a partir do todo.

É preciso salientar que, frente à realidade que nos interpela e provoca, continuamente, para um novo modo de ser e estar no mundo, não se pode esquecer que a pessoa humana é portadora de vulnerabilidades e potencialidades, o que significa a presença do outro que, como humano, comunga o mesmo universo existencial e, por conseguinte, coloca-se como solidário diante da dor do outro. Anjos (1987) sustenta que o cultivo da humanidade confere uma mística⁹ para o ser humano e este desenvolve a capacidade de se abrir e estar aberto ao próximo, o que significa trabalhar com a complexidade subjetiva e inacabada do ser humano.

O ser humano, em suma, deve ser entendido como um ser em processo de fazer-se numa teia de múltiplas relações, desenvolvendo seus sentidos, atributos e potenciais no contexto irreversível do espaço-tempo. O diálogo, portanto, é a essência para o desencadeamento de um espaço coletivo, capaz de desenvolver uma atitude de reflexão, comprometida com a humanização na instituição hospitalar, não apenas dos trabalhadores provocados ao diálogo, mas também da instituição hospitalar como um todo e das relações nela construídas.

3.2 O compromisso com a humanização só existe no engajamento com a realidade concreta

Os profissionais da saúde estabelecem uma relação entre si e na interação de todos com a cultura e a realidade concreta; um processo em constante transformação nos níveis

9 Para Boff (2002, p. 155-6) “a mística não assenta sobre o extraordinário, mas é a transfiguração do ordinário”. Logo, místico é aquele que se faz sensível ao outro lado da realidade. É aquele que capta o mistério que se revela e vela em cada ser e em cada evento da história pessoal e coletiva. E o capta porque aprendeu a ser sensível ao invisível aos olhos, mas sensível ao coração atento. Por isso, o místico autêntico não tem segredos a contar ou confidências a fazer. “Ele vê Deus em todas as coisas enquanto está sempre em busca de um deus sempre maior do que aquele que ele já encontrou.

micro e macro, nos quais a dinâmica da vida e da profissão ocorre mediante um processo de reflexão e diálogo na ação e sobre a ação. Ou seja, há um pensar sobre a ação antes, durante e depois de esta ser concretizada. No entanto, é intrínseco ao ser humano o estado de inquietação e de busca incessante de respostas aos desafios emergentes.

Refletindo sobre o cotidiano, Gadotti (1979, p.16) entende que “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir”, o que se traduz em um compromisso para a mudança. A capacidade de atuar, operar, de transformar a realidade, está intimamente relacionada à capacidade de ação e reflexão sobre a prática.

O profissional, inserido no contexto histórico-social, constrói o seu ser e agir, através das relações interpessoais; construindo-se, efetivamente, como sujeito, na relação com os demais profissionais, ou seja, no contato com os diversos saberes. O compromisso emerge enquanto um ato ativo, que se caracteriza pela ação-reflexão-ação sobre a realidade concreta, a partir do contexto multiprofissional.

A fim de que ocorra o comprometimento com a humanização, a realidade não pode ser percebida como objeto pronto, estático e imutável. A realidade, entretanto, deve ser acolhida em sua totalidade e dinamicidade, cujas partes se encontram em permanente interação. A ação não pode incidir apenas sobre as partes isoladas, mas sobre a totalidade para que, de fato, ocorra a transformação, ou seja, a humanização. Não basta refletir sobre uma determinada área, como parte isolada da totalidade, é preciso olhar para o todo e estabelecer um espaço de interação com todos os profissionais da equipe multiprofissional: “É transformando a totalidade que se transformam as partes” (GADOTTI, 1979, p 21). Assim, se o compromisso é realmente com o ser humano concreto, com a causa de sua humanização, ele precisa compreender a realidade em sua profundidade, para nela encontrar soluções e possibilidades de engajamento com a realidade do trabalho e, conseqüentemente, com a realidade subjetiva dos profissionais. O compromisso com a realidade significa um compromisso consciente com a humanização.

Freire, em seu modo singular de apreender a realidade e o sujeito, favorece aos profissionais de hoje, através da ação-reflexão-ação, uma ressignificação dos valores, crenças e princípios que norteiam a ética profissional. Nessa perspectiva, se a mudança ocorre mediante a reflexão e um olhar crítico sobre a realidade concreta e a história, o processo de humanização, também, deve ser analisado a partir de um percurso histórico de conquistas, retrocessos e de significações, principalmente, sobre o campo tecnológico.

O compromisso com a humanização, portanto, nas instituições hospitalares, não deve ser considerado um ato passivo e estável, mas requer um processo permanente e gradual de ação-reflexão e inserção na realidade através do esforço dinâmico e coletivo. Desse modo, o papel do trabalhador social, que optou pela mudança, é estimular o processo de conscientização dos profissionais com quem trabalha, no sentido de valorizar as potencialidades, estimular e provocar novas possibilidades.

O método freireano propõe, a partir da problematização da realidade, uma visão crítica e reflexiva da prática dos profissionais, tendo em vista uma nova práxis. Através de um movimento dinâmico de construção, busca realizar uma proposta de mudança de paradigmas para a conquista de um “novo espaço e/ou um novo pensar”. É preciso compreender que a chave para o futuro está na capacidade de criar uma visão mobilizadora e problematizadora que leve as pessoas a um novo lugar (BENNIS, 1996).

Compreender e analisar a realidade, na ótica freireana, requer do profissional, não apenas conhecimento e inserção, mas, sobretudo, um compromisso com a transformação. Não basta estimular e apontar novos caminhos de ressignificação e valoração da dignidade humana, sem, contudo, libertar a subjetividade do misticismo e da alienação histórica, que escraviza o ser e agir humanos.

Desencadear uma proposta de humanização, a partir dos pressupostos metodológicos de Freire, por consequência, requer dos profissionais o desvelamento da realidade concreta, uma reflexão crítica dialógica das condições de trabalho, interação e mobilização coletiva, bem como apreensão da totalidade, para a compreensão das partes

isoladas. Em suma, pressupõe a superação constante da alienação e do conformismo para a liberação da criatividade, da subjetividade e da conscientização, tendo em vista uma nova percepção da realidade.

Foi nesse cenário de reflexões e inquietações, que encontrei respostas, como sujeito interrogante, a experimentar uma nova prática, sintonizada com as idéias e pressupostos de Paulo Freire que aponta para a problematização da realidade concreta.

3.3 Trajetória metodológica propriamente dita

Um dos fundamentos metodológicos das práticas coletivas de transformação da realidade é orientar-se não segundo um roteiro temático predefinido, mas com base em situações problema à nossa volta (FREIRE, 1987). Assim, quando o problema aflora, surge também a oportunidade de questionamentos, reflexão e a capacidade de transformação.

Os temas geradores¹⁰, isto é, idéias força, inerentes a todo e qualquer processo de mudança são, categorias que refletem o pensar e o agir dos profissionais envolvidos no processo. Sendo assim, alcançar a meta da humanização, neste mundo contraditório e macanizado, só é possível mediante o desaparecimento da opressão desumanizante, o que significa, acima de tudo, a superação das situações-limite em que as pessoas se acham coisificadas e a subjetivação de idéias-força capazes de mobilizar as pessoas para um novo lugar (FREIRE, 1987).

Utilizando situações vivenciais do grupo, Freire delineou seu método de trabalho, baseado em características, tais como: ser ativo, criativo, dialógico e crítico, a partir de

¹⁰ *Temas geradores* são assim chamados porque, qualquer que seja a natureza de sua compreensão, como ação por eles provocada, contêm em si a possibilidade de desdobrar-se em outros temas que, por sua vez, provocam novas reflexões e ações. Os temas geradores, normalmente, se encontram encobertos pelas situações-limite. A inexistência de temas, pelo contrário, sugere o *tema do silêncio* (FREIRE, 1987).

um conteúdo programático próprio e a utilização de técnicas participativas e mobilizadoras capazes de revelar o potencial subjetivo e transformador dos sujeitos envolvidos no processo (MIZUKAMI, 1986). Deste modo, a metodologia freireana conduz os integrantes do processo de forma lenta, mas contínua e dinâmica, a refletir sobre o cotidiano, oportunizando a partilha de suas experiências e expectativas e, no coletivo, crescer, sentir-se valorizado para transformar a realidade, com vistas à humanização.

O desvelamento do universo temático permite descobrir o núcleo de sentido que compõe uma comunicação ou que denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso do dia-a-dia. Assim, a discussão circular que tem como base a reflexão dialógica problematizadora, estabelece uma relação horizontal entre os componentes do grupo, apoiada no diálogo, na confiança, na empatia e no respeito às diferenças. Neste sentido, todos os caminhos de busca são válidos. Entretanto, tudo depende dos sujeitos que estão no centro da busca e do objeto-alvo.

O método freireano baseado na relação dialógica e reflexiva da realidade concreta implica, inicialmente, o levantamento do *universo temático* – conjunto de temas geradores; a escolha de *temas geradores* e a criação de *situações existenciais* na equipe, que serão problematizadas em forma de debate e reflexão crítica. A participação ativa e criativa dos componentes da equipe, na exploração de suas temáticas e a partir de uma operação de distanciamento do objeto, permite uma operação coletiva sobre o objeto, favorecendo o aprofundamento da consciência sobre a realidade concreta.

A pesquisa qualitativa, nesse percurso, foi capaz de responder ao roteiro de investigação temática proposto, de forma dinâmica, original e processual, de modo que todos os sujeitos envolvidos no processo conseguiram ser, ao mesmo tempo, autores e co-autores do processo de humanização. Assim, o método de trabalho, alicerçado em referenciais teórico-metodológicos qualitativos e com características de pesquisa-ação, buscou uma aproximação do sujeito ao objeto concreto e, dessa forma, procurou

descrever e analisar o universo temático, na expectativa de abstrair a sua essência e estabelecer uma dinamicidade no desencadeamento da proposta.

Em suma, todo o processo de investigação, apreensão da realidade, bem como o desencadeamento e a avaliação do processo requerem uma dialogicidade permanente, conhecimento reflexivo e um compromisso com a realidade concreta, o que implica um reconhecimento efetivo do sujeito no objeto e um movimento dinâmico de ida das partes ao todo e uma volta deste às partes. É nessa perspectiva dinâmica e gradual que o processo de humanização, em pauta, encontrou ressonância e sustentação para a conquista de um novo espaço e/ou a continuação de um novo conhecimento no contexto multiprofissional.

3.3.1 Momentos processuais como método dinâmico de construção da proposta de humanização

A construção da proposta de trabalho, ancorada na metodologia freireana fundamentou-se, basicamente, na utilização de relações dialógicas e questões problematizadoras como desencadeadoras das reflexões temáticas no decorrer do processo. Por se tratar de um processo complexo, lento e gradual, tive o cuidado, enquanto animadora da equipe, de assegurar e garantir tempo suficiente para o desenvolvimento de cada etapa processual. Tive, ainda, o cuidado de estimular a utilização de dinâmicas interativas adequadas, textos reflexivos pertinentes à temática e mensagens motivacionais, com o intuito de manter o interesse da equipe.

Assim, o itinerário para o desencadeamento da proposta de trabalho, a partir das idéias e pressupostos de Freire, delineou-se através dos seguintes passos, de modo dinâmico, contínuo e não linear.

1^a) ***Humanizar-se para humanizar***: constitui-se em um processo educativo de tomada de consciência e de modificação de si próprio, a começar pela equipe, tendo em vista sua própria humanização e a humanização do meio à sua volta.

2^a) ***Desvelando o universo temático***: a equipe de humanização, a partir do diálogo, reflexão e partilha de situações vivenciais, idéias e sugestões coletivas, buscou aprofundar e ampliar a temática da humanização a partir da realidade concreta. Assim, a partir da apreensão dos temas geradores e/ou idéias força, a equipe teve a oportunidade de reconhecer sinais que facilitam/dificultam as relações de trabalho no hospital, assim como as capacidades/potencialidades para o estabelecimento de estratégias de mudança no contexto da humanização.

3^a) ***Encontrando estratégias de mudança***: a partir do mundo real problematizado e do diálogo permanente com a realidade, a equipe buscou traçar um plano operacional de ações coletivas de humanização, com a participação e o envolvimento de todos os integrantes do processo, tendo presente que ninguém desvela o mundo ao outro e, ainda, quando um sujeito inicia o esforço de desvelamento de sua realidade concreta, é preciso que estes se tornem sujeitos do ato de desvelar. Sendo assim, a equipe primou por atividades participativas e integradoras para o emergir da subjetividade e criatividade. Desse modo, foram estabelecidos vários eventos de integração, confraternização e construção científica para uma maior compreensão e aprofundamento da temática.

4^a) ***Avaliando os resultados da implantação***: a partir de uma avaliação periódica dos resultados, ou seja, a partir de um estudo sistemático do percurso em discussão, de um seminário avaliativo dos relatórios e de uma abertura permanente para o emergir de novos sinais de humanização e/ou desumanização, a equipe buscou continuamente traçar novas ações e/ou retomar as ações não concretizadas para o efetivo êxito da proposta.

3.3.2 –Aspectos éticos da pesquisa

Para atender os critérios éticos, foram aceitas as recomendações da Resolução no 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos, observando na construção da proposta questões referentes à solicitação de autorização à direção do hospital para a realização da pesquisa (Anexo A); à solicitação de autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Anexo B), a fim de validar a proposta de trabalho e poder divulgar as informações.

Aos participantes do Grupo de Humanização, foram esclarecidos os objetivos e a metodologia proposta, bem como assegurado o seu direito de acesso aos dados. O seu consentimento por escrito (Anexo C), foi solicitado, com o propósito de poderem utilizar as informações, garantindo que a identidade de todos os participantes fosse mantida em sigilo e assegurando a liberdade de qualquer integrante deixar o grupo, se entendesse que seria melhor para si. Foi reforçada, também, a importância de assegurar o respeito às diferenças profissionais, valores, visão de mundo, mesmo que divergentes, assegurando, dessa forma, o direito de cada um expressar-se livremente, porém, com responsabilidade e delicadeza.

4 – DESENCADEANDO O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO - COMO TUDO COMEÇOU -

“O ser humano se descobre numa situação histórica, datada, pessoal, social e ecologicamente definida, sempre junto com outros no mundo, situação face à qual se sente desafiado a tomar posição e a assumir decisões e, destarte, a constituir-se como pessoa. Ele é o único ser da criação que não nasce pronto. Tem que construir e plasmar seu destino interferindo no mundo e se relacionando com os outros. Ao assumir radicalmente essa situação concreta, experimenta de fato quem ele é: um ser mergulhado no mundo e nas várias estruturas e conjunturas, mas também um ser capaz de elevar-se contra elas, de questioná-las, de elaborar alternativas a elas e de fazer opções que o definem definitivamente” (BOFF, 2000, p.33).

Desencadear um processo de humanização, no âmbito hospitalar, não resulta de uma percepção isolada, mas constitui uma síntese de muitas percepções, vivências e combinações reunidas. Resulta, sobretudo, do encontro com a realidade concreta, num vai-e-vem incessante de novas descobertas, questionamentos e respostas para as necessidades emergentes. Processo, portanto, que permite construir e/ou desconstruir representações recebidas da sociedade ou da educação.

Nesse sentido, todo processo de construção científica pressupõe uma experiência *a priori*, feita a partir de um modelo de perguntas previamente colocadas. A objetividade científica inclui, neste processo, necessariamente, a subjetividade humana, as opções sociais e os interesses da coletividade. Logo, é sempre o ser humano que faz a cientificidade, que constrói processos, a partir de interesses bem definidos e através do sentido que confere ao seu trabalho.

Desencadear uma proposta de humanização no cenário da saúde, mesmo com o estímulo e iniciativas governamentais, representa, nos dias atuais, ainda um grande desafio, principalmente, para os administradores. Questionamentos relacionados à forma como desenvolver um programa de humanização institucional, capaz de comprometer a coletividade no sentido de provocar uma mudança cultural, constitui-se na capacidade de mobilizar as pessoas para um grande e longo caminho a ser desvelado gradativamente.

4. 1 Aliando a motivação pessoal ao apoio institucional

A idéia de desenvolver um processo de humanização no ambiente hospitalar surgiu no intuito de realizar uma intervenção teórico-prática no ambiente de trabalho, tendo em vista tanto as discussões e reflexões realizadas em sala de aula, quanto o contato com a realidade concreta. O ser humano, no universo da pesquisa, busca, constantemente, dar uma definição aos fenômenos que observa, analisa e constrói, possibilitando transformar o mundo através da sua inserção na realidade concreta. O ser humano questiona-se,

confronta-se e busca transformar o mundo porque vê sentido nisso, porque se realiza aí, porque consegue expressar dimensões latentes nele (BOFF, 2002).

As dimensões latentes no ser humano, entretanto, nem sempre podem e/ou conseguem ser expressas na prática. Elementos como a acolhida e a flexibilidade frente ao novo, o envolvimento e o apoio dos gestores, o comprometimento social, o clima de trabalho, representam, entre outros, alguns dos fatores que dificultam e/ou favorecem a transformação da cultura, a partir de fenômenos observados e analisados na teoria e na prática, simultaneamente.

No contato com a realidade de trabalho, principalmente no convívio direto com profissionais de diferentes áreas, pude evidenciar, em muitos momentos, relações humanas distantes, uma assistência fragmentada e, muitas vezes, a insensibilidade de profissionais frente à dor e ao sofrimento dos pacientes. O processo de humanização, nesse cenário, necessita transformar-se em *cultura* que em seu sentido amplo, antropológico-descritivo, “é tudo o que o homem cria e recria”, a partir de permanentes relações homem-realidade, homem-estrutura (FREIRE, 1979). Para isso, a cultura necessita fomentar um processo educativo para além da escola formal, pela necessidade de atravessar as instituições com a possibilidade de fazer emergir uma nova atitude social e de interdependência.

No contato com as disciplinas e vivências do Mestrado, mais especificamente durante as discussões, reflexões e provocações em sala de aula, evidenciei a importância do espaço reflexivo-dialógico, como um espaço problematizador, essencial na construção de sujeitos responsáveis e comprometidos institucional e socialmente. Percebi, também, o quanto o ser humano – profissional, inconformado com a sua prática e frente à lógica tecnocientífica e da aparente dicotomia entre trabalho e cuidado, busca respostas cada vez mais humanas e éticas para nortear a sua conduta.

Ainda, tempos depois, em um Congresso de diretores e lideranças hospitalares, participei de uma das palestras sobre humanização hospitalar (SILVA, 2003), na qual

pude sentir e acompanhar, mais especificamente, o movimento que vem sendo realizado em termos de humanização. A proposta defendida envolveu o que o paciente espera do cuidado, como deve ser a comunicação nas relações de trabalho e, também, como gerenciar mudanças no ambiente hospitalar para que visem melhorar o bem-estar dos usuários e trabalhadores. Nas feições dos diretores, pude sentir e visualizar, durante esta palestra, a expressão de olhares apreensivos e desejosos de mudanças, além de um profundo desejo de desenvolver uma proposta de humanização nas instituições de saúde que gerenciam. Sensibilizada, diante deste cenário, encontrei um espaço favorável para poder discutir e fomentar a idéia junto à direção da instituição em que trabalho na possibilidade de construir um processo de humanização no ambiente hospitalar. O clima de acolhimento e reflexão evidenciados na platéia, durante aquele evento, confirmou, também, a expectativa e a relevância da temática, principalmente, em um cenário onde os valores ético-humanos são relegados, com frequência, a um segundo plano. Nesse sentido, mais do que uma motivação ética e de retomada de valores pessoais e culturais, a temática da humanização sugere, no âmbito hospitalar, um espaço coletivo para reflexão crítica e problematizadora da conduta que rege o ser e o fazer dos profissionais, tendo em vista a construção de um fazer e pensar interdisciplinar.

Sensibilizada diante da temática da humanização, entendida como um compromisso social, e frente à importância do desenvolvimento do programa de humanização nas instituições, busquei, a partir da Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS, desencadear um processo de humanização, na perspectiva de contribuir com estratégias¹¹ de mobilização coletiva eficazes para alcançar resultados a curto, médio e longo prazos. Desse modo, apontarei ao longo deste percurso, a possibilidade de uma

11 Estratégia, no contexto da humanização, traduz um conjunto de decisões conscientes e reflexivas, sobre ações a serem desvendadas e empreendidas, sobre os recursos a serem utilizados e que permitem alcançar os objetivos da proposta, tendo em vista as variações ambientais, culturais, econômicas, sociais e tecnológicas (CARAVANTES et al, 1997, p.56).

construção dinâmica e participativa com o estímulo às iniciativas já existentes e um referencial e método teórico-prático consistente, dinâmico e reflexivo para o desenvolvimento e implementação do processo de humanização hospitalar.

Nesse percurso de construção e/ou desconstrução do processo, nem todos os passos aconteceram de forma sistemática. O processo desenvolvido pressupôs, a partir do método freireano, uma práxis reflexiva sobre a realidade em que se vive, de onde surgiu o projeto de ação a ser executado. Logo, é um processo de construção permanente porque a ação, depois de executada, necessita novamente ser refletida, provocando um novo projeto-ação, uma nova reflexão e, assim, sucessivamente.

O caminho, além de altamente desafiador, possibilitou para mim – pesquisadora - o enfrentamento de obscuridades e incertezas, num movimento permanente de ação-reflexão-ação, mas, ao mesmo tempo, uma trajetória pessoal de conquistas. O apoio e a participação efetiva dos gestores, no desencadeamento da proposta de humanização no ambiente hospitalar, representaram, no meu entender, um dos aspectos centrais para o desempenho satisfatório e reconhecido da mesma.

Neste mundo em constantes mudanças, conciliar competência, planejamento, determinação, espírito de equipe e humanização no trabalho requer, dos gestores, um processo de trocas, de redescobertas e estímulo às iniciativas pessoais e coletivas. Construir o futuro pautado em referenciais éticos e humanos pressupõe, por parte dos dirigentes, o envolvimento com as necessidades humanas básicas. Dessa maneira, é preciso consolidar as equipes de trabalho. Sem equipes competentes, desencadear um processo de humanização no nível institucional, se constitui em um sonho irrealizável. Sem equipes competentes e integradas, fica muito difícil avançar projetos (SHINYASHIKI, 2000). Precisamos desenvolver uma nova maneira e um novo jeito de realizar mudanças. Temos de entender que, para transformar os sonhos em realidade, o primeiro passo é saber que sozinho não se consegue chegar a lugar algum.

A ênfase na pessoa humana como uma das mais importantes vantagens competitivas requer dos gestores, o estímulo às iniciativas, proximidade nas relações e flexibilidade para compreender o ser humano em suas inquietações e perspectivas de vida. O administrador, em seu papel de dirigente, passa a exercer, no contexto da humanização, um papel de estimulador e facilitador, de alguém cuja função é desenvolver as pessoas e suas habilidades, tornando-as capazes de realizar por si próprias processos inovadores e, desta forma, provocar mudanças estruturais e culturais (CARAVANTES et al, 1997).

O gerenciamento inteligente dos recursos humanos, portanto, requer dos dirigentes, um estilo de administração dinâmico, aberto e democrático, que cria oportunidades, libera potencialidades, encoraja iniciativas e promove o desenvolvimento pessoal e profissional, através da orientação quanto aos objetivos a serem alcançados (CHIAVENATO, 1992). Deste modo, a administração necessita propor mudanças baseadas nos valores humanos e sociais.

Em suma, por mais benefícios que um programa de humanização possa trazer a uma instituição, se não contar com a motivação pessoal e o apoio institucional, estará, facilmente, fadado ao insucesso. A Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS - ao estabelecer, como um dos critérios, a sensibilização e participação dos gestores na construção e desencadeamento do processo, já previu que, sem o seu envolvimento e da coletividade, dificilmente seria possível forjar mudanças, mais especificamente, às relacionadas à cultura organizacional.

4. 2 Opção pelo local e caracterização da Instituição

O trabalho foi desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, localizada no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul, onde sou funcionária. Isso só foi possível devido ao apoio que me foi conferido, pela administração e direção do hospital. A Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, fundada em 1847, presta serviços de saúde à

comunidade local e regional, recebendo pacientes de toda Região Sul do Estado. Trata-se de um hospital geral de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, com mais de 70% de seus leitos destinados aos usuários do SUS. Tem por missão, “prestar assistência de excelência e referência na área da saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida para a população da Região Sul do Rio Grande do Sul, através da utilização dos recursos disponíveis na atual infra-estrutura e, através do compromisso de atualizar as tecnologias, para suprir as mudanças sociais, garantindo a continuidade no desenvolvimento da instituição”. Os princípios para o cumprimento da missão primam por: “- respeitar o ser humano e seus direitos; - seriedade e qualidade na prestação dos serviços ao paciente; - garantir a privacidade do paciente e o sigilo profissional; - reconhecer os recursos humanos como fator gerador de qualidade; - valorização do corpo clínico; - vanguarda tecnológica; - preservar e reinvestir no patrimônio” (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PELOTAS, 2004).

O hospital caracteriza-se como instituição de grande porte e possui um total de 380 leitos, distribuídos nas seguintes unidades de internação: Clínica Médica, Cirúrgica, Obstetrícia, Pediátrica, Berçário, UTI geral e UTI coronariana, apresentando em sua estrutura, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, ampla área destinada ao atendimento ambulatorial e de serviços diagnósticos. Possui, ainda, Banco de Leite Humano; Alojamento Conjunto; Projeto Hospital Amigo da Criança; Serviços Diagnósticos Avançados; entre outros. Além destes, a instituição conta com serviços de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH; Comitê de Ética em Pesquisa; Grupo de Humanização; Equipe de Transplante; Equipe de Suporte Nutricional, entre outros. É considerado um hospital de referência nos Serviços Diagnósticos de alta complexidade como: Cirurgias Cardíacas e Cirurgias Bariátricas.

A Santa Casa representa um sistema integrado de subsistemas interdependentes, com intercâmbio entre os respectivos elementos, clima, cultura, estrutura e sistemas administrativos. Para favorecer o desenvolvimento organizacional e pessoal, a instituição busca, constantemente, além do aprimoramento estritamente técnico, desenvolver a

competência profissional e interpessoal, facilitando, dessa forma, o dinamismo organizacional, no tocante à revisão da estrutura, seu funcionamento e seu relacionamento com o ambiente externo (KANAANE, 1994).

A instituição possui, no seu quadro profissional, mais de 800 funcionários, distribuídos na área administrativa, assistencial e de apoio. Primando pela qualidade da assistência, continuamente são estimuladas, pela administração do hospital, formas de atualização e qualificação dos profissionais, tendo em vista que o dia-a-dia de trabalho traz consigo contradições e ameaças competitivas à integridade, individual e grupal, com reflexos diretos e indiretos no ambiente institucional. Assim, o equilíbrio organizacional depende do equilíbrio e qualificação dos indivíduos e das relações estabelecidas entre esses e as organizações (KANAANE, 1994).

O Organograma Institucional (Figura 1) representa o grau de complexidade operacional, cuja sistemática visa à integração e interdependência dos setores. A constante interação entre os diversos setores, portanto, determina a complexidade e a flexibilidade percebidas nas relações e condições de trabalho.

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL

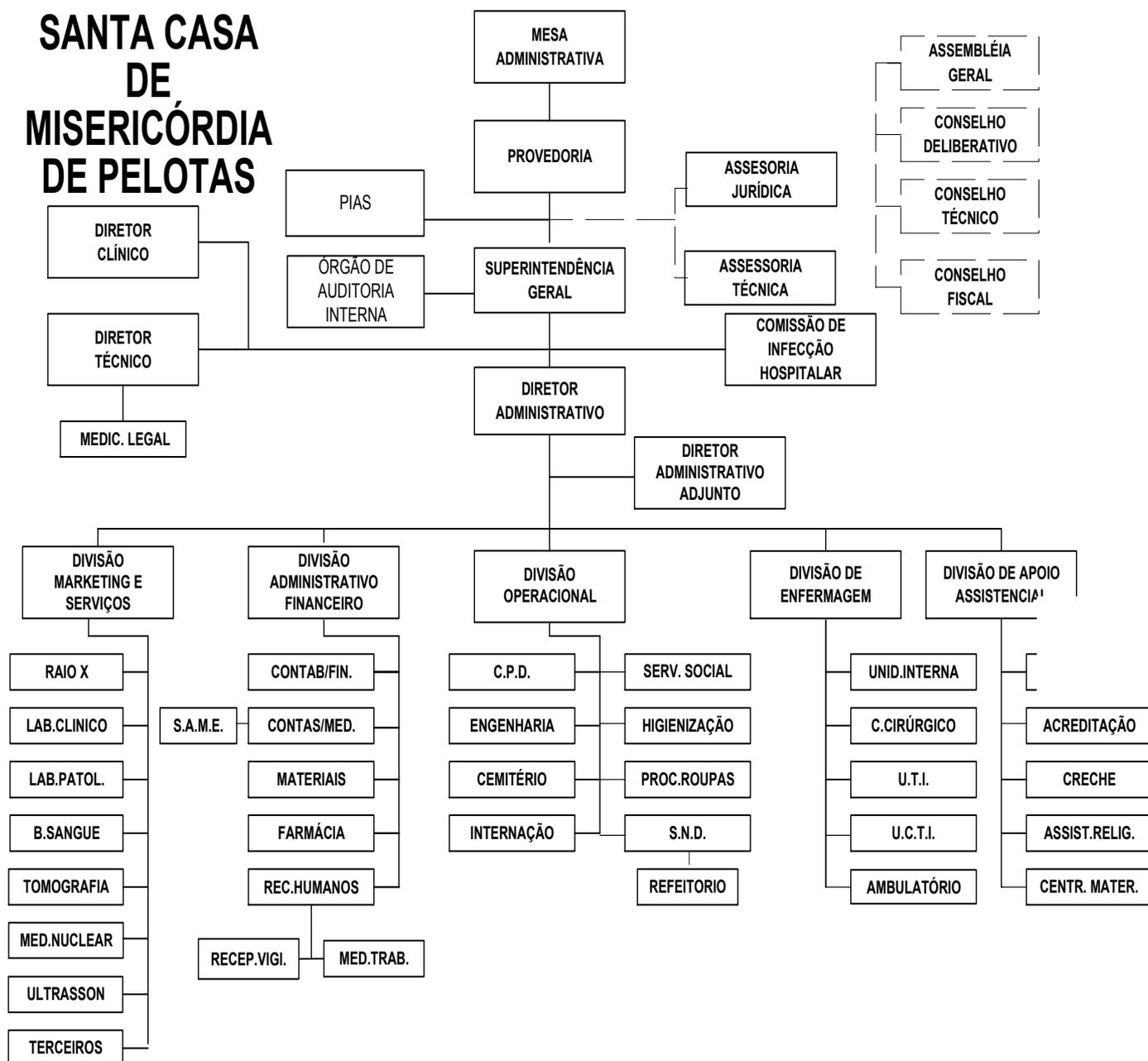


Figura 1 - Representação Gráfica do Organograma Institucional da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas RS.

4.3 A formação do Grupo de Humanização

A constituição do Grupo de Humanização objetivou, inicialmente, criar condições no espaço coletivo, para uma reflexão dialógico-reflexiva, com vistas à problematização da realidade concreta no âmbito hospitalar voltada, tanto à assistência do usuário, como e, principalmente, às condições e relações de trabalho dos profissionais. A proposta foi desenvolvida no/a partir do grupo, tendo em vista que a mudança é possível e viável, à medida que se consegue ler o mundo que se deseja transformar para além das diferenças profissionais.

A escolha dos componentes do Grupo de Humanização se deu através de um convite pessoal da autora, de modo que viesse a participar do grupo, pelo menos, um profissional de cada serviço/área da instituição. A seleção intencional foi o método adotado, por permitir a escolha de profissionais, para os quais se entendia que às palavras tem vida porque dizem respeito ao seu trabalho, aos seus desejos, as suas inquietações e/ou que exercessem algum tipo de liderança¹² nos diferentes setores, não uma liderança qualquer mas uma potencial liderança comprometida e centrada no ser humano, capaz de encorajar a participação dos profissionais nas decisões e que se preocupasse mais com as metas do que com os métodos (CHIAVENATO, 1992). Desse modo, o grupo foi formado por dezoito profissionais da equipe interdisciplinar¹³, sendo que, dentre estes, um dos profissionais procurou o grupo por iniciativa própria. Demonstrando grande satisfação

12 Ser líder, neste contexto, não significa necessariamente ser chefe, como de fato, nem todos os integrantes do grupo ocupavam a função de chefia. Líderes, portanto, são pessoas comuns, mas que entre os comuns, tornam-se pessoas diferentes pela sua maneira de pensar, gerir, focalizar o futuro, inspirar pessoas a mudar, a correr riscos e a relacionar-se com a equipe. Deste modo, não basta mais ter bons chefes, necessitamos sim, de chefes que sejam bons líderes e voltados para a gestão de pessoas (BACKES, 2004).

13 A interdisciplinaridade surge da análise da prática concreta e da experiência vivida do grupo de reflexão. O objetivo fundamental da interdisciplinaridade é experimentar a vivência de uma realidade global que se inscreve nas experiências cotidianas. Articula saber, conhecimento, vivência e se traduz na prática através de um trabalho coletivo e solidário (GADOTTI, 1996).

pela existência do grupo de humanização, este profissional solicitou permissão para integrá-lo, alegando ter vivenciado uma experiência muito traumatizante, durante a sua internação hospitalar e que, por este motivo, sentia-se compromissado em contribuir na construção da proposta.

Também, vários outros profissionais pertencentes à instituição ou não, como uma docente do curso de Medicina de uma Universidade de Pelotas, manifestaram o desejo de integrar o grupo, contudo, tornou-se inviável a integração de novos participantes pelo número já considerado elevado. No entanto, para atender às solicitações, optamos pela integração de dois profissionais, não efetivos, em cada encontro. Assim, o grupo foi constituído por: 1-profissional da creche, 1-profissional da portaria e internação, 1-profissional dos Serviços Diagnósticos, 3-enfermeiros, 3-médicos, 1-nutricionista, 1-farmacêutico, 1-contador, 1-assistente social, 1-eletricista, 2-economistas domésticas 1-técnico de enfermagem e 1-administrador.

O número de três profissionais do quadro de enfermagem se justifica, nesse grupo, pela diversidade e complexidade dos setores em que esses profissionais atuam, assim como, a sua representatividade no quadro funcional geral da instituição. Da mesma forma, o número de três médicos se atribui ao elevado número de profissionais pertencentes ao corpo clínico e à adesão voluntária de um dos profissionais. O número de duas economistas domésticas se atribui às diferentes funções que essas profissionais desempenham na instituição, seja no serviço de higienização e hotelaria, seja no serviço da lavanderia.

O número elevado de pessoas na formação de grupos parece, de certa forma, contradizer os argumentos de Siqueira (1998, p.68), quando enfatiza que: “um grupo com grande número de participantes limita as inter-relações, restringindo, assim, as oportunidades dos membros participarem e (...) muitas vezes, os integrantes perdem a motivação, porque as suas opiniões nem sempre são apreciadas e discutidas pelo grupo”. Estes argumentos, portanto, não encontraram ressonância no presente trabalho de grupo que, mesmo com um número de pessoas considerado elevado, não restringiu a

participação dos profissionais como também não inibiu a sua motivação nem comprometeu a realização das atividades. A proposta parece ter sido assumida e internalizada por todos os integrantes com responsabilidade e espírito de equipe, evidenciado no número de participantes a cada encontro, geralmente, em torno de quinze.

A construção de um espaço dialógico-reflexivo coletivo, representado no e através do grupo, constituiu-se num desafio crescente. Aproximar idéias, compreender diferenças, superar barreiras e valorizar o modo de ser e atuar de cada profissional representou, aparentemente, para cada um dos integrantes, o resgate de valores, tais como a flexibilidade, o respeito, o espírito de equipe e abertura para o novo. Neste sentido, o grupo pode ser representado como um espaço, onde os profissionais se reúnem para discutir e propor mudanças sobre sua prática: seu trabalho, a realidade relacional e a realidade social, substituindo, deste modo, a escola tradicional e conservadora (GADOTTI, 1996).

A criação desse espaço, a partir das idéias de Freire, pressupôs o diálogo como alternativa de democratização da cultura e uma relação de unidade de contrários não-antagônicos, mas que implica uma relação horizontal de pessoa a pessoa sobre determinado objeto. A criação do grupo se constituiu, neste sentido, uma importante estratégia de transformação, principalmente, por acreditar que o método freireano requer centralidade no reconhecimento e valorização do potencial humano para a liberação da criatividade e liberdade de construção e transformação da realidade.

Entendida como um processo cultural, a humanização pressupôs uma liderança democrática e participativa, capaz de construir no grupo estratégias de enfrentamento e superação dos sinais que desagregam e fragmentam a assistência (FREIRE, 1996). Ser líder, portanto, requer sensibilidade, ousadia, persistência, empreendimento e consciência de oportunidades; é ter noção de momento e de medida, é saber a ocasião certa de agir, de intervir ou permanecer calado (CHIAPPIN, 1998).

O líder, se valorizado e reconhecido nas diferenças e/ou resistências, facilita as interações pessoais e coletivas, formando, desse modo, um espírito de equipe¹⁴. É capaz de contribuir significativamente no alcance de objetivos comuns, pela sua capacidade de reconhecer o valor das pessoas, por confiar e valorizar as relações pessoais próximas e afetivas, por compartilhar informações e por entender que toda e qualquer mudança pressupõe uma construção coletiva, dinâmica e participativa.

O líder tem de ser um pensador e um motivador da equipe. Para ser eficaz na tarefa, não basta envolver os outros em sua visão e realização, mas precisa inspirar a noção de compromisso e responsabilidade, o que somente é possível quando inspirar confiança. O líder precisa estar, constantemente, em sintonia com a realidade, com as pessoas e com os fatos, para inspirar, orientar, facilitar e educar conscientemente (BRANDEN, 1999).

Cada membro da equipe, enquanto líder e multiplicador do processo de mudanças, deve empenhar-se em estabelecer um diálogo horizontal com a coletividade, baseado no respeito às diferenças, na atitude de escuta às suas urgências e opções, na tolerância para conviver com as resistências que a própria cultura impõe e na capacidade para compreender e acolher aquilo que não pode ser transformado. Deste modo, somente homens e mulheres, como seres abertos, dinâmicos e ousados, são capazes de realizar a complexa operação de, simultaneamente, transformando o mundo através da sua ação, captar a realidade e expressá-la, por meio de sua linguagem criadora e reflexiva (GADOTTI, 1996).

14 Buscarei, a partir deste momento, utilizar a terminologia *Equipe* ao invés de *Grupo*, por compreender apenas grupo com o significado de encontros de um número determinado de pessoas que compõem uma relação de trabalho e lutam por um objetivo comum. A equipe, por sua vez, inclui uma relação mais profunda e efetiva que envolve vivência, diálogo, empatia, compreensão e vínculo afetivo, o que se tornou uma realidade no “grupo” de humanização. A equipe, portanto, é dinâmica, criativa, comemora as vitórias, porém consegue conviver e aceitar com tranquilidade os fracassos. O que parece ser fundamental na relação de equipe é a oportunidade de manifestação e de partilha, o que proporciona maior satisfação, coesão e motivação para o alcance dos objetivos coletivos (BACKES, 2004).

Freire, através do seu modo de comprometer as pessoas, deu mostras de um grande exemplo de liderança. Primeiro, porque defendia ardorosamente as suas opiniões e sabia trabalhar em equipe. Segundo, porque tinha autoridade, mas exercia-a de forma democrática. Entusiasmava-se com pequenos avanços, porém sonhava com grandes conquistas. Nesse sentido, foi um grande educador humanista, porque foi um grande líder democrático. Logo, Freire ressalta o papel da liderança carismática e/ou de líderes democráticos e políticos no processo de educação e transformação da realidade (GADOTTI, 1996).

O líder, no contexto da humanização, é continuamente interpelado a desempenhar uma prática educativa e de intervenção na realidade concreta, visto que a tarefa educativa não é privilégio exclusivo dos profissionais reconhecidos pelo sistema, mas de todos aqueles que buscam modificar o sistema formal de ensino, na perspectiva do diálogo, da conscientização e da problematização de situações concretas.

Desse modo, a construção dialógica, no contexto da humanização, objetivou fomentar e investigar o universo temático, ou seja, o pensar dos profissionais em relação à realidade concreta. Assim, como pesquisadora, procurei ser uma presença animadora/motivadora no grupo e, ao mesmo tempo, um sujeito como os demais, para entender, acolher e valorizar as potencialidades da equipe e estimular a busca do novo, através da ação-reflexão-ação. A reflexão, neste cenário, buscou resgatar a centralidade do sentimento humano que permeia o agir profissional, ou seja, é imprescindível resgatar a ternura, a compaixão e o cuidado, como sentimentos verdadeiramente humanos, para desencadear um processo de humanização, a partir da equipe (BOFF, 1999).

Os encontros grupais foram realizados no ambiente hospitalar a cada quatorze dias, nas sextas-feiras à tarde, com a duração de, aproximadamente, oitenta minutos. Todos os encontros foram realizados no período que compreende a jornada de trabalho para os profissionais pertencentes ao quadro funcional e, para os demais, como no caso dos médicos, conforme agendamento prévio. A escolha do dia e horário para os encontros

atendeu à solicitação, principalmente, dos profissionais médicos que, às sextas-feiras à tarde, não possuíam atendimento nos consultórios. No decorrer do percurso, mais especificamente, na transcrição dos fatos, vivências e /ou evidências, para assegurar a privacidade dos profissionais, as falas dos integrantes da equipe de humanização foram caracterizadas através da letra “E” e um número correspondente a cada profissional, os profissionais, através da letra “P”, e os demais trabalhadores da instituição foram identificados através da letra “T”.

Para dar maior visibilidade à trajetória percorrida, ilustrarei na (figura 2) a configuração gráfica da Construção do Processo de Humanização, no qual se destacam eventos que não acontecem de forma estanque, mas de modo processual e dinâmico.

5 - O GRUPO DE HUMANIZAÇÃO SE CONSTITUINDO COMO EQUIPE

“Dentro do processo de organizar, primeiro temos a educação fazendo parte da natureza de organizar. O que eu quero dizer é que é impossível organizar sem educar e sem ser educado pelo próprio processo de organizar. Em segundo lugar, podemos aproveitar o processo de organizar para desenvolver um processo muito especial de educação(...) quando estamos tentando organizar, é claro que temos de tentar mobilizar, porque a mobilização e a organização andam juntas. Mas no processo de mobilizar e organizar descobrimos também, como em qualquer tipo de ação ou prática, que temos que nos tornar cada vez mais eficientes. Se você não estiver tentando ser eficiente ao organizar oficinas, as pessoas não responderão quando você as convidar no ano seguinte” (FREIRE, 2003, p. 130).

No mundo complexo e fragmentado em que vivemos, torna-se cada vez mais difícil visualizar e encontrar estratégias de ação e enfrentamento coletivos para a resolução de problemas no contexto particular e institucional. O grande desafio, nesse sentido, está em construir elementos de reflexão e vislumbrar estratégias de intervenção capazes de resgatar atitudes básicas como o diálogo, para construir uma sociedade mais participativa e democrática. Para isso, entretanto, é preciso agregar forças, harmonizar diferenças e compreender divergências no espaço coletivo, mais especificamente no espaço multiprofissional. Deste modo, foi fundamental que ocorresse um processo interativo e co-participado de criação, primeiramente, na própria equipe e a seguir, extensivo à coletividade. Foi fundamental, também, que os integrantes da equipe conhecessem suas potencialidades e fragilidades, que reconhecessem a importância do trabalho em equipe e que soubessem valorizar as conquistas coletivas.

5. 1 O ser humano – um ser de relações dialógicas

Com certeza, muitos já devem ter-se perguntado o porquê de um grupo e/ou equipe de humanização para desencadear um processo de humanização hospitalar. Não bastaria uma normatização administrativa para orientar o programa e/ou a política de humanização?

Uma normatização administrativa, sem o envolvimento e o comprometimento do trabalho de equipes, dificilmente dará conta de uma proposta como a da humanização. Humanizar, muito mais do que normatizar e estabelecer padrões e protocolos institucionais requerem um processo educacional e cultural, no sentido de promover uma mudança na percepção da realidade, que não pode se dar em nível intelectual, mas na ação e reflexão, o que pressupõe do ser humano um dialogo permanente e “compromissado com a sua realidade, da qual, porque é sujeito, não deve ser simples espectador, mas deve intervir cada vez mais” (FREIRE, 1979, p.61).

Freire, através do seu método de trabalho, insere-nos em um contexto cultural e democrático no qual o valor do coletivo e a noção de equipe constituem o eixo central para qualquer processo de mudança. Desse modo, mostra-se pertinente à assertiva de um integrante da equipe ao referir que “*devemos trabalhar com a questão da humanização, mas, antes, precisamos aprender a trabalhar em equipe*” (E1). O programa de humanização, portanto, necessita ser entendido como um processo de equipe que tem, na sua essência, o ser humano como um ser de relações, e o diálogo como seu componente motivacional, pois “*é importante a representação de todos os setores na equipe. É preciso que tenhamos a mesma visão*” (E3). Logo, é na equipe que se dá o conhecimento global da realidade e a consolidação de uma participação efetiva, da mudança de percepção de uma realidade distorcida e o enfrentamento das contradições e distorções relacionais inerentes ao ser humano.

Constituir uma equipe não significa, apenas, agregar e somar funções para o alcance de um objetivo comum como o da humanização, mas significa aliar competências, compreender divergências e estabelecer um processo relacional integrador e problematizador, capaz de resgatar os sentimentos verdadeiramente humanos. A integração, neste sentido, não representa uma simples adaptação, acomodação ou ajustamento das diferenças profissionais, o que caracterizaria um sintoma de desumanização, mas implica que tanto a visão de si mesmo como a do mundo não podem absolutizar-se, ou seja, o debate das idéias, o desenvolvimento da capacidade criadora e a consciência crítica são elementos fundamentais para estabelecer o verdadeiro vínculo de interdependência e/ou de equipe (FREIRE, 1996).

A criação das *equipes de humanização*, na maioria das vezes, tem por objetivo auxiliar na mobilização de recursos subjetivos para melhor lidar com o cotidiano do trabalho. Faiman (2003) refere-se a *núcleos de humanização*, ao invés de grupos, por entender que o núcleo favorece a explicitação, a comunicação e a reflexão sobre as situações do cotidiano. O *Círculo de Cultura*, adotado por Freire, denomina um espaço democrático e participativo, onde predominam as relações de diálogo e escuta

(GADOTTI, 1996). Não importa, porém, nesse contexto, a terminologia que queiramos adotar, importa, sim, a conotação e a ênfase ao processo como proposta de construção dinâmica e participativa.

A implantação de núcleos, círculos e/ou equipes de humanização nas instituições de saúde possibilita a criação de um espaço para a discussão, reflexão e elaboração de possíveis intervenções na prática para atender as necessidades diárias dos profissionais. É preciso, no entanto, criar espaços comuns de diálogo, nos quais ocorra o respeito às diferenças e a promoção de equipes interdisciplinares. Espaços, portanto, que permitam a troca e a elaboração das vivências afetivas inerentes às profissões que lidam com o sofrimento humano (FAIMAN et al, 2003).

O ser humano é um ser de relações no mundo e com os outros; desse modo, abre-se ao desconhecido, às aventuras, a correr o mundo para transformá-lo. Consoante a essa idéia, uma das integrantes da equipe lembrou: *“a gente, que possui um cargo de chefia, nem sempre consegue lidar com os diferentes comportamentos (...) para mim, fez muito bem entrar neste grupo”* (E8). Transformando-se a si próprio, o ser humano assume a condição de ser protagonista, porque já não se satisfaz em assistir, mas quer participar, partilhar, construir (FREIRE, 1985). Logo, reveste-se de suma importância a criação de um espaço coletivo para a partilha, a convivência e o vínculo afetivo, buscando, dessa maneira, proporcionar um repensar da postura profissional.

Para atender aos princípios do método freireano, os encontros da equipe de humanização se constituíram, essencialmente, em um espaço de partilha, convivência e crescimento. No intuito de tornar os encontros ainda mais dinâmicos, atrativos e participativos, seus integrantes foram convidados e estimulados a trazer uma dinâmica interativa, uma mensagem, um exercício prático e/ou outras técnicas que contribuíssem à reflexão e integração dos participantes.

A fim de despertar e aprofundar as relações interpessoais, a partir do estreitamento dos laços humanos entre os integrantes da equipe e na expectativa de minimizar as

diferenças profissionais, sociais e culturais, estimulou-se, no final de cada encontro, o gesto do abraço¹⁵ como forma expressiva de comunicação e afeto, assim como, o fortalecimento de sentimentos de solidariedade, de respeito e de compreensão, considerados, no contexto da humanização, fundamentais para o despertar da sensibilidade humana de uns para com os outros. O abraço emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros, porque não existimos, coexistimos e convivemos com as realidades mais adversas. Dessa forma, é um sentimento que perpassa e capacita as relações humanas. Contudo, perdeu-se, em parte, a visão do ser humano como um ser-de-relações ilimitado, ser de criatividade, de ternura, de cuidado. Para tanto, mostra-se pertinente a assertiva de Boff (1999), quando enfatiza que é imprescindível, no contexto da humanização, construir o mundo pessoal e coletivo a partir de laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. O abraço é um desses atos que revela a capacidade do ser humano de emocionar-se, de envolver-se e comprometer-se afetivamente, qualidades, portanto, indispensáveis para a conquista de um novo espaço.

O abraço, entretanto, não se limitou à equipe de humanização. Desse modo, foi criado e incentivado o dia do abraço no hospital, dia dezessete de cada mês, com divulgação prévia no intuito de estreitar os vínculos humanos e profissionais entre os diversos setores.

A data foi escolhida aleatoriamente pela equipe, e a idéia foi bem aceita por todos, sendo que a mobilização da proposta se deu de forma espontânea e voluntária entre os trabalhadores, inclusive, pacientes. Inicialmente, chamaram a atenção da equipe as diferentes expressões e respostas ao abraço. Enquanto alguns demonstraram estranheza, outros demonstraram reconhecimento e calor humano e, ainda outros, diziam: *“Um abraço! Mas, hoje não é o meu aniversário?”* Ou então: *“Mas... que dia é hoje?”*

15 Para Freire, o abraço de amigo não é um abraço estereotipado ou um cumprimento formal. Não há nenhuma dissimulação, já que não tem porque esconder, aos seus irmãos, seu genuíno e autêntico rosto. Para comunicar-se não precisava usar a linguagem verbal, O fazia através de todo o seu corpo, ou seja, através de seu rosto, de seus gestos, de seus olhos, do tom de sua voz e, até mesmo, através do silêncio (GADOTTI, 1996).

O dia do abraço, portanto, mesmo sendo um dia qualquer, buscou dar um sentido especial para cada ser humano, no seu mundo de relações.

Também foi lançada a idéia do abraço à Santa Casa, em comemoração ao seu 157^o aniversário, com o intuito de integrar a comunidade interna e comunidade externa para fortificar, desse modo, os laços de afeto, mesmo que não representasse uma data jubilar. O gesto se revestiu de intensa emoção e alegria. O evento surpreendeu a todos, principalmente pelo número de participantes que, entre funcionários, dirigentes, médicos, familiares, fornecedores e comunidade em geral, somaram, aproximadamente 700 pessoas. Esta solenidade contou com a mobilização de todos os profissionais. Ao serem questionados, no dia seguinte, sobre o que sentiram no momento do abraço, alguns profissionais verbalizaram: *“No momento do abraço senti um forte tremor”*; *“Eu senti uma emoção muito forte, que não consigo expressar em palavras”*; *“No momento, lembrei! Quantas pessoas nasceram, viveram as suas vidas e depois morreram neste hospital?”*; *“Eu senti uma forte vontade de chorar”*; *“Eu senti um forte espírito de integração e família”*. *“Para mim, foi só emoção ao ver a integração entre pacientes, funcionários, médicos, familiares, acompanhantes, catadores de lixo e tantas outras pessoas que compartilham desta casa”*; *“Hoje, o meu sonho se concretizou – dar um abraço na Santa Casa”*; *“Durante o abraço, pensei o que faz com que a Santa Casa se mantenha viva e atuante até hoje, quando tantos outros hospitais já fecharam as portas”*?

A humanização, nesse contexto, encontra uma resposta em Silva (2002, p.88) quando diz que precisamos “viver a vida com a compreensão de que cada dia é único, não guardando nada para uma ocasião especial”. Todo dia, de fato, é uma ocasião especial. Deste modo, as relações humanas são especiais e possibilitam compreender a força que há num toque, num abraço e num gesto de acolhida. Para tornar as relações humanas especiais, entretanto, bastam pequenos reconhecimentos, pequenos gestos e, muitas vezes, pequenas relações de cuidado. O ser humano é, portanto, um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, constitui-se em uma característica singular do ser humano (BOFF, 1999). O abraço, nesse

aspecto, possui um sentido de vínculo, de cuidado. O abraço na Santa Casa, em síntese, superou as barreiras físicas, culturais, profissionais, sociais e históricas e atingiu um nível mais profundo de pertença e compromisso.

Assim, entendo, que é preciso ter presente o fator humano como fonte de relação, reflexão, ação e humanização. Iniciar o processo de humanização na instituição, a partir da sensibilização dos profissionais e gestão, representou, para mim, pesquisadora, um grande desafio e ao mesmo tempo, uma grande meta para a equipe de humanização: *“É preciso amadurecer e sensibilizar os integrantes do grupo, antes de multiplicar o trabalho para a coletividade”* (E5). Sensibilizar a equipe internamente, criar vínculos de coesão e convicção entre os integrantes e criar uma relação de respeito consigo mesmo e com o outro, ou seja, humanizar as relações entre os integrantes da própria equipe, se constituiu em um pressuposto para mobilizar a coletividade e, deste modo, problematizar e transformar a cultura organizacional: *“Precisamos respeitar os nossos limites, não podemos criticar o outro, sem antes mostrar o que pode ser diferente”* (E6).

O processo de humanização passa essencialmente pela percepção do ser humano em todas as suas dimensões e inter-relações. Os laços afetivos tornam as pessoas e as situações preciosas, humanas e portadoras de valores éticos e humanos: *“Temos, muitas vezes, receio de demonstrar um gesto de afeto. Pequenos gestos são significativos, quando realizados com o coração”* (E7). Contudo, é preciso criar um espaço para a expressão de sentimentos, porque é na sua manifestação que o ser humano se torna sensível ao que está à sua volta. Corroborando a idéia, Boff (1999), lembra que é o sentimento humano que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas e suscita abertura e acolhimento do diferente.

Enquanto as empresas modernas investem altamente nas pessoas que nelas trabalham, como fonte real de qualificação e acreditação para a conquista de um novo espaço no mercado competitivo, o programa de humanização investe nas pessoas enquanto sujeitos e co-partícipes da construção de uma nova cultura, permeada pelas

relações humanas e éticas. Nesse sentido, *“O grupo de humanização está trabalhando para melhorar as relações entre os funcionários, através de medidas simples, visando, desta forma, melhorar a assistência aos pacientes”* (E8). Ressalto aqui, novamente, a importância da mobilização através e a partir da equipe como um espaço participativo de construção. Portanto, é fundamental para desenvolver um processo de humanização dinâmico, aberto e democrático, que cria oportunidades, libera potencialidades, remove obstáculos, encoraja iniciativas e promove um processo educativo de transformação.

O ser humano, neste mundo conturbado, requer ser compreendido enquanto um ser de participação, um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais. Um ser que, de acordo com Boff (1999), tem a habilidade de dialogar com as diferentes realidades do mundo para transformá-las e se descobrir como um ser-no-mundo-com-outros, sempre se relacionando, construindo seu habitat, ocupando-se com as coisas e preocupando-se com as pessoas.

5. 2 A equipe trabalhando os significados de humanização

Já no primeiro encontro, quando solicitados a realizar um desenho sobre o significado de humanização, os integrantes da equipe de humanização ilustraram, como idéias mais expressivas, o diálogo, o trabalho em equipe, a busca de objetivos coletivos, relações humanas horizontais e o respeito pelo ser humano como razão de ser e existir de um hospital. A idéia de humanização, após muita reflexão e partilha, foi sintetizada na seguinte frase: *“a humanização está fundamentada em atitudes solidárias, atitudes que sejam capazes de ver o outro como ser humano, assim como a nós mesmos”* (E9).

No contato inicial com a temática, chamaram atenção os significados que foram atribuídos à humanização que, por sua vez, estão relacionados mais diretamente a um sistema de valores humanos e éticos nas relações e condições de trabalho. Os profissionais não fizeram alusão à tecnologia, à estrutura física e/ou outras iniciativas, o

que mostra o seu reconhecimento de programas de humanização voltados, inicialmente, para o clima institucional interno.

Partindo para uma reflexão mais aprofundada do significado de humanização, busquei, a partir de referenciais bibliográficos (BETTINELLI, 2003; LEPARGNEUR, 2003; SILVA, 1990; BETTINELLI et al, 2003 e BARAÚNA, 2003), o conceito de diferentes autores, a fim de provocar uma reflexão crítica e proporcionar maior instrumentalização acerca da temática, além de ressaltar a importância do programa de humanização nas instituições. Os conceitos de humanização que melhor caracterizaram e identificaram a filosofia e a metodologia da proposta de trabalho são descritas a seguir.

Conceito 1 - *“Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas a capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida” (BETTINELLI, 2003, p. 232).*

Na história humana, através de relações no/com o mundo concreto, o ser humano, como pessoa individual e social, possui nas mãos o seu próprio destino. Sendo artífice e colaborador na construção do seu próprio mundo, cabe a ele, também, contribuir ativa e conscientemente na construção e transformação do mundo à sua volta. Nesse sentido, a *“humanização significa solidariedade e um interessar-se pelo outro” (E5).*

Analisar e compreender o mundo pessoal como pressuposto para compreender e transformar o mundo que nos cerca requer, acima de tudo, uma reflexão acerca de quem é o ser humano, que valores o definem como um ser de relações, que relações constituem os seres humanos entre si e com o universo, que atributos e potenciais o definem e, ainda, qual o papel da humanização neste contexto complexo e evolutivo da espécie humana, ou seja, para onde tende a sua caminhada evolutiva? Contudo, é imprescindível reconhecer e desvendar o ser humano como um ser incompleto e inacabado, em permanente construção

e, ainda, é preciso ter presente sua inserção num processo histórico e cultural, sujeito a constantes e permanentes transformações.

A realidade humana é, por natureza, dinâmica e complexa. É nesse movimento dinâmico e complexo que se encontra a dicotomia entre o trabalho e o cuidado. Contudo, se todos os indivíduos agissem da mesma forma, não haveria conflitos, nem contradições, mas também não haveria movimento e nem vida. O conflito, na concepção de Freire (1979), deve ser entendido como uma força dialógica positiva entre os oprimidos e a força de barganha frente ao opressor. O conflito e o diálogo atuam dialeticamente, no sentido de um complementar o outro, isto é, o diálogo se supõe e se complementa no conflito, sob pena de ser um diálogo ingênuo e passivo. Logo, o conflito é indispensável porque se constitui em uma força dentro de nós ou entre os diferentes aspectos e dimensões que constituem os seres humanos complexos.

Superar o conflito de maneira construtiva e libertadora é sempre um processo que envolve diálogo, desprendimento e conscientização de ambas as partes envolvidas. O resultado do conflito não é algum tipo de unidade imposta ou alienadora, mas antes uma unidade crítica e criativa capaz de impulsionar uma nova ação. O ser humano, portanto, carrega consigo contradições e incertezas, através da natureza animal comandada pelos instintos e uma natureza consciente e reflexiva capaz de sobrepor os instintos, os atributos mentais de inteligência, vontade, sensibilidade e interação (ARRUDA, 2003).

A partir desse movimento dinâmico de construção e/ou desconstrução de contradições e/ou incertezas, é que o ser humano é colocado, constantemente, diante de múltiplas escolhas. Assim, quanto mais evoluirmos como humanos e conhecermos a fundo a natureza contraditória e limitada, tanto mais conscientes serão as escolhas e a possibilidade de transformar a história pessoal e o mundo que nos rodeia.

Os pressupostos de investigação, análise e construção do mundo pessoal são fundamentais para relacionar a consciência humana às questões de humanização. Se humanizar é também ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo

tempo, ter vigor para construir e traçar novos caminhos, é fundamental que o ser humano se reconheça em suas potencialidades e fragilidades. Assim, a humanização pode ser entendida como um “*processo educacional*” (E16), pois existe uma estreita semelhança entre a educação e o processo de humanização.

No processo de construção e/ou desconstrução do mundo pessoal e social, a educação ocupa um lugar privilegiado, por ter, como elemento essencial, como seu sujeito, o ser humano que busca a superação de suas imperfeições, de seu saber relativo. A educação se constitui, portanto, em um processo no qual o ser humano se educa continuamente através de um processo dialético com a sociedade, a partir de valores e critérios que a própria sociedade estabelece como elementares.

Conceito 2 - *A humanização hospitalar começa com a qualidade humana das relações entre todos os seus agentes ou funcionários. Humanizar é saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo (LEPARGNEUR, 2003).*

A humanização, no campo da saúde, mais especificamente no espaço hospitalar, parece, ainda hoje, no dizer dos integrantes da equipe de humanização, focalizar sua ênfase maior nos usuários. No entanto, para que um hospital possa ser considerado humanizado, compreende, neste processo, também e principalmente, os prestadores da assistência. “*A humanização deve começar pelos funcionários, porque são as suas atitudes que refletem positivamente e/ou negativamente nos usuários*” (E5). Nesse sentido, “o atendimento humanizado ao cliente deveria constituir uma decorrência natural do bom funcionamento e do relacionamento humano impregnado no todo que compõe a instituição” (SELLI, 2003, p. 250).

O gerenciamento inteligente dos recursos humanos, apesar de todos os avanços tecnológicos, ainda representa, para a equipe de humanização, um grande desafio, principalmente, ao mencionar as empresas e políticas governamentais que desejam obter

melhores resultados na qualidade da assistência aos usuários: *“a gente precisa se trabalhar para ser um reflexo positivo na vida dos outros. Foi muito bom entrar neste grupo e ter um contato maior com a equipe multiprofissional. Mas, a relação mais difícil é com a equipe médica” (E15).*

A humanização hospitalar pressupõe, nesse contexto, o bem-estar dos trabalhadores em todas as suas dimensões e relações. Iniciativas, como o reconhecimento e valorização por uma atividade desempenhada, a remuneração justa, a participação nas decisões, entre outros, são fatores altamente prestigiados e valorizados pelos profissionais. A valorização do profissional como pessoa, neste processo, é premissa básica para a humanização: *“Precisamos aprender a reconhecer e divulgar o que as pessoas fazem de bom” (E12).* *“Precisamos, também, criar um espaço para os profissionais demonstrarem suas aptidões pessoais” (E13).* Sendo valorizado como ser humano em potencial, o profissional reconhecerá a importância do seu desempenho não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização. Terá condições de ver no doente uma pessoa e, através dessa ótica, nortear a sua conduta profissional (MENDES, 1994).

Em suma, quando se fala e pensa num programa de humanização, em nível institucional, mais especificamente, na área da saúde, imediatamente, nos vem em mente os usuários e raramente os profissionais e menos frequentemente, ainda, o clima organizacional ao qual os trabalhadores ficam expostos e que abarca uma infinidade de fatores favoráveis e/ou desfavoráveis que, em muitos momentos, comprometem o desenvolvimento de um programa no âmbito institucional. É premente, portanto, rever as condições de trabalho como elemento essencial para o desencadeamento do processo de humanização.

O trabalho reconhecido e valorizado possibilita ao ser humano exercer as suas potencialidades criativas, desde que as condições ambientais e profissionais sejam facilitadas. As energias individuais e grupais, se canalizadas efetivamente para a

concretização de objetivos institucionais, possibilitam ao trabalhador condições de explorar as suas potencialidades, o que resulta em realização pessoal e profissional. Assim, o ser humano pode modificar o seu meio e modificar-se a si mesmo (KANAANE, 1994).

Conceito 3 - *A humanização passa pela comunicação. “Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que na verdade queremos colocar em comum” (SILVA, 1990).*

Nas relações de trabalho, assim como em todas as relações que o ser humano estabelece, não existe humanização sem uma comunicação eficiente e eficaz. A comunicação, no contexto da humanização, não é diferente; ela pressupõe uma relação “com” o outro em vez de “para” o outro, o que representa a soma das expressões verbais e não-verbais (SILVA, 1996). Desse modo, é fundamental a comunicação dos sentimentos, das atitudes pessoais em relação à pessoa humana, para a construção de um senso de solidariedade.

A comunicação transforma essencialmente os homens e mulheres em sujeitos (FREIRE, 1996). A comunicação adquire, na concepção de Freire, uma dimensão política através do caráter problematizador e gerador de reflexão. Sendo assim, a reflexão e a ação constituem as duas dimensões essenciais da comunicação, tendo em vista que não é no silêncio que o ser humano se desenvolve, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

A existência do ser humano no mundo revela todo um dinamismo, um modo de ser e realizar-se na realidade concreta. A sua existência não pode ser muda, silenciosa ou nutrida por um simples quefazer sem reflexão. “Existir humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar” (FREIRE, 1987, p. 78). Pronunciar o mundo significa coerência e autenticidade no modo de ser e agir, ou seja, ação-reflexão, para que a palavra não se converta em ativismo.

O diálogo, por sua vez, é o encontro de realidades diferentes, o qual não se esgota na relação eu-tu, mas se concretiza no encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos, sem reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sobre o outro. Se o ser humano transforma o mundo, dizendo a palavra no seu sentido verdadeiro, o diálogo se impõe como caminho pelo qual o ser humano ganha significação enquanto um ser existencial (FREIRE, 1987).

“A humanização começa pela comunicação” (E4). Foi assim que a equipe definiu e sintetizou um dos primeiros encontros coletivos. A equipe, portanto, sinalizou a importância da comunicação no contexto multiprofissional, intersetorial e interpessoal, por entender que sem comunicação não existe integração, nem senso de equipe e muito menos cuidado integral. Neste sentido, um dos integrantes da equipe concluiu: *“a comunicação deve começar pelos integrantes da nossa equipe de humanização” (E9).*

Por se tratar de um ambiente amplo e complexo, dificuldades relacionadas à comunicação no ambiente hospitalar eram sentidas, praticamente, em todos os setores. Comentários depreciativos entre funcionários e/ou setores, pareciam provocar insegurança, desconforto e um clima desfavorável de trabalho. Frequentemente, energias eram canalizadas, entre os próprios trabalhadores, mais em função de comentários depreciativos do que propriamente construtivos.

A comunicação entre chefia-funcionário-equipe de trabalho e desses para com os usuários conotava, muitas vezes, incoerência, incompreensão e desintegração. As informações, portanto, careciam e ainda carecem, em parte, de sentimentos humanos e a *“rádio corredor”*, como era chamada pela equipe, funcionava como um *“telefone sem fio”¹⁶*. Trabalhar com seres humanos é uma tarefa que exige muita consciência, mas, infelizmente, no ambiente hospitalar também é muito comum haver fofocas (...) assim acabamos perdendo tempo com o que não é verdadeiro e necessário (SILVA, 2002).

¹⁶ “Telefone-sem-fio” representa, nesse contexto, um termo popularmente utilizado para designar uma mensagem distorcida, infundada e/ou inconsistente.

Na tentativa de provocar um processo educativo acerca dos comentários depreciativos entre os profissionais, a equipe trabalhou e divulgou para todos os setores do hospital o texto (em anexo): “Pessoas inteligentes falam sobre idéias. Pessoas medíocres falam sobre pessoas” (SILVA, 2002, p.73).

Quando identificadas às dificuldades intersetoriais e ao associá-las à comunicação, os integrantes da equipe foram unânimes na afirmação: “*precisamos falar a mesma linguagem e criar um elo de ligação e confiança*” (E2, 5, 9). Desse modo, o representante do setor da portaria, ao partilhar as suas dificuldades em relação aos demais setores, apontou como principal alvo de queixas, a falta de comunicação e compreensão, principalmente, entre o setor da portaria e o setor de enfermagem, alegando, neste sentido, que a enfermagem, freqüentemente, dificultava a localização e/ou a comunicação com os acompanhantes para o atendimento do telefone. A enfermagem, por sua vez, dizia não dispor de tempo para essa função. Logo, a quem caberia? Como compreender e analisar esse movimento de vai-e-vem, no contexto da comunicação? Quem é o responsável? Que alternativas apontar? A problematização de situações como essas possibilitaram e/ou sinalizaram novos caminhos, abriram novos horizontes e a busca conjunta de soluções para os problemas vigentes.

A problematização, neste contexto, possivelmente emergiu da consciência que se teve acerca da realidade, isto é, significou refletir continuamente sobre a postura ético-profissional, buscando o porquê das dificuldades em relação a esta situação. Problematizar, mais do que um ato passivo pressupôs estabelecer situações concretas como problemas, na tentativa de encontrar uma solução consciente e transformadora.

Comentários e discussões acerca da dificuldade na comunicação entre os setores e profissionais foram muito freqüentes nos encontros da equipe. Com reflexão, diálogo e partilha, a equipe, porém, compreendeu que era preciso estreitar os laços afetivos, conhecer a realidade de cada setor e estabelecer uma “*rede de comunicação*” efetiva,

dando ênfase à divulgação de conquistas e/ou aspectos construtivos, ao invés de comentários depreciativos e, por sua vez, antiéticos.

“Precisamos melhorar a comunicação no hospital. Às vezes as pessoas têm atitudes que nem sempre gostariam de ter, mas agem involuntariamente, porque, na maioria das vezes, possuem problemas de ordem afetiva. Aqui no hospital, as pessoas, muitas vezes são taxadas: fulano é assim, cicrano é assado (...)” (E11). Realizado o diagnóstico situacional e compreendida uma das grandes dificuldades de ordem relacional, era preciso, então, traçar uma meta. Estabelecer uma rede de comunicação intersetorial institucionalizada conectada por laços de compreensão, diálogo e escuta.

A comunicação tem um significado muito especial. Dialogar e escutar significa atuar e pensar como sujeitos e permitir que as pessoas que nos cercam também sejam sujeitos críticos. Assim, dialogar, falar e escutar representou sair do mutismo, superar a cultura do silêncio e descobrir-se sujeito e autor da própria existência (GADOTTI, 1996).

Nesse sentido, a equipe concluiu que era preciso iniciar pela humanização, já no atendimento ao telefone, para aproximar e estreitar os laços afetivos e transformar esse simples gesto, numa oportunidade de troca, de partilha e de cuidado humano com o outro. Foi, então, estabelecido um padrão de atendimento ao telefone para todo o hospital, ou seja, a identificação do setor, o nome da pessoa e a saudação de boa tarde! Bom dia! Boa noite!

A equipe, previamente, entregou um exemplar instrutivo de atendimento ao telefone para cada setor com uma definição de dia de início para a atividade. Os integrantes da equipe, em seu papel de multiplicadores, desempenharam, de forma criativa e responsável, a atividade proposta. A estratégia inicial de reconhecimento, por parte da equipe, consistiu em dar parabéns para os “cumpridores da tarefa” e sucessivamente, realizando pequenos chamativos aos que não o atendiam de forma adequada. Com o passar dos dias, a idéia foi contagiando e apreciada por todos os profissionais.

Outra forma de divulgação, encontrada pela equipe, foi à distribuição de mensagens reflexivas e panfletos a todos os setores, alertando para a importância da comunicação nas relações interpessoais. Por fim, estimulou-se, ainda, o diálogo e o contato pessoa-a-pessoa, em caso de dúvidas, para certificar-se da veracidade da informação: *“Hoje, pela manhã, tive um desentendimento com determinado setor, logo procurei contato direto com a responsável deste setor, o que não costumava fazer em outras épocas”* (E6). A partir dessa fala, é possível compreender o processo educacional e cultural como pressuposto para a mudança de atitudes e comportamentos, também, na comunicação. Isto comprova que, para estabelecer uma boa comunicação nas relações de trabalho, é preciso “conhecer a si próprio, suas características e necessidades; ser sensível às necessidades dos outros; acreditar na capacidade de relato das pessoas; reconhecer sintomas de ansiedade em si e nos outros; observar o seu próprio não-verbal; usar as palavras cuidadosamente; reconhecer as diferenças (...) E tratar os outros com o mesmo carinho e respeito que gostaria que fossem dispensados a você” (SILVA, 1996, p.120).

Ao falar da comunicação, no ambiente hospitalar, é preciso levar em conta que o profissional cuida e se relaciona, constantemente, em situações extremamente adversas. Se a comunicação em meio saudável, muitas vezes, gera incompreensões, distorções e dúvidas, tanto mais o será, em ambientes hospitalares movidos pela multiplicidade de informações e a inconformidade e fragilidade de usuários e profissionais diante da doença, da dor e da morte. Logo, o profissional da saúde necessita conhecer-se para reconhecer as suas limitações e inquietações e, dessa forma, canalizá-las adequadamente.

A comunicação efetiva e eficiente, portanto, é expressão de humanização. Ela permeia toda a vida do ser humano. Desse modo, seja por meio de palavras faladas e escritas, seja por meio de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho na área da saúde exige do profissional o conhecimento aprofundado deste processo chamado comunicação interpessoal (SILVA, 1996).

Conceito 4 - *Humanizar é colocar a vida do Ser Humano como o bem maior, como valor inviolável que precisa ser respeitado em todas as situações (BETTINELLI et al, 2003).*

Em decorrência da alta tecnologia, a valorização da vida, em inúmeras situações, é relegada a um segundo plano. Isso porque a máquina tornou-se, freqüentemente, um fim em si mesma e o envolvimento com as questões burocráticas o principal foco do cuidado. *“Ficamos envolvidos com muita burocracia e o assistencialismo que, muitas vezes, nos impede de perceber o lado humano dos profissionais e doentes” (E17).* Freire (1979, p.20) nos ajuda a compreender que diante do compromisso profissional, não se pode por isso mesmo, burocratizá-lo “servindo, numa inversão dolorosa de valores, mais aos meios que ao fim do homem”. O compromisso profissional exige do ser humano um permanente processo de ação-reflexão-ação, na tentativa de ampliar o conhecimento acerca da existência humana.

Foi possível constatar que, freqüentemente, vinha ocorrendo um abandono da reverência, indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade. Contudo, deu para evidenciar que “apesar da desumanização de grande parte de nossa cultura, a essência humana não se perdeu” (BOFF, 1999, p.13), e que a luta pela humanização, ameaçada constantemente pela tecnologia e pela burocratização, é potencialmente capaz de mobilizar o ser humano a superar os fatores que o fazem acomodado e/ou conformado com uma estrutura anti-humana.

A mecanização, por suas características, guarda em si uma contradição à vocação natural do ser humano, de ser sujeito, pois quem o sofre torna-se um objeto passivo, sem a possibilidade de participar do processo de sua própria recuperação. Na humanização, o que importa, é tornar o ser humano agente, a partir de uma postura conscientemente crítica diante dos seus problemas e a partir da oportunidade para a decisão e para a responsabilidade (FREIRE, 1996).

A valorização da vida e o resgate da subjetividade como valor inviolável são, portanto, elementos essenciais, no contexto da humanização: *“Reconhecer e valorizar as*

conquistas dos colegas” (E1); “Demonstrar afeto” (E7); “Divulgar o que as pessoas fazem de bom” (E11); “gestos de solidariedade para com os colegas” (E4); “Enxergar a pessoa humana atrás de uma máquina” (E9), significa colocar a vida dos trabalhadores e usuários como bem maior. Os valores humanos da sensibilidade, do cuidado e da convivibilidade, ou seja, os valores éticos da produção podem ser combinados com o valor técnico, impondo limites ao poder burocrático.

Na prática do cuidado, valorizar a vida como bem maior compreende uma retomada dos valores de ontem para uma reafirmação dos valores emergentes. Assumir uma nova postura ética, entretanto, nem sempre é tarefa simples, principalmente, quando nos deparamos com situações e comentários tais como: *“(...) a máquina, quando estraga, é imediatamente substituída e/ou consertada. O ser humano, entretanto, quando adoece, nem sempre é substituído, e o cuidado que exerce, nem sempre é visto como indispensável” (E4)*. Estas fortes contradições, freqüentemente, determinam o choque entre valores emergentes, em busca de afirmação, e valores de ontem, em busca de preservação: *“É este choque entre um ontem se esvaziando, mas querendo permanecer, e um amanhã por se consubstanciar, que caracteriza a fase de trânsito como um tempo anunciador” (FREIRE, 1996, p.54).*

Essa transitividade da consciência leva o homem a vencer a falta de compromisso e conformismo com a existência. A existência humana é, portanto, um conceito dinâmico que pressupõe seu diálogo permanente sobre o mundo e com o mundo, na tentativa de provocar mudanças no modo assistencial, social e histórico.

O processo de humanização, entendido como um processo inovador e estimulador de uma nova realidade, requer incrementar a valorização e o investimento na formação humana dos trabalhadores que integram as instituições. A compreensão e extensão desse processo necessitam perpassar e ultrapassar o estrito espaço do paciente e abarcar o amplo espaço que abrange desde as administrações àqueles que constituem a razão de ser das instituições hospitalares, os pacientes. A humanização, portanto, pressupõe rever

paradigmas, estabelecer prioridades e resgatar a subjetividade nas práticas de saúde. A vanguarda tecnológica não pode se sobrepor ao ser humano, mas deve estar a seu serviço, auxiliando-o para cuidar ainda mais e melhor. Na prática humanizada, o profissional se permite ser humano, sentir-se em relação com o outro, também humano, manifestar a sua sensibilidade, criar empatia, estabelecer relação sujeito/sujeito e, dessa forma, tornar a ação/intervenção um ato completo (SELLI, 2003).

Conceito 5 - *Humanização é permitir que o nosso coração se manifeste nas relações diárias de trabalho (BARAÚNA, 2003).*

A equipe de humanização como um processo vivencial que permeia o ser e fazer integral dos profissionais e que requer, no contexto relacional, a expressão de sentimentos e a manifestação de afeto, essenciais para um agir humano, no qual o sentimento que torna as pessoas, coisas e situações importantes, em outras palavras, a dinâmica básica do ser humano é o sentimento, é o cuidado, é a lógica do coração. O cuidado, portanto, é a força originante que, continuamente, faz surgir o ser humano que existe em cada um (BOFF, 1999).

Essa assertiva corrobora as palavras de Freire (1987), quando diz que não há diálogo, nem pronúncia do mundo que, no seu entender, é um ato de criação e recriação, se não há um profundo e verdadeiro sentimento que é o amor ao mundo e aos homens. É o amor que gera compromisso pela causa do ser humano, que transforma e recria permanentemente.

Portanto, o processo de humanização é, também, um processo de sensibilização e de resgate dos sentimentos humanos. A sensibilidade que os cuidadores desenvolvem significa, no entanto, estar atento ao outro e perceber as suas necessidades, antes mesmo que elas sejam verbalizadas (SILVA, 2002). A equipe, ao discutir conceitos de humanização, concluiu que, muitas vezes, não proporcionamos um espaço para o emergir das emoções e, desse modo, com facilidade, mecanizamos as relações de cuidado, além

disso, o hospital é, freqüentemente, reconhecido e valorizado mais pela sua alta tecnologia do que propriamente pelas relações construídas com seus clientes internos e o público externo. *“Nosso hospital possui alta tecnologia à disposição, mas onde colocamos o coração?” (E18)*. Nesta fala, fica evidente a influência da tecnologia no contexto relacional, muitas vezes, sendo entendida como um fim em si mesma, quando, na verdade, deveria servir como um meio, ou seja, como um instrumento de auxílio para o ser humano.

Tornar um cuidado humanizado significa, portanto, cuidar com emoção, com sentimentos de solidariedade e procurar estar atento para os pequenos detalhes. Muitas vezes, um bom profissional não é tão reconhecido pela sua capacidade técnica, mas pela sua capacidade de estimular e contagiar pela alegria, ao dizer um bom-dia, de fazer com que as pessoas percebam, aceitem e queiram acreditar novamente que a vida vale a pena ser vivida (SILVA, 2002). Permitir que o coração se manifeste significa tornar especial o cuidado e a tarefa do dia-a-dia. Significa contagiar com pequenos gestos de atenção, ternura, alegria. Assim, não importa o que se faça, mas o modo com que se faz emergir os sentimentos humanos.

“Humanizar é permitir que o nosso coração se manifeste no dia-a-dia” (E2). Pequenos gestos, portanto, são significativos quando realizados com o coração. A demonstração de gestos de afeto, no entender da equipe, é indispensável para um agir humano. Sentimentos como a solidariedade nem sempre vem sendo vivenciados na equipe, quando deveriam ser cultivados por excelência, principalmente, por tratar-se de um hospital, local onde o sofrimento, a dor e a morte ficam evidentes a todo o momento. Logo, como expressar sentimentos de solidariedade aos pacientes e familiares, quando estes não são cultivados nem mesmo entre a própria equipe?

Falar de sentimentos e emoções, no campo da humanização significa reconhecer a essência do cuidado humano. *“No nosso trabalho, nem sempre podemos deixar o nosso coração agir, porque precisamos, também, cumprir normas administrativas e, ao mesmo*

tempo, o nosso emprego também está em jogo, que é uma prioridade nossa” (E9). Entretanto, não basta o querer profissional como um desejo isolado, mas o querer institucional como um processo cultural.

O ser humano, portanto, além do seu agir individual, está inserido em um contexto institucional que demanda normas, regras e uma filosofia própria de estar a serviço da comunidade, as quais, muitas vezes, podem ser contrárias às idealizadas pelos profissionais. Neste contexto específico, a proposta de humanização encontra a sua razão de ser, através da reflexão e problematização das condições de trabalho. A humanização favorece uma *“reinterpretação e flexibilização das normas” (E1)*, harmonizar as diferenças, agregar valores e fomentar um espaço coletivo para a busca de estratégias condizentes com a realidade vigente.

Compreender o significado da proposta de humanização inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também a capacidade de compreender o ser humano, com seus valores, suas crenças, seus desejos e suas perspectivas. Implica, pois, na construção de um novo quadro ético de referências para as relações, no qual, as diferenças entre os seres humanos não signifiquem, necessariamente, assimetria de poder e/ou desigualdade social, mas o resultado de relações construídas e decorrentes de experiências e vivências com os outros (BETTINELLI, 2003).

Ser sensível e solidário à situação do outro, sendo ele doente ou o profissional, requer abertura, empatia e interesses compartilhados. Com base nesses argumentos, tendo em vista a importância do ser e agir humanos, a partir de uma compreensão ética e de atitudes concretas e responsáveis, a equipe de humanização identificou como lema da sua proposta de trabalho: ***“Faça você mesmo; faça de coração”***.

5. 3 Humanizar-se para humanizar

Para que um trabalho de humanização na instituição hospitalar não se constitua apenas em mais uma proposta demagógica, infundada e/ou insustentável, a equipe entendeu e buscou desvendar a humanização, inicialmente, como um processo interno-pessoal. “*A humanização deve começar pelo nosso grupo*” (E3), expressa, no entender da equipe, a construção de um processo reflexivo pessoal e coletivo, desenvolvido na e a partir da própria equipe. Os integrantes da equipe tiveram muito presente que analisar, questionar e compreender o mundo pessoal é pressuposto para compreender e transformar o mundo que está a nossa volta.

A expressão, “*a humanização deve começar pelo grupo*” (E3), possui um significado altamente comprometedor. Visto como um processo educativo, cada participante do grupo, como agente e multiplicador de mudanças, assumiu, perante a coletividade, uma atuação destacada na construção e/ou desconstrução da proposta, provocando o descobrimento da verdadeira dimensão na qual está imerso o trabalhador, o que poderá ser conseguido por meio da percepção crítica e problematizadora da realidade (FREIRE, 1996).

O processo de “*humanizar-se para humanizar*” significa reconhecer-se humano, com todas as potencialidades, possibilidades e fragilidades. O autoconhecimento e o autogerenciamento das condições subjetivas são essenciais para bem compreender a si e o outro. Considerada um processo vivencial, mais do que um processo existencial, a humanização necessita rever atitudes e comportamentos do ser humano. Necessita, também, refletir acerca da conduta profissional.

“*O grupo precisa trabalhar estrategicamente, de modo a conquistar a credibilidade dos demais profissionais*” (E5). Esta fala sintetiza o entendimento da equipe que mudanças culturais não podem ser impostas, mas que, a partir da problematização e da consciência reflexiva do agir dos integrantes da equipe de humanização, se efetivasse

um processo de ação-reflexão-ação, na qual a consciência se caracterizasse como um atributo que permitisse nos dobrarmos sobre nós mesmos e sobre a natureza para nos compreendermos, para podermos “ver para além do visível, de ver com outros sentidos além dos olhos e mesmo da razão” (ARRUDA, 2003, p. 65).

O processo de humanização, no contexto da mudança, precisa ser traduzido na prática, não somente através de quaisquer ações, mas e, principalmente, através de comportamentos e atitudes refletidos e/ou a proposição de ações de humanização dos integrantes da própria equipe. Mais comprometedor do que a ação de humanização é a postura ético-profissional dos integrantes da própria equipe que, através da sua prática inovadora, podem mobilizar a coletividade para um novo modo de ser e agir.

Considero importante enfatizar novamente, que a humanização representa, para cada integrante, um caminho altamente complexo e desafiador, porque exige comprometimento e envolvimento com a realidade concreta. Entretanto, “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir” (FREIRE, 1979, p.16). A possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, está associada à sua ação sobre a realidade concreta. É um processo que envolve um distanciar-se e desvendar-se diante da realidade pessoal.

Os primeiros encontros/reuniões da equipe caracterizaram-se, basicamente, em desabafos, reivindicações e cobranças entre os próprios integrantes. Contudo, o diálogo e a reflexão em torno dos conceitos de humanização e da metodologia de trabalho permitiram e contribuíram para a integração e construção de um senso de equipe. Um dos integrantes da equipe lembrou: “*Foi muito bom entrar neste grupo e ter um contato maior com toda a equipe multiprofissional (...) logo, como sou representante do grupo, preciso me comportar como tal*” (E11). Nesta fala, fica evidente a importância do convívio e da partilha com a equipe multiprofissional como espaço de crescimento e desvendamento da própria condição de “um ser que é capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele

para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação” (FREIRE, 1979, p.17).

A humanização compreende um caminho lento e gradual de redescobertas, de reencontros e de valorização do ser humano, independentemente do ser e do fazer. A implantação da proposta iniciou com a qualidade das relações entre todos os funcionários, considerando que mais do que medida, a humanização precisa ser sentida e percebida, através de gestos, palavras e condutas, tanto pelos pacientes/familiares, quanto pela equipe multiprofissional (BETTINELLI, 2003).

Constituir a equipe, a partir das diferenças pessoais e profissionais, inicialmente, não representou tarefa difícil; contudo, estreitar os laços e harmonizar as diferenças representou, para grande parte dos integrantes, um grande desafio. Incompatibilidades pessoais, diferenças profissionais e culturais foram, basicamente, geradoras de discussões e muito aprendizado.

Em uma equipe de lideranças, em que cada um defende a sua idéia e valores, onde cada um carrega consigo a sua experiência de vida e suas expectativas, criar um espaço democrático, fundamentado no processo dialógico-reflexivo, exigiu, por parte de cada integrante, muita escuta, discernimento e compreensão.

É preciso lembrar que *“no hospital não existe profissão mais ou menos importante. Todos trabalhamos para um mesmo fim. Por isso, é fundamental que reconheçamos o trabalho do outro”* (E5). Assim, compreender e fazer compreender que o paciente é a razão de ser e existir de um hospital e que todos os profissionais estão a seu serviço representa, ainda, um processo educativo gradual.

Direta ou indiretamente, todos os profissionais da saúde trabalham para o mesmo fim. *“O meu trabalho não está diretamente envolvido com o cuidado do doente, mas, entendo, que ao cuidar bem dos filhos dos funcionários, estarei contribuindo para que eles cuidem bem dos doentes”* (E9). Portanto, não importa onde os profissionais atuem e o que realizam; o importante, nas relações de equipe, é nunca perder de vista o ser humano,

seja ele profissional, familiar ou paciente. *“Não trabalho diretamente com o paciente, mas relaciono-me com os seus familiares, na identificação da hora de acertar as contas. Normalmente, eles chegam muito nervosos, mas aprendi a ouvir mais. Acredito que esta é a melhor forma de desarmar as pessoas”*. *“Eu passei a valorizar mais o trabalho da enfermagem, depois que passei com meu familiar internado”* (E9). Estes e outros depoimentos retratam a importância do trabalho integrado e de equipe para a conquista de uma assistência qualificada e humanizada.

Desse modo, dá para perceber que o cuidado é muito mais do que um ato, um momento de atenção e/ou uma identidade profissional. Representa uma atitude de ocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro. Dá mostras de que o ser humano é um ser de cuidado e, dessa forma, a sua essência se encontra no cuidado, porque coloca cuidado em tudo o que projeta e faz. Assim, é preciso “reconhecer o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre presente e irreduzível à outra realidade (...), quer dizer, o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer outra coisa” (BOFF, 1999, p.34).

Daí, pode-se concluir que o profissional inserido e comprometido com o processo de humanização já não se contenta com a simples execução de tarefas. Através do seu pensar, agir e questionar, luta por uma assistência integrada e integradora, por envolver tanto o paciente/familiares, quanto às relações de trabalho. Desse modo, humanizar exige uso de bom senso para evitar dores inúteis aos outros (LEPARGNEUR, 2003). Enfim, humanizar é desvelar situações-limite, é desmistificar temores, é romper com a cultura de conformidade e impotência. Significa agregar novos valores capazes de promover a vida e o bem estar dos pacientes e trabalhadores, acima de qualquer técnica e/ou máquina. Portanto, humanização significa aliar competência técnica e profissional à ternura humana (PESSINI et al, 2003).

Nesse contexto, constituir uma equipe de humanização como construção de um espaço dialógico e uma atitude de cuidado no seu sentido mais amplo foi o pressuposto

para o alcance coletivo desta proposta. Humanizar-se para humanizar significou considerar a essência do ser, o respeito pela individualidade e a capacidade de legitimar o humano tanto nos doentes quanto nos próprios profissionais envolvidos na assistência.

6 - A HUMANIZAÇÃO CENTRADA NO TRABALHADOR

“A partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor(...) Faz a cultura. E é ainda o jogo destas relações do homem com o mundo e do homem com os homens, desafiando e respondendo ao desafio, alterando, criando, que não permite a imobilidade, a não ser em termos de relativa preponderância, nem das sociedades nem das culturas” (FREIRE, 1996, p. 51).

Na concepção da equipe de humanização, a temática de humanizar no espaço coletivo, significa ouvir a voz e o clamor de todas as pessoas envolvidas na vida de uma instituição. Sendo o ser humano um ser de relações e não só de contatos, ele não apenas está no mundo, mas com o mundo, o que resulta de sua abertura à realidade (FREIRE, 1996). Abrir as portas para a coletividade demanda acolhimento, escuta e uma atitude de sensibilidade frente à realidade que se apresenta, seja ela favorável, seja contrária às idéias propostas. A proposta de humanização na e/ou através da coletividade é, portanto, um processo participativo e cultural que integra o paciente, o funcionário/trabalhador e se caracteriza, essencialmente, por um movimento dinâmico e articulador.

6. 1 Desvendando o significado de humanização a partir dos pacientes, médicos, e demais trabalhadores

O termo - humanização - suscita, no cenário da saúde, diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. É fundamental que a coletividade saiba o que é e o que a Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS - pretende dizer com a humanização, o que a equipe quer que seja a humanização hospitalar e, ainda, que interesses a humanização vem colocando em evidência.

Para compreender e analisar, de forma mais sistematizada, o significado da humanização a partir da coletividade, ou seja, a partir dos pacientes (P) que se internam na instituição, na compreensão dos médicos (M) pertencentes ao quadro clínico e demais trabalhadores (T) dos diversos setores, elaborou-se um questionário aberto com três questões básicas. Os respondentes do questionário, escolhidos aleatoriamente, totalizaram 10% dos pacientes, médicos e trabalhadores que integram à instituição (Percentual considerado pela equipe, significativo para atender à proposta). As questões formuladas foram:

1. O que você entende por humanização?
2. No seu entender, qual deveria ser o objetivo principal do Grupo de Humanização?
3. De que forma você poderia contribuir no desencadeamento do processo de humanização?

As respostas às questões foram analisadas, de acordo com os critérios metodológicos de Minayo (2000), que compreende os seguintes passos: - organização dos dados coletados através das questões respondidas; - leitura e releitura do material, na tentativa de, constantemente, retomar a questão norteadora, além do contato exaustivo com os dados. A seguir, o material foi organizado e categorizado na tentativa de alcançar a essência do texto. Por fim, o conteúdo foi desvendado e articulado com referenciais teóricos, no intuito de problematizar e ampliar o conhecimento acerca do significado de humanização para os pacientes, médicos e demais trabalhadores da instituição.

6. 1. 1 A humanização no entender dos pacientes (P)

No entender dos pacientes, a humanização se traduz, predominantemente, em gestos concretos, tais como: solidariedade, sensibilidade e compaixão. O significado de humanização, desse modo, não se limita a uma relação profissional – paciente e/ou paciente – profissional, mas, aponta perspectivas para um cenário mais amplo, que significa *“ajudar os mais necessitados”*; *“tornar as pessoas mais preocupadas umas com as outras”*; *“sensibilizar-se com os problemas dos outros”*.

A compaixão pelo outro, expressa pelos pacientes, insere-se na sua experiência concreta de dor e sofrimento vivenciada. Trata-se de sair do seu próprio círculo e entrar no mundo do outro enquanto sujeito, para sofrer com ele, alegrar-se com ele, caminhar

junto com ele, solidarizar-se, ou seja, é a capacidade de compartilhar a paixão do outro e com o outro (BOFF, 1999).

Nos depoimentos, fica evidente que o paciente, ao falar de humanização, parece transcender a sua condição de fragilidade e de ser cuidado, para solidarizar-se com quem está ainda mais vulnerabilizado. O paciente é capaz de transcender e sair de si para centrar-se no outro, com desvelo e solicitude. A humanização, na ótica do paciente, significa abertura para o outro, ultrapassar fronteiras raciais, culturais e/ou de doença. Em suma, significa enxergar o mundo a partir do cenário global. Prestar um serviço voluntário é a forma que os pacientes utilizariam para colaborar no desenvolvimento do processo de humanização nas instituições hospitalares.

Os pacientes referem que os gestos de solidariedade podem ser traduzidos na prática, através da realização de campanhas contra a fome e o frio, no auxílio de crianças carentes, ou seja, no *“fazer pelos outros o que hoje estão fazendo por mim aqui no hospital”*. Em consonância com essa fala, Boff (1999) argumenta dizendo que a atitude de ser cuidado pode despertar o senso de responsabilidade, a consciência da coresponsabilidade e aumentar o sentido da solidariedade. Mais do que gestos de solidariedade, os pacientes parecem demonstrar gestos de reconhecimento e gratidão. Acreditam que contribuir com o programa de humanização é compartilhar idéias e divulgar o trabalho de humanização que já vem sendo realizado no hospital. Assim, os próprios doentes podem ser multiplicadores não apenas de um processo institucional, mas, principalmente, de um sistema comunitário integrado.

Os objetivos prioritários do grupo de humanização, no entender dos pacientes, devem estar voltados para amenizar as condições de desigualdade social; tornar conhecidos os direitos das pessoas na sociedade, a prestação de serviços e ações de humanização para a sociedade e mostrar que é possível amar e minimizar as barreiras sociais e culturais. Esse entendimento é corroborado por Baraúna (2003, p.306), quando enfatiza que *“são os seres humanos que formam a sociedade, mudar a sociedade sem*

mudar o ser humano é ilusão. O trabalho, a criatividade, a educação e a vida social e familiar não evoluem separados”.

Portanto, a humanização, na compreensão dos pacientes, não se limita apenas a uma forma de ser no espaço institucional e/ou, mais especificamente, no espaço hospitalar, onde o foco do cuidado se concentra, muitas vezes, na doença ou no ser doente. Humanizar significa enxergar para além da doença e da morte institucionalizadas. Significa, então, perceber e atuar com ações de humanização no “mundo concreto”, marcado pela criminalidade e pelo descaso com a dignidade da pessoa humana.

6. 1. 2 A humanização no entender dos médicos (M)

A humanização, no campo da medicina, denota um avanço ainda bastante tímido se comparado ao de outras áreas. O médico, em inúmeras situações, parece ficar à mercê de uma realidade que afeta diretamente a sua qualidade de trabalho, com conseqüências significativas sobre sua relação com os pacientes e demais profissionais. O entendimento do médico acerca do significado de humanização parece retratar, mais especificamente, uma relação verticalizada entre médico – paciente, ou seja, uma relação marcada pela hierarquização e ascendência de sua pessoa sobre o outro.

Não há, porém, possibilidade de humanização na opressão e na relação verticalizada de um sobre o outro. É preciso permitir ao paciente participar ativamente no seu processo de saúde-doença, ou seja, é preciso auxiliá-lo a tomar consciência da realidade, do seu estado existencial e de sua própria capacidade para transformá-lo (FREIRE, 1980). Em outras palavras, não podemos simplesmente limitar o atendimento humanizado como uma prática que se dá, ou que deveria se dar, do profissional para o paciente, de maneira vertical e apenas setorial. A humanização, ao contrário, pressupõe um processo de equipe, com relações horizontais e dialógicas, participação na escolha do

tratamento, por parte do paciente e um espaço para a troca de conhecimentos, idéias, desejos e ansiedades (SELLI, 2003).

Assertivas, como “*O médico deve tratar o paciente com carinho, respeito e chamá-lo pelo nome*”; “*o médico deve individualizar o atendimento e manter a privacidade do paciente*”, muito mais do que representar o respeito aos direitos do paciente, parecem pressupor uma normatização estabelecida pelo código de ética profissional. Esses pressupostos deveriam ser comuns a toda equipe, e não apenas na relação médico – paciente. Para esses profissionais, ainda, humanizar é fornecer informações de modo compreensível ao paciente e/ou familiares, como também saber colocar-se no lugar do paciente, facilitando o acesso ao tratamento, através de vias públicas e tornar a sua estada no hospital o menos traumática possível. Contudo, apesar desse entendimento, tais atitudes nem sempre têm sido visibilizadas na prática que desenvolvem.

Quando questionados acerca de sua contribuição para o desencadeamento do processo de humanização, os médicos admitem que ainda se sentem pouco instrumentalizados, mas manifestaram o desejo de integrarem-se ao grupo e aprofundar o tema. Na relação com o paciente, reconhecem que é preciso melhorar a qualidade do contato, dedicar mais tempo para ouvir as suas queixas, realizar visitas diárias para transmitir-lhes segurança e conforto bem como também despertar sentimentos de fé e cura.

Quanto aos objetivos da equipe de humanização, os médicos enfatizaram a importância da orientação, educação e conscientização permanentes. A realização de treinamentos sobre relações humanas no hospital, a modificação de normas e rotinas contrárias aos princípios da humanização e o estímulo acerca do cuidado humano aos pacientes representam, no entender dos médicos, as prioridades a serem consideradas pela equipe.

Os profissionais médicos ressaltam a importância do trabalho de humanização na instituição. Entretanto, tendo em vista tratar-se de um processo histórico e cultural que impõe e pressupõe mudanças nos níveis existencial e assistencial, mais que reconhecer, é preciso apostar ativamente e inserir-se de forma participativa e crítica na transformação da realidade.

Dar centralidade ao cuidado à pessoa humana significa, no contexto da humanização, renunciar a um exercício de poder que reduz tudo e todos a objetos, desconectados da subjetividade humana, ou seja, recusar-se a todo tipo de despotismo e dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao diálogo, à participação e ao cuidado (BOFF, 1999).

6. 1. 3 A humanização no entender dos trabalhadores (T)

Corroborando o entendimento da equipe de humanização no entender dos demais trabalhadores, humanização significa, fundamentalmente, criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente. Nesse sentido, é preciso rever as relações e condições de trabalho, pois o processo de humanização requer, a compreensão do ser humano como um ser integral.

É um processo que *“não se resume no atendimento técnico e mecânico do paciente, mas na visão do paciente como um todo”*. Portanto, para que o paciente possa ser atendido de forma integral, a equipe necessita trabalhar de forma integrada e, para que uma equipe possa atuar de forma integrada, necessita *“melhorar a comunicação entre os profissionais”*; *“promover os trabalhadores, no sentido de valorizar iniciativas e compartilhar idéias”* e a *“socialização das ações humanas para estabelecer um melhor convívio”*.

Assim, a humanização pressupõe, essencialmente, uma *“mudança de atitudes e comportamentos por parte dos próprios profissionais”*. Mesmo cientes de que todo o trabalho de humanização se dá a partir da equipe e em equipe, os trabalhadores ainda registram dificuldades nas relações de trabalho, na comunicação e no reconhecimento do papel efetivo de cada um dos integrantes na própria equipe. O objetivo da equipe de humanização deveria ser, inicialmente, *“humanizar-se, como equipe, para humanizar o atendimento do paciente”*. As ações apontadas pelos profissionais para atingir o objetivo da humanização são: *“participar dos encontros do grupo de humanização”*; *“abrir um espaço para reflexões e expressão de sentimentos”*; *“contribuir com novas idéias e iniciativas”* e, *“procurar envolver os colegas no processo de humanização, trazendo questões do dia-a-dia para o grupo de trabalho”*.

Enfatizados os objetivos, os profissionais manifestaram o desejo de integrar a equipe de humanização e auxiliá-la no desencadeamento da proposta de trabalho. Entendem, portanto, que é *“preciso tornar conhecidas às rotinas de trabalho”*; *“estimular os profissionais a melhorar certos comportamentos nas relações interpessoais”* e *“contribuir com um conhecimento específico e experiências positivas”*. O comportamento humano, neste contexto, requer ser entendido como um conjunto de expectativas que dirigem o comportamento de cada indivíduo em uma posição dada. Assim, a fala de um dos trabalhadores encontra ressonância no pensar de Mendes (1994), que compreende o comportamento humano a partir de atitudes, valores e comportamentos atribuídos pela sociedade a pessoas que ocupam posições específicas. O comportamento refere-se à maneira de agir de um indivíduo em um momento específico no qual reage a uma dada situação, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos.

Estes profissionais estimam que é possível contribuir com o processo de humanização, construindo, no coletivo, um ambiente favorável para o trabalho: *“A humanização não deve ser do grupo, mas de todos os envolvidos no trabalho”* e, para isso, é preciso *“despertar e sensibilizar o lado humano dos trabalhadores, a começar pelas chefias”*. De fato, ninguém humaniza ninguém, são as pessoas, através da sua

inserção na realidade concreta, que propõem uma mudança através da reflexão, do diálogo, da escuta e da auto-sensibilização. Assim, mostra-se importante, que os hospitais desenvolvam um estilo de administração dinâmico e aberto, extremamente democrático, que crie oportunidades, libere potencialidades, remova obstáculos, encoraje a iniciativa individual e promova o desenvolvimento pessoal e profissional, ou seja, que proponha um estilo de direção democrática e participativa baseado nos valores humanos e sociais (CHIAVENATO, 1992).

Nessa mesma perspectiva, Shinyashiki (2000) alerta para a valorização profissional como premissa básica para o desencadeamento de qualquer processo de trabalho. Pessoas competentes desejam trabalhar em organizações que lhes dêem retorno pela dedicação. Essa idéia, portanto, pode ser confirmada na fala de um dos trabalhadores quando interpela: *“Ninguém pode agir humanamente se não tiver tratamento humano e reconhecido”*. Para isso, *“é preciso tornar conhecido o trabalho de humanização como sendo um espaço de transformação da cultura organizacional”*. O programa de humanização necessita reconhecer e valorizar a individualidade e singularidade de cada trabalhador. A atuação-reflexão faz parte da existência e da essência do ser humano. Impedido de atuar, o ser humano encontra-se ferido em si mesmo, como ser de compromisso. A atuação comprometida, entretanto, gera compromisso com o mundo, com o outro e com a mudança.

Em suma, reforço novamente à idéia de que a humanização, mais do que uma lei, norma e/ou medida, precisa ser e estabelecer continuamente relações horizontais. Os gestores necessitam manifestar o interesse pela equipe de trabalho, conhecer seu grau de satisfação e conhecer os reais motivos de satisfação e insatisfação pessoal e profissional. Assim, para desenvolver a humanização, o profissional demanda reconhecimento de suas necessidades e a atenção necessária para desenvolver as habilidades humanitárias (SELLI, 2003).

6. 2 Resgatando os sinais e/ou iniciativas de humanização

A humanização do ambiente hospitalar requer, além da valorização do pensar coletivo acerca da temática, também, a valorização e reconhecimento dos sinais, projetos e/ou programas já existentes na instituição, tendo em vista um dos objetivos da Política de Humanização da Assistência à Saúde - PHAS - que é fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes nos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

O reconhecimento de iniciativas de humanização já existentes na instituição é premissa básica para o desencadeamento do processo de humanização no aspecto cultural. Neste sentido, cada integrante da equipe de humanização foi convidado a partilhar os sinais já evidenciados no seu círculo de trabalho. Inicialmente, registraram avanços tecnológicos e estruturais, mas, com o passar do tempo, todos entenderam e reforçaram a idéia de que a valorização do ser humano é premissa para a obtenção de resultados satisfatórios em uma empresa e pressuposto indispensável para desencadear um processo de humanização. É preciso compreender, no entanto, que a humanização não exclui a tecnologia, mas utiliza-a como um meio e não como um fim em si mesmo (FREIRE, 1987). Se o compromisso é com o ser humano concreto, com a causa de sua humanização, ele não pode prescindir da ciência, nem da tecnologia, as quais auxiliam na instrumentalização e na objetivação da temática proposta (FREIRE, 1979).

A partir dos sinais de humanização mais destacados, os integrantes demonstraram a importância das pequenas conquistas e avanços como fator motivacional e de diferenciação: *“O estímulo e a criatividade dos profissionais”* destacados representa algo aparentemente simples, mas de grande significação para os trabalhadores. *O “trabalho interdisciplinar cada vez mais intenso”* retrata a importância da integralidade e do espírito de equipe que precisa permear as relações de trabalho. Em suma, os profissionais valorizam relações pessoais próximas, mais do que grandes investimentos que geram altos

custos financeiros. Dentre eles, podem ser lembrados o atendimento humanizado ao telefone, confraternizações de final de ano, a celebração de datas comemorativas, entre outras.

Mais do que resgatar sinais de humanização é necessário, entretanto, resgatar a condição humana. A humanização demanda um processo de desenvolvimento e participação dos trabalhadores na vida da organização, o que implica desencadear o processo a partir da pessoa humana, a partir da sua história de vida, requerendo do ser humano empatia, sensibilidade e ousadia para desvendar o mundo que está dentro e fora de nós. Assim, os significados de humanização atribuídos pelos profissionais estão, mais especificamente, relacionados a um sistema de valores humanos e éticos nas relações de trabalho e nas relações entre os trabalhadores.

Para obter resultados de qualidade e relações humanas favoráveis entre os trabalhadores, é preciso que haja qualidade nas relações e no ambiente de trabalho: respeito ao ser humano, atendimento às necessidades humanas básicas, atenção às opiniões, honestidade e clareza na definição de papéis (NOGUEIRA, 1999). Sendo valorizado como pessoa, o profissional reconhecerá a importância do seu desempenho não apenas para a instituição, mas também para o seu próprio crescimento e sua auto-realização. Terá condições de ver, no doente, uma pessoa e, através desta ótica nortear a sua conduta profissional (MENDES, 1994).

Nesse contexto, falar e desenvolver um programa de humanização se constitui uma proposta gradual e desafiadora. As iniciativas governamentais de valorização aos hospitais que desenvolvem programas de humanização parecem estar mais voltadas para os projetos assistenciais, de retorno a curto e/ou médio prazos, quando, na realidade, o processo de humanização representa uma construção coletiva, gradual e de longo prazo.

O gerenciamento inteligente dos recursos humanos apesar de todos os avanços tecnológicos, ainda representa um grande desafio, principalmente, para as empresas

privadas e entidades públicas que desejarem a obtenção de melhores resultados na qualidade da assistência aos usuários, a partir dos trabalhadores.

6.3 A equipe de humanização interagindo com a realidade concreta através da visita aos setores

“É preciso ir ao encontro dos setores/funcionários para que todos possam nos conhecer e tomar conhecimento acerca de quem somos e o que fazemos”. Essa foi uma idéia defendida por grande parte dos integrantes da equipe. O próprio processo de desvendamento da proposta infundiu, nos integrantes da equipe, o desejo de colocar-se em uma atitude comprometida e ativa diante da realidade através de uma ação coerente e autêntica com as tarefas apontadas. Isso porque, que quanto mais adentramos a realidade histórico-social em que se constituem os temas geradores, tanto mais nos tornaremos comprometidos com a mudança, isto é, com a humanização (FREIRE, 1987).

O compromisso com a humanização, próprio da existência humana, só existe no distanciamento e engajamento com a realidade concreta. Um ser que é capaz de sair do seu contexto, de “distanciar-se” dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação somente este é capaz, por tudo isso, de comprometer-se (FREIRE, 1979).

Estabelecer um compromisso efetivo com a realidade e com o ser humano não é possível quando este tem uma consciência ingênua, neutra, ou ainda, se àquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo dado, estático e imutável, ou quando não vê e não capta a realidade como uma totalidade, cujas partes se encontram em permanente interação.

Numa atitude de distanciamento, os integrantes da equipe, divididos em pequenos grupos, realizaram, após vários encontros, um contato efetivo com a coletividade, através

de visitas aos setores, para compreender melhor a totalidade e vice-versa. Além do contato, esse momento buscou um compromisso com o ser humano concreto e a sua realidade de trabalho, na tentativa de compreender a dinâmica das relações entre a totalidade e as partes.

Desse modo, a humanização como um processo de desvendamento da realidade, na tentativa de transformá-la, pressupôs um processo educativo que não se limitou a um espaço físico, mas que transcendeu as barreiras pessoais, setoriais e culturais. Deu mostras de que a linguagem da humanização precisa sintonizar-se com a realidade concreta do ser humano e que educar significa tornar-se próximo para inaugurar um diálogo como atitude comprometedora. Portanto, é na integração que se realiza a investigação do universo temático coletivo, através da partilha, do diálogo e da tomada de consciência (FREIRE, 1987). Assim, interagir com a realidade concreta significou estabelecer vínculos humanos concretos para investigar, desvendar e compartilhar conhecimentos.

Nos setores, os profissionais automaticamente se agrupavam, como que esperando algo de novo. O novo assume, na concepção de Freire (1980), um caráter de práxis humana como resultante do ato ação-reflexão-ação. Desse modo, inicialmente, foi realizada uma breve apresentação da equipe e, a seguir, um esclarecimento quanto aos significados atribuídos à humanização no questionário anteriormente aplicado e, ainda, um resgate dos sinais de humanização já existentes no hospital. Feito isso, expuseram-se os objetivos e metas da equipe de humanização que, prontamente, foram acolhidos e apoiados por todos. Além dos esclarecimentos, também foram acrescentadas outras idéias e sugestões, principalmente, no que se refere à importância do trabalho em equipe para o alcance das metas propostas, o que caracteriza uma atitude comprometida e uma inserção crítica dos profissionais na realidade concreta.

A equipe poderia ter realizado essa primeira divulgação através de outros meios, mas comprometida e motivada pela sensibilidade, entendeu que o “humano” se manifesta

e expressa através de contatos concretos com a realidade, através de olhares, sentimentos e, sobretudo, através da valorização e reconhecimento.

Após um breve esclarecimento quanto à importância do processo de humanização hospitalar como resgate da dignidade humana em todas as suas dimensões, alguns funcionários concluíram que, para humanizar o atendimento ao paciente, todos os setores e funcionários necessitariam trabalhar integrados: “*O paciente, assim como o seu corpo, após o óbito, precisa ser cuidado e tratado com dignidade e respeito*”.. A integração, nesse contexto, representa o desvendamento da totalidade, para humanizar as partes. O processo de humanização somente será efetivo se estiver centrado na pessoa humana enquanto sujeito, independentemente do seu estado de vida e da sua condição social.

6. 4 A integração de novos profissionais nos encontros da humanização

Foi consenso na equipe de humanização que interagir e transformar a realidade não pode ser privilégio de algumas pessoas e/ou somente de uma equipe de trabalho, porém direito e dever de todos. Conforme Freire, ninguém pode *pronunciar* a palavra sozinho, ou pronunciá-la para os outros, num ato de prescrição, mas sempre através do diálogo que não se esgota na relação eu-tu, mas no encontro efetivo com as diferentes realidades, ou seja, através do diálogo consigo mesmo, com o outro e com o mundo (FREIRE, 1987).

O desejo de participação e o envolvimento mental e emocional demonstrados pelos demais profissionais encorajam e contribuem, significativamente, para a responsabilização no alcance de objetivos coletivos que pressupõem mudança de comportamentos em nível cultural. Isso demonstra que o verdadeiro compromisso com a humanização acontece, quando o profissional se aproxima responsavelmente do processo, para reconhecê-lo e apreendê-lo, não como um ideal abstrato, mas como um desafio a ser enfrentado coletivamente, através da participação consciente (FREIRE, 1987).

Com o avançar do processo de humanização, foi possível considerar o interesse demonstrado por vários funcionários, na expectativa de integrar a equipe de humanização e, principalmente, considerando os comentários realizados de que apenas as chefias¹⁷ estariam participando da equipe de humanização. A equipe de humanização entendeu que seria produtiva a participação, oportunamente, de dois novos funcionários dos diversos setores do hospital.

O esclarecimento do processo de trabalho da equipe de humanização aos novos integrantes contribuiu para sua compreensão e participação. Os convidados participaram, de forma ativa e dinâmica, dos trabalhos. Numa avaliação ainda que superficial o processo e a temática reforçados e esclarecidos à coletividade por intermédio desses novos integrantes, na maioria das vezes, obtiveram maior poder de persuasão, do que manifestações realizadas apenas pelos integrantes da equipe de humanização.

Os encontros com os profissionais convidados permitiram, portanto, uma significativa troca de vivências e conhecimentos específicos, o que conduziu à ampliação e compreensão do significado da humanização e multiplicação das atividades para a coletividade. Assim, foi possível compreender que o tema da humanização despertou, em alguns, curiosidade, em outros, expectativas e em outros, ainda, um espaço para a reivindicação de direitos e/ou o desejo profundo de mudança, não se caracterizando como

17 O questionamento **“por que só as chefias integram o grupo de humanização”** deixa, neste contexto, margem para inúmeras reflexões, tais como: que papel ocupa a chefia no seu círculo de trabalho? Que habilidades e/ou deficiências retrata sua relação com a equipe de trabalho? Estaria a chefia em uma posição de superioridade em relação aos seus subordinados? Que atribuições a chefia assume e/ou lhe são atribuídos pela administração? Como vem ocorrendo a formação dos profissionais para os cargos de liderança? Chama atenção, neste processo, que o profissional pelo fato de assumir uma função diferenciada e/ou integrar uma equipe de trabalho, muitas vezes, é confundido como chefia, ou seja, como alguém que detém poder ou que está hierarquicamente em um nível superior. Ficou evidente, em muitos momentos, que a chefia é vista como alguém “diferente” dos demais trabalhadores seja pelo seu modo de ser e/ou agir, seja pela função que exerce, ou seja, ainda, através das atribuições que lhe são conferidas. Para Freire, todas as relações necessitam se dar de forma horizontal. Desse modo, todo e qualquer processo interativo e co-participado entre sujeitos necessita estar baseado numa relação de diálogo que é compartilhado por sujeitos iguais em uma relação também de igualdade, o que constitui a essência e a estrutura fundamental para o desencadeamento de qualquer processo de mudança (FREIRE, 1996).

uma palavra oca e vazia de significados, mas traduzindo e carregando no seu bojo, sentimentos, questionamentos, provocações e o despertar de uma consciência desafiadora e transformadora. Foi possível constatar que oportunizar ao trabalhador a expressão e participação no processo de humanização, de forma comprometida, é de fundamental importância para a obtenção de valiosas informações acerca de métodos de trabalho, melhoria dos produtos e serviços prestados e a racionalização de custos (LUNARDI FILHO, 1995).

6. 5 Espaço concreto para o emergir da subjetividade - Banco de Idéias¹⁸

A criação do *banco de idéias* foi uma iniciativa da equipe de humanização, com o objetivo de estimular a participação da coletividade no processo de humanização, através da expressão de sugestões, idéias e/ou questionamentos. No entanto, em vez de idéias e sugestões, o espaço foi ocupado, mais especificamente nos dois primeiros meses, para desabafo e queixas pessoais e/ou coletivas, ou seja, constituiu-se em um espaço de reivindicações. Entretanto, manifestações dessa natureza, eram, também, esperadas, pela compreensão de ser esse um processo que pressupunha rupturas pessoais internas, rompimento de barreiras setoriais e profissionais, bem como o desvendamento da cultura de silêncio, presente em muitas situações e relações no ambiente de trabalho.

As manifestações eram recolhidas a cada dez dias e, após, detalhadas e relacionadas em uma listagem e, posteriormente, analisadas e discutidas nos encontros da equipe de humanização. Sempre que possível, o encaminhamento das sugestões, idéias e/ou reivindicações, aos órgãos competentes foi imediato. Da mesma forma, se deu o

18 O banco de idéias, nada mais é, que uma URNA devidamente identificada com o nome e seus objetivos, exposta no corredor de entrada dos funcionários, próximo ao cartão ponto, no espaço reservado para as manifestações relacionadas à humanização.

retorno aos funcionários, através de cartazes e informativos no quadro mural¹⁹. Na ocorrência de manifestações nominais, as mesmas foram encaminhadas aos profissionais diretamente envolvidos, tendo-se como premissa que todo o programa que pressupõe um compromisso autêntico com a humanização implica um processo de dialetização dos atos de denunciar e anunciar as verdades desveladas, isto é, “denunciar a estrutura desumanizante e anunciar a estrutura humanizante” (FREIRE, 1980, p.27).

Nos primeiros meses, além do predomínio de queixas e reivindicações depositadas na urna, o número de manifestações em cada coleta girava em torno de cinquenta ou mais. Foi surpreendente, neste sentido, a postura, o acolhimento e a compreensão tanto dos integrantes da equipe de humanização como também da direção do hospital quanto às manifestações, mesmo que divergindo daquelas apresentadas pelos trabalhadores. Inicialmente, alguns integrantes da equipe de humanização, perplexos diante das manifestações, verbalizavam os seus sentimentos dizendo: *“Tenho até perdido o sono, em determinados momentos, pensando nas manifestações e no que fazer...”*; ou *“precisamos ter paciência, este é apenas um momento de desabafo dos profissionais. No início de nossas atividades no grupo, aconteceu exatamente o mesmo. Logo, é um processo educativo gradual e muito lento”*, ou ainda, *“humanização é um processo cultural gradual”*.

O banco de idéias foi motivo de impacto pessoal e coletivo. Mesmo no anonimato, representou um espaço para trocas, partilhas e reivindicações. Foi motivo, também, de crescimento e participação para a instituição, através da possibilidade de problematizar questões latentes, provocar reflexões coletivas e questionar condutas ético-profissionais.

19 O mural constitui-se de um quadro de isopor encapado, com moldura externa de duas portas, podendo, inclusive ser chaveado. Identificado com o nome e objetivos, o mesmo é atualizado semanalmente, permanecendo exposto no corredor de entrada dos funcionários, no espaço reservado para a equipe de humanização.

A problematização das questões latentes possibilitou ao ser humano sair da neutralidade, o que representa, nesse contexto, um ato corajoso, decidido e consciente. A neutralidade frente ao mundo, aos valores “o medo que se tem de revelar o compromisso”. Portanto, o medo pode resultar de um compromisso contra a humanização, por parte dos que se dizem neutros. Assim, o verdadeiro compromisso com a humanização impele o ser humano para uma leitura crítica da realidade, na tentativa de provocar mudanças a partir de uma nova práxis humana e ética (FREIRE, 1979, p. 19).

As manifestações de desabafo e/ou reivindicações destacadas focalizavam, principalmente, a questão salarial; o relacionamento interpessoal; as condições de conservação do vestiário, do refeitório e da sala de descanso; um espaço coletivo para entretenimento dos funcionários e uma maior valorização e proximidade entre a administração e os profissionais.

6. 5. 1 Remuneração digna

A questão salarial deve ser considerada, além de uma questão de sobrevivência, pois representa também uma questão de motivação e valorização profissional. Sem um salário digno e compatível à função que o profissional desempenha, de modo a que sejam atendidos em suas necessidades, dificilmente os administradores conseguirão provocar mudanças institucionais, ou seja, dificilmente conseguirão com que os profissionais sejam humanos e/ou prestem uma assistência humanizada e qualificada aos usuários.

A motivação existe dentro do ser humano, não como algo abstrato, mas como um elemento dinamizador e impulsionador do comportamento humano. Contudo, a motivação não se mantém do nada. O ser humano, como um ser dinâmico, possui as suas necessidades humanas próprias que, num dado momento, podem ser denominados de desejos, aspiração e/ou objetivo pessoal (CHIAVENATO, 1992).

Para satisfazer a um profissional, utiliza-se, normalmente, o respeito para com o seu modelo de mundo. Para motivar um profissional, no entanto, é preciso ir muito além. Motiviar significa, nesse contexto, respeitar seu modelo de mundo e ir ao encontro das suas necessidades humanas básicas, isto é, movê-lo em uma determinada direção, tendo presente que o que move as pessoas são as suas necessidades. Reforçando a idéia exposta, Leocides (1995, p.164) enfatiza que motivar significa “essencialmente mostrar um benefício que atenda uma necessidade daquele momento”.

Comentários isolados levantaram, em determinados momentos, equívocos em relação à temática, tais como: “*mas, o que tem a ver o salário com a humanização?*” “*Salário e humanização são questões completamente distintas*”. É preciso destacar, no entanto, que a questão salarial, como fator motivador e de satisfação pessoal e profissional está diretamente implicada no processo de humanização. O tratamento humanizado não se concretiza se estiver centralizado unicamente em fatores motivacionais externos, ou somente no usuário. Os profissionais de saúde, para estabelecer um contato coletivo com os usuários, necessitam dispor das condições humanas básicas para desenvolver as suas atividades de forma digna e justa, (SELLI, 2003).

O fator motivacional salário, no contexto da humanização, precisa ser estabelecido como prioridade na escala hierárquica das organizações: “*Não tem como realizar um atendimento humanizado ao paciente se o salário não for digno e compatível com as exigências do mercado*” (G11). O compromisso com a dignidade do ser humano e com seus direitos é uma característica inerente ao cuidado do doente, mas também, do trabalhador. O que não pode acontecer no contexto das prioridades é relegar a dimensão humana à sombra da tecnologia, priorizando a tecnologia, priorizando a técnica, em detrimento do bem-estar e satisfação da pessoa humana (BETTINELLI, et al. 2004).

6. 5. 2 Relacionamento interpessoal

O relacionamento interpessoal define, normalmente, como as pessoas se relacionam entre si em uma organização e qual o grau de liberdade, envolvimento e participação nesse relacionamento humano. O relacionamento interpessoal define “se as pessoas trabalham isoladas entre si ou em equipe através de intensa interação humana” (CHIAVENATO, 1992, p.33).

“Construímos o mundo a partir de laços afetivos, que tornam as pessoas e as situações preciosas e portadoras de valores” (BOFF, 1999, p. 99). Um cumprimento, um elogio e reconhecimento por uma atividade bem desempenhada, um abraço e manifestações de apreço em uma data especial, representam muito para quem, de fato, está engajado no processo de humanização.

Sentimentos, como a insensibilidade, a incompreensão e a falta de empatia nas relações de trabalho, foram alguns dos sinais apontados pelos profissionais, na urna. Percebe-se que mais do que *fazer humanização* é preciso *ser humanização* em relação ao outro. O resgate dos valores humanos, isto é, da humanidade como essência do ser humano, não se consegue, apenas, com o trabalho mecanicista e burocrático, mas através de uma atitude consciente e uma práxis inovadora que pressupõe um voltar-se sobre si mesmo para descobrir o modo próprio de ser humano.

A humanização, nesta perspectiva, requer uma relação sujeito-sujeito, principalmente na relação chefia-funcionários; uma relação na qual haja espaço para a partilha, o diálogo e o reconhecimento de pequenos detalhes acerca da história de cada profissional. Um manifestante da urna assim se reportou: “*Humanização é trabalhar com dignidade, é ser reconhecido através de nossas competências. É chegar no setor e receber um bom dia com alegria e bom-humor. Por pior que esteja o mundo lá fora, é preciso transmitir aos nossos pacientes muita compreensão e carinho*”. Fica evidente, portanto, que a chefia, nesse cenário, como liderança da equipe, ocupa um lugar

privilegiado e essencial para a construção e promoção de um ambiente de trabalho favorável e propício ao tratamento humanizado.

Enfim, mais do que novas idéias, os funcionários destacaram o cuidado nas relações de trabalho. Um dos funcionários alertou: *“Humanizar é ter um ambiente de trabalho bom! Que lhe valorizem! Que falem contigo como gente! É colocar o respeito sempre em primeiro lugar”*. A pessoa humana se movimenta nos espaços organizacionais, construindo oportunidades de relações, e vivenciando o cuidado na ordem do seu potencial para demarcação e utilização desse espaço/direito, ou seja, de dependência e interdependência (BETTINELLI et al, 2004).

As pessoas vivem, freqüentemente, escravizadas pela estrutura do trabalho produtivo e despersonalizado. O convívio saudável e motivador, no entanto, geram maior produtividade e realização, além de produzir a humanização da técnica e suavizar as agruras do trabalho (CHIAPPIN, 1998). Humanizar significa, portanto, convívio saudável, reconhecimento e valorização de pequenos detalhes nas relações de trabalho, sabendo surpreender quem trabalha ao nosso lado. Significa, igualmente, empreender alguns segundos, minutos e/ou horas, quando necessário, para ouvir uma angústia, aconselhar uma dúvida e partilhar um sentimento. Enfim, humanizar significa colocar os interesses coletivos acima dos interesses exclusivamente individuais.

6. 5. 3 Ambientes coletivos acolhedores

O hospital, por se tratar de um local onde os funcionários permanecem e dedicam grande parte do seu tempo, do dia-a-dia, passa a ser considerado, para muitos, a “segunda casa/família”. Quanto mais aconchegantes e acolhedores os ambientes coletivos como o refeitório, o vestuário e a sala de descanso se constituírem tanto mais próximas poderão ser as relações afetivas e humanas.

A instituição hospital se constitui em um ambiente onde o ser humano libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva. Nesta, as pessoas dão algo de si mesmas e esperam algo em troca. A maneira pela qual esse espaço é moldado e estruturado influencia significativamente na qualidade de vida e na satisfação dos trabalhadores. Influencia o próprio comportamento e os objetivos pessoais de cada profissional. Esse modo de ser do profissional afeta diretamente o modo de prestar uma assistência ao paciente (CHIAVENATO, 1992).

Entre as inúmeras manifestações depositadas na urna, algumas alertam e advertem que: *“A humanização é colocar uma TV, relógio e plantas no refeitório e na sala de descanso para tornar o ambiente mais descontraído e agradável”*; *“Humanizar significa melhorar as condições da sala dos funcionários, significa colocar uma nova pintura na parede e a colocação de quadros e plantas ornamentais”*; *“Sugiro que proporcionem um vestiário mais adequado, pois o mesmo parece estar sempre sujo”*; *“Humanizar é colocar uma estante de livros na sala de descanso, para realizar leituras durante o descanso”*. Corroborando com as manifestações expostas, Boff (1999) salienta que a humanização assume o caráter de um ambiente de cuidado, através da capacidade de combinar o valor técnico e estrutural com o valor ético e estético, no sentido de fortalecer os laços e as qualidades humanas e melhorar a qualidade de vida.

O ambiente hospitalar, mais especificamente, como um ambiente de cuidado pode proporcionar, espaços coletivos, a construção de novos vínculos de amizade entre os funcionários, o fortalecimento de laços afetivos e a criação de novas possibilidades de crescimento e atualização. Sendo devidamente valorizados e implementados, o refeitório, o vestiário e a sala de descanso poderão favorecer o estabelecimento de uma rede efetiva de comunicação, informação e desenvolvimento coletivo. Lamentavelmente, esses locais são raramente visitados pela administração e, mais dificilmente, recebem a devida importância e manutenção, seja por desconhecimento, seja por falta de prioridades.

Quando o profissional compreende a sua realidade, sendo ela pessoal, ética, estética e/ou cultural, torna-se capaz de levantar hipóteses, de forma consciente, sobre o desafio dessa realidade e, deste modo, buscar soluções concretas e/ou apontar indicativos de mudança (FREIRE, 1979). A conscientização resulta, nesse contexto, em inserção crítica na história, na realidade concreta, no sentido de que sempre mais assuma o papel de sujeito na construção de mudanças estruturais e culturais.

A humanização possibilita ao ser humano exercer suas potencialidades criativas, desde que as condições ambientais e profissionais sejam facilitadoras (KANAAANE, 1994). A humanização significa poder integrar o sucesso com a felicidade, ou seja, conciliar o trabalho com a vida pessoal e a felicidade coletiva. Humanizar significa ser capaz de identificar e valorizar, na prática, o que é importante e fundamental aos olhos de quem convive e estabelece as relações de trabalho no coletivo. Em suma, os locais coletivos podem servir como elo de aproximação dos profissionais entre si que, dessa forma, estabelecem laços afetivos e efetivos ainda mais intensos.

6. 5. 4 Maior aproximação entre direção e trabalhadores

Ser lembrado, ouvido, valorizado e reconhecido pela administração representa, para os funcionários, um dos fatores mais satisfatórios em termos de humanização. *“Humanização é ser reconhecido e ouvido pela administração”*; *“Humanização é a administração estar próxima dos funcionários para conhecer as suas angústias e necessidades”*. Estas, entre outras, foram algumas das manifestações mencionadas em relação à administração e funcionários.

O funcionário não quer ser visto como um estranho, principalmente, em relação aos dirigentes. Não basta, no entender dos profissionais, ser trabalhador na instituição, importa sim, participar efetivamente do seu processo de desenvolvimento; ser reconhecido, ouvido e respeitado a partir de sua leitura da realidade.

Ser ouvido representa, nesse processo, algo que ultrapassa a possibilidade auditiva de cada um. Escutar significa por parte dos dirigentes a disponibilidade permanente em ouvir e acolher à expressão de anseios, expectativas e angústias dos trabalhadores. A verdadeira escuta, ou seja, a prática democrática de escutar, confere o direito de discordar, de contrapor idéias e de se posicionar como sujeito do processo (FREIRE, 1996).

Estabelecer relações humanas próximas entre direção e trabalhadores significa realizar uma leitura reflexiva da parcela de mundo que tem significação para os trabalhadores, na qual uma atitude democrática de escutar traduz-se, fundamentalmente, na capacidade de aceitar e respeitar as diferenças pessoais e profissionais. Respeitar a leitura de mundo dos trabalhadores pressupõe um diálogo horizontal e uma atitude de humildade crítica por parte dos dirigentes o que, no entender de Freire (1996, p. 121), “exprime uma das raras certezas de que ninguém é superior a ninguém, assim, como a falta de humildade se expressa na arrogância e na falsa superioridade de uma pessoa sobre a outra, o que representa uma transgressão da vocação humana do ser mais”.

Um número incalculável de ressentimentos, frustrações e descontentamentos, de atitudes de oposição e descomprometimento ocorre, de acordo com Chiappin (1998, p.62), “porque os profissionais são colocados à *beira da estrada*, porque não são chamados a participar do equacionamento de problemas que, direta ou indiretamente, lhes dizem respeito”. Nesta perspectiva, quanto mais os trabalhadores se afirmarem como sujeitos ativos e dinâmicos nas relações com os seus superiores tanto melhor irão desenvolver as suas aptidões em favor do crescimento e desenvolvimento pessoal e institucional. O trabalhador valorizado profissionalmente pode articular e harmonizar todo o seu ambiente, seu trabalho, os pacientes, a família e a comunidade e com o mínimo de esforço produz um máximo de rendimento, com prazer e realização.

A manifestação da necessidade de proximidade entre a direção e trabalhadores, no contexto da humanização, pressupõe a valorização da vida acima de qualquer processo estrutural e/ou tecnocientífico. São os profissionais, através do seu trabalho e das relações

que estabelecem, que determinam e retratam se o atendimento ao usuário é ou não é humanizado. Todo processo de humanização, para ser efetivo e transformador, necessita desvendar e respeitar a leitura de mundo dos trabalhadores, na tentativa de estreitar os laços de comunicação e compreensão da realidade.

6. 5. 5 Momentos de entretenimento

O ambiente hospitalar, por retratar muitas vezes um ambiente de dor, sofrimento e morte, necessita permitir relações afetivas próximas e, ao mesmo tempo, descontraídas. Contudo, os momentos de estresse, tensão e angústia, intrínsecos a este ambiente, geram, freqüentemente, um clima de trabalho e relações profissionais tensas, frias, distantes e desumanizadas.

As instituições de saúde têm sido o lugar onde, freqüentemente, prevalece a aceitação da doença e, não raramente, a negação da morte. A humanização, neste sentido, requer a construção de um novo modo de ser sujeito para encontrar um sentido cada vez mais humano para o trabalho. Um trabalho que não se reduz à produção de riquezas, mas um processo que permite aliar o prazer de trabalhar à produção de riquezas (LUNARDI FILHO & LEOPARDI, 1999). Isso significa que é preciso descobrir meios para revitalizar o trabalho e preencher a vida com atos significativos para si e para os outros.

O desejo de querer buscar e realizar “algo mais” no trabalho demonstra que o trabalho por si só é insuficiente para sustentar um clima favorável e relações próximas e afetivas, ou seja, é incapaz de produzir prazer e felicidade. Os trabalhadores mencionaram, como atos significativos, algumas atividades de entretenimento enquanto suporte valioso na tentativa de restaurar as forças internas para o alcance dos objetivos. Argumentaram sobre a importância de atividades, como a ginástica laboral, atividades lúdicas, momentos de relaxamento e descontração, oficinas de trabalhos manuais que funcionem regularmente, entre outros.

Mais do que alternativas desestressantes, as atividades de entretenimento auxiliam no fortalecimento das relações afetivas e humanas no/para o trabalho, além de proporcionar ao ser humano um equilíbrio e autocontrole das reações e relações de trabalho. O convívio saudável gera maior produtividade e realização e, ainda, produz humanização da técnica e suaviza o trabalho tenso e mecanizado (CHIAPPIN, 1998). Entretanto, convivemos com frequência em ambientes tensos e pouco humanizados, cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, porém desprovidos de afeto, atenção e solidariedade (BETTINELLI et al, 2004). Para tornar o clima de trabalho mais prazeroso e mais humano, é fundamental, estimular e atentar para os atos significativos ou de descontração, manifestados, pelos trabalhadores, como forma de resgatar a subjetividade e minimizar as relações de estresse e tensão. A humanização representa um espaço mobilizador de autocuidado.

6. 6 Humanização em Ação

Com o intuito de mobilizar todos os trabalhadores para a importância do processo de humanização no hospital, foram estimuladas diversas atividades interativas e de valorização pessoal e coletiva, na expectativa de aproximar os setores, fortalecer as relações de equipe, agregar valores, reconhecer as iniciativas de humanização e debater sobre as ações de humanização já implementadas pela equipe de humanização. Deste modo, “**Humanização em Ação**” foi o tema escolhido para nortear os trabalhos da VI Semana de Enfermagem, do I Fórum de Humanização, do Concurso de Redações e do Festival de Talentos, eventos desenvolvidos no decorrer do ano de 2004.

Desencadear um processo de mobilização coletiva para a produção de conhecimento em um determinado foco supõe, de acordo com Freire (1996), um jogo tático por parte do educador/coordenador para tornar-se simpático à coletividade. Logo, esse jogo tático visa à produção de conhecimento *com* os trabalhadores e não *sobre* eles e a substituição de uma maneira mais ingênua de conhecer a realidade por outra mais crítica

de interligar os serviços. Produzir conhecimento de forma democrática e coletiva acerca da humanização pressupõe, neste contexto, estabelecer um processo educativo dinâmico, criativo, participativo e sistemático do conhecimento, a fim de que os trabalhadores assumam efetivamente o seu papel de sujeitos da produção de sua inteligência acerca da temática.

Para potencializar qualidades pessoais e coletivas, as equipes de cada setor buscaram demonstrar, de forma criativa, dinâmica e comprometida, iniciativas de humanização que já vinham sendo desenvolvidas em cada área específica do hospital. As expressões e manifestações dos profissionais foram as mais diversificadas possíveis. Um clima de satisfação, integração e participação tomaram conta do ambiente e de todos os participantes. Relato, neste momento, a fala de uma técnica de enfermagem, proferida na apresentação do seu setor:

“Humanização, por quê?”.

“No momento em que dispomo-nos realizar uma determinada tarefa, devemos estar preparados para as situações adversas, ter claro os objetivos e aonde queremos chegar”.

Quando adentramos na área da saúde, por mais rotineiras que possam ser as nossas tarefas diárias, sempre encontraremos um universo diferente em cada paciente, em cada acompanhante e em cada companheiro de profissão, assim como também representamos um universo diferente para cada um deles.

Um dia nos acordamos felizes, em outro, chorosos, em outro ainda, neutros e assim passamos os dias sem, muitas vezes, nos darmos conta que muito exigimos dos outros, mas pouco nos doamos e é aí que a humanização entra como uma grande fonte de auxílio, primeiro para nós mesmos. Por quê?

Porque;

- humanizando-nos, estaremos provando aos descrentes que os bens materiais e títulos não são fatores determinantes nas relações humanas;*
- humanizando-nos, saberemos o que vamos receber dos que já buscaram este objetivo;*

- *humanizando-nos, traremos a esperança para tantos que chegam às portas dos hospitais, hostilizados pelos maus tratos e pelas discriminações financeiras e sociais pelos quais são atingidos;*
- *humanizando-nos, faremos brotar e descobriremos valores e dons até então adormecidos pelo nosso próprio receio de expor-nos;*
- *enfim, humanizando-nos seguiremos o maior preceito deixado por Deus aos seres humanos 'faça ao próximo o que gostaria que fizessem a nós mesmos';*

Em todos os momentos, somos chamados à humanização. Quantos são os profissionais pelos quais passa o paciente desde a sua chegada até a sua saída; se todos estes já se encontrarem no processo de humanização, com certeza, será um paciente que não lembrará dos momentos de enfermidade, mas sim dos momentos de cordialidade, carinho, respeito e amor com que foi tratado e que, comprovadamente, são complementos de extrema necessidade para uma total recuperação e ainda levarão consigo a segurança, caso haja a necessidade do retorno ao hospital.

Humanização é uma via de mão dupla. Quando você utilizar os seus meios para o trato com todos os que o cercam em sua vida profissional, social e familiar, o maior beneficiado será você mesmo. Portanto, humanize-se e trate os outros com humanização, mas sem nenhuma distinção. Utilize os seus talentos e dons interiores para com todos para que, associados as suas técnicas profissionais, possam trazer a você, a cada dia, uma nova experiência gratificante e renovada, uma nova expectativa a cada segundo, não somente pelos bens materiais almejados e acumulados, mas pelas lágrimas secadas, pelo acalento proporcionado, pelo carinho distribuído e tanto mais”(Técnica de enfermagem, 2004).

Esse pronunciamento retrata a experiência de uma reflexão singular de humanização vivenciada no contato consigo mesmo, com o outro e com o mundo. A reflexão revela, evidentemente, um intenso trabalho de subjetivação, através do próprio processo de assimilação e conhecimento acerca do tema. É preciso lembrar, porém, que a humanização não se reduz a uma apreensão pura e simplesmente de conhecimentos, mas se traduz, sobretudo, na expressão de habilidades e atitudes. Logo, “quanto mais me torno capaz de me afirmar como sujeito que pode conhecer tanto melhor desempenho minha aptidão para fazê-lo” (FREIRE, 1996, p. 124).

O ser humano é, por excelência, um ser de relação, interação e auto-organização. A singularidade humana reside, portanto, na autoconsciência, na autodeterminação e na capacidade permanente de responsabilizar-se, socialmente, através de uma habilidade e atitude ética e profundamente humana. Toda expressão subjetiva reside na capacidade de criação e assimilação pela qual modifica seu mundo circundante.

No seu processo de conhecimento, portanto, o ser humano possui a capacidade de refletir sobre si mesmo e, através da sua ação, buscar, constantemente, ser mais. Logo, é através da auto-reflexão que o ser humano pode descobrir-se como um ser inacabado em constante busca. Sendo assim, deve ser sujeito de seu próprio processo de conhecimento e mudança e não seu objeto. Esta busca, portanto, “deve ser feita com outros seres que também procuram ser mais e em comunhão com outras consciências” (FREIRE, 1979, p.28).

Entre outros relatos/avaliações realizados pelos trabalhadores, ao término da VI Semana de Enfermagem, menciono os seguintes:

“Das poucas horas em que participei da programação da semana, pude perceber a importância do trabalho de enfermagem no hospital. Pude perceber, também, o esforço do pessoal em melhorar cada vez mais a sua prática através do conhecimento técnico e humano. A semana contou com excelente organização e divulgação. Penso que o tema ‘humanização em ação’ pode atingir outros setores além das unidades da Santa Casa”.

“Eu achei muito proveitosa à semana. Acho importante a interação entre os setores do hospital da Santa Casa, pois, é importante que na humanização todos interajam e saibam, ou melhor, tenham conhecimento do trabalho de todos”.

“Tive, este ano, a oportunidade de participar de várias palestras, oficinas e peças teatrais que foram realizadas durante a semana. Por isso, posso afirmar com convicção que a VI Semana de Enfermagem estava fantástica. A variedade de trabalhos relacionados à humanização ampliaram muito os meus conhecimentos, também os momentos divertidos que, mais do que

nunca, mostraram que a equipe de funcionários da Santa Casa é inteligente, comunicativa, divertida e dedicada à sua tarefa... agradeço a Deus pela oportunidade de fazer parte de uma equipe tão virtuosa. Acredito que os responsáveis pela organização foram muito felizes na escolha do tema: Humanização em Ação, pois em minha concepção, humanização é o que temos de mais carente em nossa sociedade. A minha sugestão para a próxima Semana de Enfermagem é que o tema da semana seja: 'Hospital, um mundo dentro de nossa sociedade'... desejo que estas idéias nunca sejam esquecidas”.

Os relatos destacam a importância da integração entre todos os setores do hospital, principalmente, por se tratar do compartilhamento de vivências em termos de humanização de cada setor. Em vários momentos, na fala dos funcionários, ficou evidente que, para valorizar e trabalhar de forma integrada, torna-se necessário conhecer e reconhecer o potencial criativo dos profissionais dos diversos setores. Assim, no compartilhamento de experiências e conhecimentos específicos, todos se enriquecem e crescem mutuamente.

O gerenciamento do conhecimento no processo de humanização, portanto, deve propor aos trabalhadores uma reflexão sobre a postura profissional, sobre suas responsabilidades, potencialidades e sobre o seu papel ético no clima organizacional. Sendo assim, o desenvolvimento do conhecimento específico não se limita ao aprendizado técnico, mas na busca e no esforço de aliar conhecimento técnico com conhecimento humano. O que importa, realmente, é ajudar o ser humano a ajudar-se. É fazê-lo agente e sujeito de seu próprio conhecimento, através de uma postura consciente e reflexiva acerca da realidade, de modo a estabelecer um verdadeiro compromisso com o processo de humanização (FREIRE, 1996).

No processo de desvendamento do conhecimento acerca da humanização, é preciso fomentar e estimular equipes de trabalho, para que todos os trabalhadores se sintam responsáveis pelo êxito ou fracasso desse projeto. Os trabalhadores conscientes do seu processo de conhecimento reconhecem que o esforço na busca de objetivos necessitam ser

compartilhados entre todos (SHINYASHIKI, 2000). Quanto mais estimulada for a equipe, maior consciência seus participantes terão de sua importância e de sua capacidade de transformação da realidade.

Então, o papel do líder/coordenador no desencadeamento de um processo democrático de construção do conhecimento não se pode dar de forma autoritária, recusando escutar os trabalhadores e/ou se fechando a uma atitude criadora dos sujeitos. Esse processo envolve a iniciativa do coordenador no sentido de estimular, constantemente, o *querer* dos trabalhadores no processo de trabalho, ajudando-os a envolver-se de modo participativo e responsável no processo de superação das barreiras do seu próprio mundo pessoal (FREIRE, 1996).

Os profissionais necessitam ser surpreendidos e desafiados, constantemente, a buscar novas e criativas formas de interagir e promover o conhecimento e crescimento pessoal e da equipe. É fundamental, portanto, criar oportunidades para que a equipe possa expressar os seus talentos e sentimentos, dividir as suas ansiedades e compartilhar os sonhos. Humanização significa reconhecer pequenas e grandes conquistas, estabelecer métodos de integração entre os setores e apontar novos caminhos para o crescimento e a transformação da realidade.

O processo de humanização hospitalar centrado nos trabalhadores, portanto, requer abertura e flexibilização da estrutura organizacional e hierárquica, por parte de quem o promove, para ouvir queixas e angústias, debater divergências e encontrar soluções conjuntas. Deste modo, o I Fórum de Humanização da Santa Casa de Misericórdia objetivou estabelecer um espaço coletivo para a reflexão, debates e demonstração de atividades realizadas pela equipe de humanização, de maneira que o programa de humanização ganhasse maior visibilidade e se constituísse em um processo educativo de transformação e humanização da cultura organizacional.

A equipe de humanização buscou, inicialmente, problematizar os objetivos, as metas e a filosofia de trabalho da equipe. A seguir, realizou uma amostragem das ações de

humanização já realizadas pela equipe e com a participação da coletividade. Nesse sentido, procurou-se ilustrar e valorizar as ações que já vinham sendo desenvolvidas em todos os setores, mais especificamente, por todos os profissionais do hospital, independentemente do seu local de trabalho. Mais do que o trabalho e a técnica, buscou-se enfatizar a vida e a dedicação de cada profissional que, muitas vezes, se esconde atrás de uma máquina e/ou de ações mecanizadas, como mostra a fala: “*precisamos enxergar a vida do trabalhador que se esconde atrás de uma máquina*” (G17). Bettinelli et al, (2004) compreendem que o significado da vida no processo da humanização inclui não somente atribuições técnicas dos profissionais, mas a capacidade de compreender o ser humano enquanto um ser complexo e singular.

A alta tecnologia dos centros hospitalares é necessária e inevitável em determinadas situações, para assegurar a manutenção da vida do paciente. O profissional, no entanto, precisa ser compreendido de forma diferenciada. Com efeito, a humanização não pode dispensar a humanidade dos trabalhadores. O sorriso, a delicadeza e o acolhimento ao paciente são fatores de fundamental importância no cuidado diferenciado e humanizado. Um sorriso custa menos que a força elétrica e rende muita luz (LEPARGNEUR, 2004). Sobrecarregados, cansados e absorvidos pela alta tecnologia, portanto, os profissionais carecem do tempo ou força para estabelecer estes vínculos humanos eficazes.

Os participantes que haviam lotado o auditório tanto no período da manhã quanto no período da tarde demonstraram excelente adesão à idéia proposta. No momento em que a equipe de humanização proferiu a sua fala, foi mencionada, com ênfase, a importância da participação coletiva na Urna e nas demais atividades propostas no transcorrer do processo. Em continuidade, foi aberto um espaço para o debate, que contou com excelente participação e com contribuições valiosas. Dentre as manifestações, alguns funcionários ressaltaram a importância do trabalho de humanização no hospital e das mudanças que já vinham observando e acompanhando nas relações e condições de trabalho.

No debate, porém, chamou atenção principalmente, a fala de uma das funcionárias que, de forma clara, objetiva e corajosa, expressou o seu modo de pensar, mencionando:

“A humanização entrou no hospital em boa hora, foi preciso melhorar as relações de trabalho. Desde que o grupo começou os trabalhos, quatro membros do grupo já mudaram bastante o seu modo de ser. Os mesmos profissionais que antes passavam pela gente e faziam de conta que não nos conheciam e/ou nos tratavam como qualquer um, hoje, já nos cumprimentam e se dirigem para a gente com jeito e delicadeza (...) inclusive eu, também já mudei muito, agora já consigo me controlar e cuidar quando me dirijo aos colegas e/ou pacientes. Antes, costumava por qualquer coisa, chamar o colega de animal, não por mal ‘oh! Animal por que não fez isso?’ Hoje, já aprendi que este termo não soa bem, mesmo que não o dissesse por mal; mas a gente pode melhorar ainda muito mais” (Técnica de Enfermagem, 2004).

Ao término da fala, a funcionária foi aplaudida por todos. Fica evidente na fala, o movimento que a humanização foi capaz de gerar. Pequenos gestos, antes insignificantes, passaram a ter uma maior visibilidade nas relações de trabalho. No entanto, percebe-se que os integrantes da equipe de humanização ficaram, nesse processo, muito mais expostos a críticas, já que passaram a ser observados continuamente, o que não parece ocorrer em outras comissões e frentes de trabalho. Isto mostra que a humanização amplia o conhecimento do ser humano em torno de si e de sua forma de estar sendo na relação com o outro, substituindo, gradativamente, uma visão ingênua por uma visão crítica, principalmente, no que diz respeito às relações profissionais, deformadas pelos especialismos estreitos (FREIRE, 1979).

A humanização, por levar em conta um compromisso verdadeiro com a realidade e com o ser humano concreto, coloca em evidência, continuamente, através do confronto pessoal e interpessoal, os sentimentos de acolhida, compreensão e os valores humanos acerca da conduta profissional. É um processo que, se assumido com responsabilidade e compromisso, propõe uma mudança de atitudes e comportamentos em nível pessoal e cultural.

A humanização caracteriza-se como um processo de conscientização que compreende a realidade em uma esfera mais crítica, por meio da dialetização dos atos de denunciar e anunciar. Quanto mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência da temática da humanização (FREIRE, 1980). A humanização como processo de conscientização do ser e fazer profissional, não pode existir fora da ação-reflexão, ou seja, fora da práxis que pressupõe um repensar das atitudes e comportamentos.

Os funcionários, ao mesmo tempo em que observam e acompanham as mudanças no modo de ser dos integrantes da equipe de humanização e dos demais trabalhadores, também estão dispostos e se propõem um processo de mudança no nível pessoal, demonstrando que o processo de humanização potencializa o compromisso do ser humano com o mundo, com os outros e consigo mesmo, a partir de uma dívida que assumiu ao fazer-se profissional.

6. 6. 1 Concurso de Redações

Despertar os profissionais para a leitura sobre humanização hospitalar, estabelecer vínculos, desvendar conhecimentos, estimular a participação coletiva e a busca de novos conceitos e alternativas conjuntas para o desencadeamento do processo de humanização foram alguns dos objetivos do Concurso de Redações com o tema: “Humanização em Ação”.

O trabalhador, para ser considerado um ator socialmente responsável e comprometido com a humanização, precisa estar inserido na realidade de forma criativa, participativa e crítica. Se a estrutura social vigente é considerada obra do ser humano, a sua transformação, também, o será. Isto significa que a tarefa fundamental do ser humano é a de ser sujeito e não objeto da transformação. Tarefa, portanto, que na compreensão de Freire (1979) exige do trabalhador, aprofundamento, leitura, reflexão, compartilhamento de vivências e compromisso autêntico com a humanização. A percepção ingênua da

realidade cede lugar a uma percepção crítica onde o ser humano é capaz de perceber-se e, deste modo, descobrir sua presença criadora e potencialmente transformadora desta mesma realidade.

O concurso de redações contou com a participação de profissionais dos mais diferentes setores do hospital. O grau de instrução dos participantes variou entre 1ª grau incompleto à pós-graduação, sendo que os três primeiros classificados possuíam 2º grau completo. Para tornar a atividade ainda mais atraente, a qual contou com a participação de um número significativo de trabalhadores, a equipe indicou uma comissão avaliadora com o objetivo de classificar as dez melhores redações a serem premiadas. Os critérios de avaliação basearam-se, fundamentalmente, na profundidade, clareza e objetividade na abordagem do tema.

A divulgação dos resultados foi cercada por um ato solene, realizado no Auditório do hospital com a presença e apoio da Direção e Provedoria do mesmo. As redações classificadas foram lidas para os participantes e, após, premiadas. Neste sentido, o evento se constituiu em um espaço altamente educativo, participativo e valorativo das potencialidades e habilidades dos profissionais. Buscou-se a conscientização dos trabalhadores acerca da humanização, no sentido de proporcionar um processo estimulador, criativo, crítico e inovador, por se ter presente que quanto mais o trabalhador for levado a refletir sobre a sua situacionalidade, mais emergirá dela conscientemente carregado de compromisso com sua realidade, da qual não deve ser simples espectador, mas ator e sujeito de transformação (FREIRE, 1996).

A profundidade do tema abordado retratou inúmeras concepções e entendimentos quanto ao enfoque da humanização. Enquanto alguns descreveram a humanização centrada no paciente, outros focalizaram a humanização no trabalhador e, outros ainda, nas condições de trabalho.

O primeiro classificado do concurso, funcionário com apenas um mês de serviço na instituição, do setor da portaria, reportou-se, inicialmente, como leigo no hospital, para

a sua visão de funcionário do hospital. Vale, destacar, nesse sentido, a sua capacidade de análise, observação e reflexão acerca do tema. Enquanto outros, talvez, necessitassem de muito tempo para perceber a importância da temática, esse profissional visualizou uma forte relação e integração entre todos os setores, o que, do seu ponto de vista, significa humanização.

Humanização já!

“Ambiente frio, marcado pelo medo, pela dor e pelo sofrimento. Esta é a visão, que muitas pessoas possuem de um hospital; esta é a visão de quem vê um hospital pelo lado de fora...”

Ao passar da portaria, a pessoa que pensa isso muda completamente. O ambiente aquece com o calor humano, o medo dá lugar à calma, a dor ao alívio e o sofrimento à esperança.

Em um hospital, é necessária e fundamental a humanização. É preciso dar condições para que pacientes e familiares sintam-se bem mediante a situação em que se encontram.

Dos médicos aos porteiros, dos diretores aos copeiros, da higienização aos enfermeiros, enfim, a humanização deve partir de todos os que fazem esta “cidade” à parte funcionar.

Esta “cidade” tem vários “moradores”, cada um com uma história, cada um com uma necessidade de carinho, um cuidado diferenciado, mas todos possuem um único objetivo, a vida” (Porteiro, 2004).

A segunda classificada, funcionária com vários anos de trabalho na instituição, reportou-se à humanização de forma crítica e provocadora. A partir de uma leitura da realidade global, relaciona humanização com a tecnologia, com o materialismo desenfreado e o individualismo crescente.

Humanização não são palavras mas atitudes

“Numa época em que há o risco, das pessoas se transformarem em meio a tanta miséria humana é comum nos depararmos com notícias tipo: filho mata os pais, “tênis da Onda” é motivo de cobiça nas ruas, sem falar, que nos assustamos até com um bom dia desprezioso, dado por um desconhecido na rua, achando que é assalto e não sinal de boa educação.

Que mundo “meu Deus”, que o poder aquisitivo de uns é um insulto para outros! E nesse tumulto de falsos valores, busca-se hoje, urgentemente uma palavra esquecida pela correria diária “A humanização”. Para uns palavra de significado desconhecido, para outros a salvação das gerações futuras.

Será que no meio de tantos gestos automatizados, cronometrados, ela terá espaço? Certamente quando o relógio despertar anunciando a largada de um novo dia, para uma corrida tão cheia de obstáculos que virou nossas vidas, nos conscientizemos que basta um sorriso, um bom dia dado na rua, uma palavrinha a mais de conforto, esperança de recuperação, ou mesmo ser um bom ouvinte, mude o futuro, principalmente nós funcionários da Santa Casa de Misericórdia que já incluímos esta atitude tão significativa na nossa rotina, já que em meio a tantas adversidades e não só por teimosia, levamos nossa profissão acima de tudo por vocação” (Funcionária do Laboratório de Análises Clínicas, 2004).

A terceira classificada do concurso aponta para uma possível resposta às necessidades emergentes. Desse modo, apresenta a Educação enquanto processo de humanização e plenificação da condição humana.

Humanização é Educação

“Os seres humanos tem como base da sua existência duas palavras chaves que são: a humanização e a educação. São elas que permitem a concretização da vida humana em sua plenitude.

Humanizar, não é simplesmente tornar-se humano, mas sim, é ter como meta à educação e o respeito às leis do “Criador”. Não podemos transformar está sociedade materialista e consumista, enquanto as drogas, a prostituição, a desigualdade social, a ignorância, a inveja e outros vilões não forem abolidos, por quê do contrário, a vida estará sempre em risco.

Mas o homem não parou por ai, ele evoluiu intelectualmente a ponto de descobrir o genoma humano e assim, dominando a ele mesmo, foi a lua, para descobrir outros planetas e outras tantas invenções; se pensarmos por este lado, não é difícil definir humanização.

Humanização vai muito além do conhecimento e intelectualidades, ela se traduz no respeito à “vida” desde seu

princípio até o fim com amor, afeto, amizade, compreensão, empatia, respeito e humildade” (Técnica de enfermagem, 2004).

Sendo considerado um processo participativo, o processo de humanização necessita adotar uma postura flexível com relação às concepções sobre poder e influência, o que implica a adoção de estratégias capazes de potencializar e canalizar a criatividade e o poder de argumentação dos trabalhadores. O programa de humanização, cujo foco reside na capacidade estratégica de mobilizar a coletividade para a construção participativa e criativa do processo, propicia o alcance de objetivos organizacionais consistentes, traduzidos em melhor qualidade no trabalho e na satisfação e realização do trabalhador (KANAANE, 1994). O desafio do gerente, nesse contexto, consiste em criar um espaço para que a criatividade e a inovação possam florescer.

Entendido, também, como um processo educacional, a humanização necessita apontar um novo caminho para um viver humano melhor, pautado em princípio com vistas a respaldar os valores solidários, a partir de uma perspectiva reflexiva e crítica. Ser solidário, na perspectiva da humanização, significa demonstrar sensibilidade e flexibilidade, o que implica trabalhar com e nas diferenças e a capacidade de sentir empatia para com o outro (BETTINELLI, 2002).

Para intensificar o processo de participação e valorização dos profissionais, foi organizada, com a iniciativa do Provedor e Direção do hospital, uma semana comemorativa, alusiva aos 157 anos do hospital, com o intuito de aproximar trabalhadores, diretores e usuários da instituição. Mesmo não sendo considerado um ano jubilar, a festividade dos 157 anos buscou traduzir o compromisso e o reconhecimento da instituição, de modo a surpreender os trabalhadores que, incansavelmente, prestam serviços com responsabilidade, independentemente do dia da semana e/ou do ano em curso.

A semana contou com uma programação diversificada e criativa, com atividades específicas para todos os dias da semana. Já no primeiro dia, as entradas do hospital

foram caracterizadas e coloridas com tons festivos para proporcionar um ambiente festivo e atrativo. Os trabalhadores foram recepcionados com uma carta de reconhecimento e agradecimento, elaborada pelo Provedor do hospital, em que procurou destacar o espírito de serviço e dedicação de cada funcionário e colaborador. Na ocasião, foi entregue também, um *botton* com o dizer: “Santa Casa de Misericórdia – 157 anos com você”.

No segundo dia, foi realizado um ato solene e público de entrega de Medalhas aos mais de 70 funcionários e médicos, com mais de 25 anos de serviço na instituição. A solenidade foi realizada no Auditório do hospital, com a presença da Provedoria e Diretores. O local foi tomado pela forte emoção, alegria e gratidão, tanto por funcionários e médicos, como também pelos seus familiares.

No terceiro dia, foi realizada, no auditório do hospital e na presença dos dirigentes, a divulgação do Concurso de Frases em resposta a pergunta: “O que a Santa Casa de Misericórdia representa para você?” O concurso contou com a participação do Grupo de Apoio do hospital (grupo de voluntários), no que se refere à seleção das frases e à doação de brindes para a premiação das melhores frases, dentre as quais, destacam-se:

- *“Santa Casa! Sabedoria para ensinar, coragem para lutar, esperança no amanhã e a certeza de que somos uma grande família”.*
- *“Santa Casa! Instituição soberana que com sua imensa acolhida alivia a dor de quem com esperança vem em busca da cura”.*
- *“Santa Casa! A luta pela vida, a fé de um novo dia e a esperança de um dia melhor”.*
- *“Santa Casa! Com você: o prazer de trabalhar, a alegria de conviver e o orgulho de sonhar”.*

A instituição hospitalar constitui o ambiente dentro do qual os trabalhadores vivem a maior parte de suas vidas. A maneira pela qual esse ambiente é moldado e estruturado influencia, de forma positiva e/ou negativa, no clima de trabalho. Logo, é o clima organizacional que interfere no próprio comportamento e no alcance dos objetivos pessoais de cada ser humano. Para contribuir com um clima favorável e estimulador, é preciso “permitir que as pessoas trabalhem

com o coração e com a inteligência e não apenas com os músculos e com os hábitos. Que participem da empresa de forma criativa e comprometida” (CHIAVENATO, 1992, p. 20).

No quarto dia da semana, além de um ato comemorativo na Creche, que pertence à instituição, foi realizada a divulgação do funcionário destaque de cada setor. A solenidade aconteceu no Auditório do hospital, com a entrega de um “certificado funcionário destaque”, pelos dirigentes do hospital, aos profissionais eleitos com a maioria de votos pelos colegas dos devidos setores.

O abraço na Santa Casa. Assim, ficou marcado o quinto e último dia da semana comemorativa aos 157 anos. O abraço, como um ato solene, despertou fortes emoções e uma integração entre a comunidade interna e comunidade externa. Em síntese, o gesto do abraço aliou competência técnica e ternura humana, direção e comunidade externa, trabalhadores e pacientes, isto é, agregou sentimentos e emoções.

A semana atingiu as suas expectativas pela mobilização e participação efetiva, por parte dos funcionários, médicos e dirigentes do hospital, bem como através da mobilização da comunidade externa, fossem eles pacientes, acompanhantes, fornecedores, prestadores de serviço, grupo de apoio e/ou comunidade em geral. A humanização, nesse contexto, representa integração, valorização, reconhecimento, emoção, sensibilidade e resgate de valores históricos.

No entanto, os gestores precisam manifestar um constante interesse, sobretudo, pela equipe funcional, conhecer seu grau de satisfação e quais os motivos geradores de satisfação e insatisfação pessoal e profissional. Os serviços de saúde serão, nesse cenário, tanto mais eficazes e humanizados quanto mais articularem o conhecimento técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação entre direção, profissionais, usuários e comunidade. “Assim como o paciente, o profissional é um ser humano único e, como tal, demanda reconhecimento de suas necessidades e a atenção necessária para ter condições de desenvolver a habilidade humanitária no seu ser/fazer profissional” (SELLI, 2003, P. 252).

7 – HUMANIZAÇÃO CENTRADA NO USUÁRIO

“Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de trabalhar e de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda a dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado (...). Significa colocar o interesse coletivo da sociedade, da comunidade biótica e terrenal acima dos interesses exclusivamente humanos. Significa colocar-se junto e ao pé de cada coisa que queremos transformar para que ela não sofra, não seja desenraizada de seu habitat e possa manter as condições de desenvolver-se e co-evoluir junto com seus ecossistemas e com a própria terra” (BOFF, 1999, p.102).

A humanização centrada no usuário seja no paciente, seja em seus familiares, significa nortear a política institucional de humanização no foco que representa a razão de ser e existir de um hospital. Focalizar a humanização no paciente compreende, antes de tudo, uma relação efetiva de cuidado, que pode ser traduzida na acolhida, na ternura, na sensibilidade, no respeito e na compreensão do ser doente e não da doença. Significa, também, reduzir ao mínimo a ruptura entre a vida normal do paciente e a que lhe impõe restrições. O paciente e a sua família precisam ser acolhidos com a sua história pessoal e social, seus valores, suas crenças e seus sentimentos. Significa, portanto, tornar a permanência do paciente no hospital o menos traumática possível, já que o hospital, por si só, muitas vezes, representa dor, sofrimento e perdas.

7. 1 O paciente frente à hospitalização

O ser humano procura o hospital, geralmente, porque a presença de algum sinal e/ou sintoma indica que não está bem. Busca respostas às suas angústias e dúvidas, solucionando o seu problema, e/ou procura, em última instância, alívio para as suas dores, que podem ser de ordem física, psíquica, moral ou espiritual.

Sendo um organismo eminentemente social e comunitário, onde vivem e convivem as mais diversas equipes profissionais, o hospital, sem sociabilidade organizada, mais dificilmente funcionará organizadamente e jamais conseguirá proporcionar um atendimento humanizado. A dinâmica de equipe não é apenas uma opção, mas se constitui em uma necessidade operacional. O hospital cresce e humaniza-se quando as equipes de trabalho se integram. As relações humanas sociais são imprescindíveis para o funcionamento humanizado das ações e relações de trabalho. A humanização maior ou menor do hospital está no seu grau de boas ou más relações humanas entre seus trabalhadores e usuários (CHIAPPIN, 1998).

O cuidado, no contexto da humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional, pois, o poder de transformar pelo amor, pela compaixão e pelo cuidado não são dons especiais de nenhuma seleta minoria (SILVA, 1999). Para compreender a dimensão do cuidado em sua amplitude e profundidade, do ponto de vista existencial, o cuidado encontra-se presente em todas as situações e acontecimentos, o que significa que ele existe na natureza e em todas as situações de fato. As relações de cuidado nunca são de domínio sobre, mas, de convivência, não pura intervenção técnica, porém interação (BOFF, 1999).

As pessoas que buscam um hospital, na maioria das vezes, estão doentes e vulneráveis. Assim, ao internar-se, o paciente não o faz apenas com um membro fraturado, uma cefaléia intensa ou um câncer. Nesses casos, especialmente neste último, que por si só já é um grande agravante, o paciente traz consigo fatores de ordem emocional, cultural, econômica e social. Conseqüentemente,, dores do paciente se unem às dores dos familiares e a de tantos outros pacientes já internados com as suas histórias pessoais e familiares, proporcionando um agravamento ainda maior do seu estado de saúde. Os pacientes hospitalizados, salvo raras exceções, apresentam-se ansiosos, temerosos e, freqüentemente, depressivos durante a sua hospitalização, o que vem reforçar a responsabilidade dos profissionais pelo seu cuidado como pessoa integral e não simplesmente pela parte do seu corpo considerada doente (MENDES, 1994). É preciso compreender que o mundo do doente caracteriza-se por uma ruptura do mundo habitual, dos significantes, dando a idéia de que a doença estabelece uma parada no percurso de seus projetos e expectativas de vida.

O cuidador, nesse cenário, necessita reconhecer as particularidades de cada paciente como sua família, amigos, lazer, trabalho, tipo de alimentação e outros tantos apegos que podem tornar a sua estada especial. Deixando o seu “lar aconchegante”, o paciente, muitas vezes, sem opção, passa a integrar um ambiente completamente estranho e hostil à primeira vista. Passa a ser cuidado por profissionais desconhecidos; a conviver e dividir o seu quarto com outros doentes, mais ou menos graves; a ocupar uma cama, na

maioria das vezes, desconfortável; ouvir ruídos, alarmes e sons que lhe provocam insegurança; receber cuidados íntimos, os quais podem lhe causar vergonha e constrangimento; acompanhar e/ou sofrer procedimentos invasivos e despersonalizados; sofrer a dor de outro paciente que geme ao seu lado e, por fim, a modificar os seus hábitos rotineiros. Como, então, humanizar este “bem comum”, para que seja capaz de atender e reconhecer a singularidade de cada paciente? Que atitudes o cuidado vem tentando colocar em evidência?

Além dos fatores já mencionados, o paciente e a família passam, também, a conviver com a insegurança da possibilidade de um medicamento ser administrado incorretamente; a conviver com um ambiente que, freqüentemente, não lhes confere garantia de limpeza e higiene e, não raro, a conviver com a morte.

Falar em humanização e cuidado, requer, de todos os profissionais, a preocupação com o cliente, desde o ingresso no hospital, necessitando ser consideradas as condições materiais e organizacionais do acolhimento, bem como de sua permanência no hospital, assim como as condições morais, técnicas e relacionais dessa permanência. Para focalizar a reflexão no paciente e seus familiares, ilustrarei, inicialmente, uma experiência de quem já foi paciente, relatada em um dos encontros da equipe de humanização.

7. 2 Uma experiência de quem já foi paciente

“Ser paciente é totalmente diferente que ser médico”. Essa foi à frase que norteou uma longa e comovente reflexão, relatada por um médico, durante a sua experiência como paciente na Unidade de Tratamento Intensivo - UTI - em uma unidade de internação do hospital. Desse modo, ilustrarei, a seguir, a experiência, com a devida autorização do profissional que prontamente se dispôs contribuir para a construção deste trabalho.

“Um doente em coma percebe, constantemente, todos os movimentos e ouve tudo o que acontece ao seu redor. Para quem conhece todo o funcionamento da UTI, ainda é mais difícil do que para uma pessoa leiga. Durante a minha estada na UTI, sempre me preocupei muito com a minha família, já que ela é a base de tudo. Imaginava, freqüentemente, a ansiedade deles sem saber o que poderia estar se passando comigo, se havia passado bem à noite, se havia dormido, se estava melhor (...). Na minha situação de paciente, jamais me queixei de alguma coisa. Ouvia e acompanhava em silêncio todos os procedimentos e à administração de cada medicamento a mim e aos outros pacientes. Os comentários, tanto por parte da enfermagem como por parte dos médicos, normalmente, eram realizados próximo aos pacientes, o que sempre me causou um grande desconforto. Na minha opinião, os mesmos deveriam ser realizados em um ambiente reservado. Em alguns hospitais, já existem box para individualizar o paciente e, nestes casos, a família acompanha o paciente. Entendo, que se a família estiver consciente e quando tiver um bom equilíbrio da situação real do paciente, a sua participação poderá auxiliar muito na recuperação dos pacientes (...). Para mim, a UTI foi um “inferno”. São luzes acesas durante as vinte e quatro horas o que impede o descanso do paciente, comentários indevidos próximos dos pacientes, ruídos e alarmes a todo o instante, entre outros. Seguidamente, ouvia algum funcionário falando alto para o médico: ‘a pressão está baixa, posso aumentar a dopa’? Então, logo imaginava que tudo estava acontecendo comigo, ou pensava será que vai morrer? A UTI, é um ambiente onde se vive uma insegurança constante. No dia da alta, perguntei a uma funcionária se iria dar alta da UTI e, imediatamente, e de forma muito indelicada, respondeu: ‘o senhor já está com alta’. Em seguida, ouvi da mesma funcionária o seguinte comentário: ‘hoje, não estou com a mínima vontade de trabalhar’! Logo, pensei, o que será de mim hoje? Se não está com vontade de trabalhar, será que vai me cuidar bem? Será que não vai administrar algum medicamento trocado? O paciente que já se encontra fragilizado pela dor, com estes comentários piora ainda mais (...). Sei de hospitais, onde a humanização em relação ao cuidado dos pacientes aumenta em até seis meses a sobrevida dos pacientes. Por outro lado, os médicos que trabalham na UTI, muitas vezes, não estão suficientemente preparados para esta função. O paciente, independente da condição em que se encontra, quer viver – Deus nos deu um corpo para que o cuidássemos, neste sentido, temos a obrigação moral de cuidá-lo. Ao sair da UTI para um quarto do

hospital, mais uma vez me deparei com barulho intenso, inclusive à noite. Quando pensei que poderia descansar e me recuperar do estresse da UTI, comecei a ouvir gritos e choro de mães que estavam para dar à luz. Por várias vezes, tive a sensação de estar na maternidade. Diante de toda esta experiência vivenciada no hospital, como paciente, quero, agora, me colocar à disposição para desenvolver um trabalho voluntário para tornar o atendimento ao paciente mais humanizado”.

No relato, fica evidente o quanto foi sofrido e desgastante estar do outro lado – *ser paciente* – e, em muitas situações, permanecer impotente e sem nada conseguir verbalizar. Os integrantes da equipe, imediatamente, concluíram que precisamos tratar os paciente e familiares com mais calor humano, pois de nada valerão os esforços gerenciais, financeiros e tecnológicos de um hospital, se o cuidado acontecer de forma antiética, sem delicadeza e sem respeito para com a pessoa doente (BARAÚNA, 2003). O afago, o carinho e a ternura, na opinião da equipe, fazem a grande diferença no cuidado humanizado. A ternura é, portanto, sinônimo de cuidado essencial. Significa afeto e cuidado que se aplicam a uma situação existencial. É um conhecimento que vai além da razão, emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros.

O cuidado humanizado se traduz, também, na capacidade de identificação com a disposição e/ou estrutura psicológica do paciente, isto é, procurar sentir o que se sentiria se estivéssemos na situação do paciente; tentar entender as razões e o significado da comunicação verbal e não-verbal. Desse modo, o cuidado humanizado se revela como arte, porque pressupõe o intercâmbio permanente entre a pessoa que cuida e é cuidada. Entretanto, esse mesmo cuidado precisa estar fundamentado em princípios científicos e, sobretudo, em ações práticas e humanitárias de valorização e repercussão mútuas (MENDES, 1994).

No relato do médico, foi possível observar, também, o quanto, apesar de sua condição de fragilidade e vulnerabilidade, o paciente é capaz de assimilar cada gesto, cada fala e/ou expressão à sua volta. A família é, no entanto, para o paciente, motivo de

preocupação constante. Preocupando-se, inclusive, com a sua ansiedade e insegurança em relação a sua condição real, demonstrando o quanto na sua condição de impotência, necessita estar próximo dos que lhe são significantes. Nesse sentido, freqüentemente, as rotinas e normas se contrapõem a um ato humanizado, aumentando o estresse, a angústia e o prolongamento do tratamento.

Observa-se, com freqüência, que a informação prestada ao paciente limita-se ao que o profissional julga ser necessário e suficiente, não considerando a compreensão que o doente tem sobre a sua doença e o seu processo terapêutico. O paciente fica submetido a uma relação de submissão e, não raras vezes, é visto como um simples objeto manipulável, isto é, numa relação reducionista entre sujeito-objeto (FREIRE, 1996). A patologia, discutida pelos profissionais de saúde junto ao paciente, por vezes é tratada como se apenas ela se constituísse no “sujeito” e o paciente num mero objeto (BARROS et al, 2003).

O fato de estar doente e assim se reconhecer significa, para o paciente de acordo com Py e Oliveira (2003), ingressar num código próprio de conceitos, que nada tem a ver com o biomédico. É um processo único e peculiar que requer a passagem por diferentes caminhos psíquicos, próprios das suas características pessoais, ou seja, é um processo de integração única e particular do paciente com a sua doença, que somente ele, e nenhum outro, apresenta.

A alta tecnologia disponível parece ter tido pouca representatividade e conotação. Mais importante que a tecnologia foi à informação correta, a garantia de segurança no tratamento, o silêncio, a família, a competência profissional, enfim, os pequenos “detalhes” que, no seu entender, fazem a grande diferença. Estabelecer um cuidado humanizado eficaz pode representar uma série incontestável de detalhes, ou seja, um contínuo “*dar-se conta de*” o que pode ser diferente, o que é significativo para cada paciente, o que o torna especial e valorizado.

O cuidado humanizado, como expressão de pequenos “detalhes” implica, por parte do cuidador, na compreensão do significado da vida, na capacidade de compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. Na humanização, sempre é possível ir adiante, se cultivarmos ternura, solidariedade e acreditarmos no ser humano. Ser sensível à situação do outro é, portanto, perceber o querer ser atendido com respeito, em um vínculo de diálogo e de interesses compartilhados (PESSINI et al. 2003).

Em suma, o que chama atenção são os sentimentos verbalizados pelo médico a respeito do paciente que, nesse cenário, expressam dor, inconformidade, insegurança e desrespeito, sentimentos que, na sua condição como médico, talvez, jamais imaginasse revelar e/ou vivenciar. De certa forma, o profissional se sentiu desprestigiado e desprezado enquanto paciente e ser humano, a ponto de, aparentemente, desejar participar da construção de um trabalho de humanização da instituição que contribuísse para amenizar a dor dos pacientes.

7.3 A criação de um ambiente de cuidado humano

Proporcionar um atendimento integral e humanizado ao paciente compreende, antes de tudo, relações humanas de cuidado que envolva o cuidador, a pessoa cuidada, a família, o ambiente propriamente dito e a sociedade. A humanização focalizada no paciente pressupõe, nesse sentido, um ambiente de *cuidado humano* que inclui desde o ambiente estético, a equipe de trabalho, os sistemas de informação, a integração hospital-comunidade, de modo que todos trabalhem interconectados e inter-relacionados.

7.3.1 Ambiente estético

O aspecto físico de um hospital, a sua “imagem” externa e interna, representa um alto indicador de qualidade, que se traduz na preservação, manutenção e/ou reestruturação

do patrimônio físico. Quanto mais estético, tanto maior o conforto e a satisfação do clima de trabalho. A localização dos diversos serviços, o fluxo de pessoas, o número de pacientes e acompanhantes, a presença de entradas específicas contribuem de forma favorável e/ou desfavorável na integração e sistematização humanizada dos serviços.

O tipo e a qualidade das acomodações, a limpeza dos aposentos, a ventilação e a luminosidade, a pintura das paredes, a presença ou não de ruídos representam, para o paciente, a garantia de segurança e conforto. No entanto, quando uma instituição não oferece uma acomodação desejável, por inviabilidade financeira, estaria deixando de prestar um atendimento humanizado?

É preciso atentar, de modo especial, para as enfermarias com mais de quatro ou seis leitos, para assegurar o mínimo de conforto e privacidade ao paciente, pois comumente são ruidosas, expõem os pacientes à vista dos outros, podendo contribuir para o sofrimento psicológico de pacientes frente ao estado grave que podem se encontrar os demais. Entretanto, os pacientes têm consciência dos seus direitos? Para realizar a humanização que supõe a eliminação das barreiras setoriais e sociais, é absolutamente necessário, de acordo com Freire (1980), transcender as situações limites nas quais os homens são reduzidos ao estado de coisas. Não se trata, aqui, de uma crítica depreciativa ao sistema de saúde vigente, mas, uma conscientização acerca das condições estruturais e funcionais em que, muitas vezes, os pacientes ficam expostos e reduzidos.

As instalações sanitárias necessitam ser em número suficiente e os chuveiros em bom estado de conservação e funcionamento. Dispositivos para estabelecer contato com os profissionais, telefone, televisor para ocupação e entretenimento são algumas das alternativas que podem contribuir e auxiliar na recuperação do paciente. É indispensável, portanto, que os profissionais diretamente envolvidos na assistência *participem ativamente* no planejamento, manutenção e conservação do ambiente estético.

Em suma, estabelecer um programa de humanização hospitalar, no entender da equipe de humanização, não significa executar ações imediatas, esperando que elas

produzam um efeito permanente. A humanização, nesse campo, somente terá êxito se houver participação efetiva dos trabalhadores na vida do hospital, seja no planejamento, no acompanhamento e na manutenção, seja na avaliação permanente da estrutura. Desse modo, o programa converte-se num esforço comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, como ponto de partida para o processo efetivo de humanização no contexto hospitalar (FREIRE, 1996). Não basta oferecer aos usuários uma belíssima estrutura hoteleira; é preciso que ela seja funcional tanto para o usuário, quanto para os profissionais.

7. 3. 2 A equipe de trabalho

O trabalho em hospitais envolve, essencialmente, o trabalho em equipe, composto por diferentes profissionais da área da saúde. As boas ou más relações humanas no ambiente hospitalar são facilmente percebidas e decodificadas pelos pacientes, familiares e comunidade em geral. O paciente, desde o momento em que entra pela porta do hospital, fica muito mais suscetível e atento à postura dos profissionais, podendo, com frequência, observar, de forma detalhada, a cor dos cabelos, a cor e o feitio do uniforme, os gestos, o olhar e a forma dos trabalhadores se posicionarem e falar. Cada detalhe, no profissional, pode ser minuciosamente avaliado e decodificado.

O que nos caracteriza como seres humanos é a necessidade de vivermos em uma permanente relação com o outro, não só no sentido prático, mas, principalmente, no suporte emocional através do carinho e da atenção. A humanização passa a ser uma questão básica de relacionamento no trabalho diário de toda a equipe (LAPERUTA, 2003). A utilização da comunicação interpessoal na relação com o paciente, portanto, é uma forma de diferenciação no cuidado e de responsabilidade social no trabalho. É preciso ter em mente que “o paciente é, antes de tudo, um ser humano e o seu relacionamento com ele, embora estritamente profissional, envolve o encontro entre dois eus abertos, cegos, secretos, desconhecidos (SILVA, 1996, p. 122). Assim, para tornar o

relacionamento com o paciente mais humanizado, é preciso prestar maior atenção aos gestos, às palavras, ao silêncio, ao sorriso, que caracterizam algumas das posturas que o profissional assume no contato com o paciente.

A humanização, a partir dos trabalhadores, compreende, portanto, a integração dos profissionais e serviços. O elemento humano requer estar acima da tecnologia, dos papéis, da burocracia e de gestos mecanizados. Cada profissional, em seu campo específico de atuação, necessita desenvolver a sensibilização contínua, para tornar as relações humanas integradas e humanizadas (CHIAPPIN, 1998).

A equipe de humanização, ao discutir e analisar as relações de cuidado estabelecidas pela equipe de trabalho entendeu que a técnica, freqüentemente, se sobrepõe ao aspecto humano: *“O paciente deveria ser chamado sempre pelo nome e jamais de forma impessoal através da utilização de termos como: leito... tal, número... tal”* (E8). *“Precisamos, cada vez mais, estabelecer uma relação de empatia com os pacientes”* (E12). Neste sentido, *“(...) o apego das pessoas por determinadas coisas deve ser respeitado (...), o que para nós pode parecer insignificante, para o paciente, muitas vezes, é tido como especial”* (E9). O que se evidencia, nestas falas, ainda é uma posição ingênua das relações de cuidado e a inexistência de uma *práxis* comprometida com a humanização. Todo o processo de humanização assume, a partir de uma inserção crítica do trabalhador, na realidade concreta, um processo de conscientização que se caracteriza, de acordo com Freire (1980), na unidade dialética do ato ação-reflexão.

Mais que executar uma tarefa e/ou cumprir uma função específica, é preciso, portanto, atentar para a forma e o contexto em que as mesmas se inserem. Estabelecer regras e traçar metas não representa tudo na vida de uma instituição. Além das regras gerais, os profissionais necessitam estar inseridos na realidade, de forma consciente e comprometida, para serem capazes de compreender o paciente como sujeito e, desse modo, terem presente a sua história de vida, sua cultura, suas crenças, valores e sonhos. No contexto da humanização, não basta internar o paciente e lhe fornecer um aposento

confortável. A internação humanizada compreende uma boa acolhida, um sistema de informação integrado e funcional que assegure o respeito aos seus direitos.

O cuidado humanizado, a partir dos trabalhadores, pressupõe um processo educativo de reflexão, estímulo e conscientização para desenvolver ações e atitudes mais humanizadas, independentemente da função que cada profissional exerça. Quanto mais os profissionais conseguirem articular conhecimento técnico e científico aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos, tanto mais próximos estarão de um ambiente de cuidado humanizado e integrado. Contribuir para a recuperação do paciente, por meio de atitudes simples, de uma palavra, de um gesto de carinho representa, para Baraúna (2003), estabelecer uma nova cultura de respeito e valorização, não da doença, mas do ser humano que adoece, a partir de uma relação sujeito – sujeito e não sujeito – objeto.

7. 3. 3 Sistema de Informação Integrado

A informação compreende uma via de mão dupla. Uma via relacionada à equipe – pacientes e a outra via equipe – equipe. Contudo, tanto uma quanto a outra necessitam integrar o sistema de informação global da instituição.

A informação no sentido equipe - pacientes foi tema de discussão em vários encontros da equipe de humanização. Um dos integrantes da equipe fez o seguinte comentário: *“Na ocasião em que tive um familiar internado na UTI, senti muita falta de esclarecimentos e informações por parte dos profissionais, principalmente, informações relacionadas à evolução dos pacientes. Sempre que alguém abria a porta da UTI, tínhamos a sensação, como familiares, de que algo de ruim tinha acontecido com os nossos pacientes. Os profissionais saíam e entravam na UTI sem nada dizer e, freqüentemente, sem mesmo olhar para nós”* (E5). A abertura nos horários de visita e a permanência dos familiares mais próximos por maiores períodos de tempo dentro das UTIs, contribuem valiosamente para a segurança dos pacientes, seus familiares e, também, para os profissionais, por estarem mais próximos para ajudar o paciente a passar

pelo processo de doença/recuperação e, algumas vezes, pelo processo de uma morte digna (LAPERUTA, 2003).

Outro relato refere-se à transferência dos pacientes da UTI para outro local do hospital, por ocasião da reforma. *“Tendo realizado parcialmente a transferência, um dos pacientes que ainda restava ser transferido e que no momento encontrava-se lúcido e ativo, foi observado com uma expressão facial apreensiva e muito temerosa diante do movimento de vai e vem e, principalmente, diante da presença de grande número de funcionários no local, inclusive, funcionários da manutenção. Ao ser questionado se estava ciente do que estava acontecendo no local, o paciente respondeu: ‘pelo movimento e correria, acho que a UTI está pegando fogo’. Entendo que o paciente poderia ter sido vítima de graves conseqüências, devido a uma desinformação total” (E11).*

A equipe concluiu que seria necessário um trabalho mais intenso acerca da informação equipe – paciente. *“Precisamos normatizar o sistema de informação tanto para os familiares, como para os pacientes, tendo em vista que o bom senso e as exceções devem estar a cima de qualquer norma” (E9).*

A informação é um elemento fundamental no contexto hospitalar. Um simples exame, uma troca de leito, um diagnóstico incorreto, uma administração de medicamento, um jejum para a cirurgia desprovida de informação transparente, clara e objetiva entre a equipe e/ou equipe – pacientes, poderá expor o paciente a uma seqüência de desencontros, insegurança, medo e/ou fatalidades. A informação correta diante de qualquer procedimento representa segurança, transparência e participação efetiva no processo de cura. Para o familiar, a informação representa o elo mais profundo e primordial de relacionamento com a equipe. Um olhar, um gesto, uma palavra são suficientemente vitais e representativos no cenário da informação.

A falta de informação/comunicação evidenciada nos relatos determina, portanto, uma relação que se estabelece entre vários profissionais e os pacientes, invariavelmente, a partir de uma relação verticalizada, ou seja, o poder dos primeiros sobre o segundo. Os

termos excessivamente técnicos, utilizados com frequência pelos profissionais, reforçam a relação sujeito-objeto. Esse tipo de relação, entretanto, contrapõe-se a dialogicidade como uma exigência existencial básica do ser humano. Estabelecer uma relação dialógica terapêutica requer, do profissional, “uma posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que o outro não é um homem ‘perdido’, fora da realidade, mas alguém que tem toda uma experiência de vida e por isso também é portador de um saber” (GADOTTI, 1996, p. 86).

A equipe de trabalho deve envolver sua competência interpessoal, a fim de atingir os objetivos terapêuticos em sua plenitude. Assim, é somente pela comunicação por palavras, gestos e/ou expressões que a equipe poderá ajudar o paciente a compreender seus problemas, a enfrentá-los e solucioná-los: “É pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem” (STEFANELLI, 1993, p.20).

Importa cada vez mais, no contexto da humanização, a rede de informação e/ou comunicação, a partir de uma relação sujeito-sujeito. Entre os obstáculos que prejudicam a colaboração entre os vários setores hospitalares, muitos resultam, da insuficiência das relações entre os trabalhadores. As falhas de informação/comunicação são particularmente visíveis no hospital por constituir-se um estabelecimento amplo e complexo (LAPARGNEUR, 2004).

A informação centrada nas equipes de trabalho requer um processo amplo e específico para cada setor. A informação inicia com a entrada do paciente no hospital, ou mesmo antes, através dos Serviços de Urgência. A equipe de internação libera o leito ao setor, certifica-se da identidade do paciente, dos seus dados pessoais para o agendamento de exames e cirurgias e da informação do prognóstico. Contudo, para que a equipe de saúde estabeleça uma informação integrada e integradora, precisa sentir-se comprometida

com a missão do hospital; logo, precisa estar inserida conscientemente na realidade institucional. A equipe necessita estar bem informada sobre a filosofia institucional e o funcionamento dos serviços. Como esperar que a equipe informe corretamente pacientes e familiares se, muitas vezes, os próprios profissionais não são bem informados quanto ao funcionamento da instituição como um todo?

7. 3. 4 A integração hospital – comunidade

O hospital, como um espaço da comunidade, não é um local privativo, mas um *bem comum* da comunidade. Oferecer um tratamento digno, resolutivo e comprometido socialmente constitui-se, no contexto da humanização, o grande desafio. Restabelecer a saúde e promover alternativas preventivas para uma melhor qualidade de vida, portanto, são características básicas da missão do hospital, que não se constituem um fim em si mesmo, mas em um meio que integra uma rede ampliada de relações sociais.

Entretanto, o hospital nem sempre se limita apenas a sua missão como tal. Desse modo, com frequência, passa a ser um refúgio para os deserdados, um abrigo para os sem teto, alimento para os flagelados e cuidado para os órfãos. Que compromisso social é esse? Qual sistema de saúde conseguirá viabilizar e garantir uma assistência de saúde com qualidade, nessas condições? Qual hospital conseguirá sobreviver e/ou se manter atuante nesse contexto? Qual será, então, de fato, o compromisso social do hospital? Esses, entre outros, foram alguns dos questionamentos e discussões provocados pelos integrantes da equipe de humanização.

Para retratar essa problemática social, registro a fala de um dos integrantes da equipe de humanização:

“Quero, hoje, participar um problema para o grupo e gostaria que ajudassem a encontrar uma solução para minha indignação (...). Inúmeras vezes, me deparei com pacientes em condições de alta, mas, acabaram permanecendo no hospital ou porque a família não havia condições de manter a dieta indicada,

outras vezes, porque a família não conseguiu os medicamentos para dar continuidade ao tratamento ou ainda, porque não dispõem de ninguém para cuidar do paciente. Os órgãos competentes responsáveis pelo fornecimento da dieta levam, em média, 30 dias para a sua liberação. Nestes casos, o que fazer? Liberar os pacientes e interromper o tratamento e incorrer em penalidades judiciais, como ocorreu com colegas há pouco tempo? Ou então, deixá-los ocupando um leito do hospital, enquanto outros pacientes permanecem nas filas de espera por uma internação? Para amenizar estas situações adversas, sugiro que se faça campanhas e/ou que se crie um fundo para resolver situações semelhantes a curto prazo”.

A seguir, outro integrante da equipe de humanização continuou com a reflexão, dizendo: *“Percebo, seguidamente, um grande descaso para com os pacientes terminais (...). Há poucos dias, me deparei com um paciente que necessitaria fazer determinado exame fora do hospital, devido o aparelho estar em manutenção. Logo, fui informado que o exame seria realizado em seis meses e, somente, mediante agendamento; neste caso, o hospital foi obrigado a pagar o exame ao paciente, sendo que este deveria ter sido realizado pelo SUS”* (E5). Indignada e perplexa, outra profissional perguntou: *“Será que hoje não existem outros meios diagnósticos, que não sejam estes exames tão sofisticados e onerosos?”* (E7). Diante de tudo isso, pergunto: de que adianta possuir alta tecnologia disponível, quando um atendimento básico, como a falta de uma dieta e/ou de um medicamento específico podem antecipar a morte de inúmeros pacientes?

A sofisticação tecnocientífica acelerou, mais especificamente, nos últimos anos, o aparecimento de uma medicina cada vez mais especializada, sofisticada e, freqüentemente, desumanizada: *“O pouco vínculo que ainda havia na relação médico-paciente foi se rompendo. Equipamentos foram valorizados e substituindo o contato humano”* (TOLEDO FILHO, 2003). Com o desenvolvimento de uma medicina cada vez mais complexa, surgem, no entanto, também, hospitais cada vez mais complexos e sofisticados.

Diante desse cenário, como falar e de que forma desenvolver um programa de humanização, que não seja mais uma proposta demagógica de uso político, mas que leve em conta o ser humano não apenas como doente hospitalizado, mas como um ser integrado e comprometido socialmente? Encontramo-nos diante de um cotidiano cada vez mais desafiador e comprometedor. Deparamo-nos, quase que diariamente, com situações adversas e de indiferença social, as quais, do profissional, solidariedade e o atendimento digno. Para Pessini et al, (2003), ser sensível à situação do paciente é perceber o querer ser atendido com respeito, em um vínculo de diálogo e de interesses compartilhados. Como vincular o diálogo e os interesses compartilhados entre hospital - comunidade? Que interesses, de fato, devem ser compartilhados para que haja a recuperação e a promoção da saúde do paciente nas diferentes esferas da comunidade?

A Política de Humanização necessita constituir-se em um canal efetivo que veicule e integre os direitos e deveres dos pacientes no contexto privativo, social e governamental, tendo em vista a formalização de um sistema integrado e comprometido com o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes em todas as suas dimensões. Para ser efetiva e resolutiva, a humanização necessita centrar-se nos trabalhadores, nos usuários e firmar-se, principalmente, no compromisso social coletivo. Não basta humanizar a assistência ao paciente dentro do hospital se, fora dele, faltam-lhe os elementos básicos para a sua subsistência. O processo de humanização não envolve apenas o campo da saúde, mas necessita atravessar todas as fronteiras setoriais, políticas e governamentais.

7. 4 Resgatando atitudes, valores e sentimentos

O significado da vida passa necessariamente pelos valores, sentimentos e atitudes que guiam o modo de ser dos profissionais, no sentido de prestar um atendimento diferenciado e humanizado, a partir de uma *práxis* comprometida com a mudança. É premente, no contexto da saúde, criar uma cultura de resgate dos valores, dos sentimentos

e das atitudes humanas, como um possível caminho para a humanização. Um bom dia educado e cortês, no momento da internação do paciente, pode fazer diferença, assim como uma mão que orienta o processo de internação e conduz o paciente até o seu aposento com interesse; um gesto de acolhida no setor, pela equipe de enfermagem; um ambiente agradável, ventilado, iluminado, estético, limpo e livre de ruídos; uma alimentação saborosa, diversificada, bem apresentada e com temperatura adequada; o medicamento adequado e apresentado na hora e dosagem correta; um exame realizado no dia e horário agendados; uma roupa de cama limpa e bem apresentada; a visita médica diária; uma prescrição multiprofissional orientada e executada adequadamente; um sistema de informação integrado; horários de visita flexibilizados em número e horário; um clima institucional favorável; um quadro funcional adequado em número e qualidade; a qualidade e conservação dos recursos materiais; a pesquisa de satisfação na alta do paciente e a integração hospital-comunidade podem fazer diferença.

Entretanto, no contexto da humanização, não basta fazer diferença, o que, nesse sentido, não passaria de um programa de qualidade. A doença, no contexto de humanização, vai além de uma fratura, de uma dor súbita e/ou de uma mudança no funcionamento do corpo. A doença vem, portanto, acompanhada por um ser fragilizado, que pensa, sente e reage de acordo com seu estado afetivo, social, emocional, econômico. Cada paciente possui uma história de vida singular, a qual precisa ser compreendida, problemas familiares que necessitam ser desvendados e encaminhados, costumes e hábitos específicos, particularidades específicas que são inerentes a cada ser humano.

Nesse contexto, resgatar sentimentos, valores e atitudes não significa apenas estabelecer padrões de atendimento e qualidade, significa estabelecer prioridades, a partir da realidade concreta de cada paciente. A equipe de humanização, em um dos encontros, teve inúmeras reflexões e questionamentos sobre a melhor forma de fazer a diferença no atendimento. Assim, como proceder com os familiares oriundos de outras cidades e que, muitas vezes, não têm onde pernoitar e com o que se alimentar? Como proceder com os pacientes, oriundos de outras cidades, quando a ambulância não os transporta no dia da

alta? Como proceder com os pacientes que não têm família e/ou acompanhantes próximos, permanecendo em total abandono? O que fazer e como agir com os pacientes que permanecem internados no hospital durante vários meses?

O compromisso com a humanização pressupõe conscientização, no sentido de tomar posse da realidade. A humanização requer um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva, na qual o ser humano concreto esteja sendo impedido de ser mais (FREIRE, 1979). A humanização, em suma, busca estabelecer vínculos de cuidado entre profissionais – pacientes e familiares - e compreender não apenas a doença, mas principalmente, o ser doente. O cuidado, desse modo, significa abrir-se à realidade do outro, assim como ele se apresenta, sem procurar transformá-lo e adequá-lo a padrões, expectativas e formalidades previamente estabelecidos (BETTINELLI et al, 2004). Enfim, para ser e fazer o diferencial nas relações do cuidado humanizado no ambiente hospitalar, requer-se do profissional da saúde que atue com humanidade, solidariedade, sensibilidade, além de postura ética e dignidade de caráter.

7.5 O morrer humanizado

No mundo contemporâneo, a morte digna e humanizada, acompanhada por pessoas de estima, tornou-se, com raras exceções, um morrer científico. A morte pode ser caracterizada como um evento científico pelo monitoramento e aperfeiçoamento da alta tecnologia; um ato passivo porque, freqüentemente, quem define se o paciente deve ou não viver é o médico e/ou a família; um fato profano, uma vez que, dificilmente, as crenças e valores dos pacientes são levados em conta, e um fato social, porque, na maioria das vezes, o paciente morre em solidão. Como falar em morte humanizada nesse cenário?

“O paciente sempre quer continuar vivendo”. Esse foi um dos argumentos utilizados pelo médico, no relato de sua experiência como paciente na UTI. Diante do exposto, a equipe de humanização questionou: será que os sentimentos de “querer viver” ou morrer dos pacientes sempre são levados em conta? Fica evidente que, na maioria das vezes, não é o querer do paciente que prevalece e determina se deve ou não continuar vivendo, mas sim uma máquina construída por registros, um exame e, outras vezes, os próprios profissionais ou a família.

A equipe de humanização, freqüentemente, trouxe para discussão e reflexão os seguintes questionamentos e comentários: o que fazer diante do descaso de determinados profissionais frente aos pacientes terminais? Como preparar o paciente e a família para o momento da morte? Como preparar os profissionais para o processo de morrer? Um comentário analisado diz respeito a um funcionário que, há pouco, havia sido admitido na instituição, o qual, ao atravessar um determinado corredor do hospital deparou-se com um dos funcionários da funerária transportando o corpo de um paciente que acabara de falecer. *“Estou chocado (...), mas parece que para eles é tudo normal, não fazem a mínima diferença”*.

No contexto hospitalar, com freqüência, a morte parece ter-se tornado um fato rotineiro e banal, frente ao qual as pessoas parecem já não se “chocar” mais. Contudo, as evidências mostram que, comumente, os profissionais adotam uma aparente postura de pouco caso com a dor da perda e, outras vezes, simplesmente se distanciam, porque temem um encontro mais profundo com esta situação de sofrimento e perda. Ao serem interrogados sobre o motivo real que os distancia da morte, um dos profissionais da enfermagem respondeu: *“Eu faço tudo, até mesmo o impossível pelo paciente enquanto está vivo, mas tão logo que morre, me distancio, não consigo permanecer perto dos familiares, tenho medo e receio de que possam perguntar algo que não possa e/ou não consiga responder. Não sei o que fazer diante da dor. A família sempre espera algo da gente, mas, nesta hora, eu me sinto completamente impotente”*. Portanto, o sofrimento também infunde medo porque o profissional se vê, como em um espelho, percebendo,

desse modo, a sua própria fragilidade, vulnerabilidade e a mortalidade, elementos da condição humana que dificilmente alguém quer lembrar, porque confrontam o próprio fim (PESSINI, 1990).

Durante o processo de morrer, podem brotar emoções até então reprimidas. Assim, “ajudar o paciente a não reprimi-las, ficando com ele, aceitando-o e compreendendo-o, faz com que ele atinja uma base mais profunda e verdadeira de calma e serenidade”. Para humanizar o cuidado no morrer, portanto, não precisamos encontrar palavras sábias, inteligentes e especiais, precisamos, sim, “ser honestos e ajudar o paciente a se aproximar de suas verdadeiras necessidades” (SILVA, 2002, p. 83).

Encarar a morte como um processo inerente à condição humana, instrumentalizar os profissionais, preparar o paciente e a família para esse evento representa, nos dias atuais, ainda um grande desafio, principalmente, no contexto da humanização. De nada adiantam a eficácia e o sucesso de um programa de humanização hospitalar se, no momento da morte, considerado um dos momentos mais obscuros para o paciente e sua família, não estiver presente quem lhes segure a mão e ouça suas últimas palavras.

A morte, para a equipe de saúde, de modo geral, representa fracasso e incompetência profissional. Entretanto, por mais que se busque silenciar a morte, ela se impõe como um fato existencial inevitável, embora imprevisível (PY et al, 2003). Por se impor como um fato existencial, a morte precisa ser discutida e refletida amplamente no ambiente hospitalar bem como fora dele. Provavelmente, somente a partir de então teremos condições de discutir a morte no contexto da humanização.

8 - IDÉIAS CONCLUSIVAS

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes, porque o ter consciência não nos obriga a ter teoria das coisas. Só nos obriga a sermos conscientes. Problemas para vencer, liberdade para provar. E, enquanto acreditamos no nosso sonho, nada é por acaso”.

(Henfil)

O caminho se fez caminhando. Perante os desafios do cotidiano, frente às dúvidas, incertezas e expectativas que afrontam a prática profissional, mais especificamente, no campo da saúde e, principalmente, frente ao profundo desejo de construir uma nova história e/ou uma nova cultura, centrada, com especial atenção, no valor imensurável da pessoa humana é que esse sonho encontrou espaço e visibilidade na temática da humanização. No processo de fazer o caminho, é preciso, no entanto, estar consciente do nosso próprio processo de caminhar e percorrer o caminho, como também é preciso ter presente a dialética do humanizar-se e humanizar, verdadeira relação em que o ser humano vai-se descobrindo e sendo descoberto. Afinal, o que é “*ser humano*” se não um ser de relações? O processo nasceu, portanto, de um desejo ardente de me encontrar com os verdadeiros valores humanos, a partir de uma relação inter e extra pessoal. Assim, busquei, no decorrer do caminhar, conjugar e despertar o “*humano*” que há dentro de mim, como dentro de cada pessoa que, por vezes, encontra-se adormecido em meio ao nosso mundo confuso e conturbado.

Compreender o próprio mundo pessoal é condição necessária e imprescindível para compreender o outro. O mundo em que se vive, mais do que o mundo em que vivemos, define nossa atitude de relações humanas, no cuidado com o doente e com a equipe de trabalho (CHIAPPIN, 1998). Formar um mundo pessoal de diálogo, de abertura, de acolhida e compreensão, ou seja, humanizar-se para humanizar, foi o primeiro grande passo para o desencadeamento do processo de humanização como qualificação das relações de trabalho.

Um cenário de acolhida e clima institucional favorável, o que favorece e influencia a motivação e o desenvolvimento humano (CHIAVENATO, 1992), permitiu, nesse processo, aliar uma necessidade institucional emergente a um dos grandes objetivos do Programa de Mestrado que diz respeito à implantação de mudanças na prática, mediante maior instrumentalização dos trabalhadores da enfermagem/saúde para o exercício da cidadania no trabalho, de modo a propor e adotar padrões éticos, organizacionais, assistenciais e educativos para a atenção à sua própria saúde e a dos clientes.

O primeiro passo, nesse processo, foi criar uma equipe multidisciplinar de humanização, tendo em vista a realização de encontros coletivos, na expectativa de encontrar estratégias conjuntas para as mudanças necessárias. Os encontros, em número de vinte e sete, foram realizados no período compreendido entre julho de 2003 a julho de 2004. Enriquecidos pelos diferentes modos de pensar, refletir e direcionar o fazer, os encontros permitiram a constituição de um movimento necessário para discussão, problematização e realização de possíveis mudanças comportamentais e culturais. O rompimento de um velho paradigma fragmentado e a emergência de uma nova relação dialógica pressupôs o desvelamento da realidade pessoal e coletiva, para compreender o mundo que nos cerca.

Percorridos os passos iniciais do trabalho, começaram a ser desvelados e/ou desvendados outros aspectos associados à humanização, antes impensados e/ou desconsiderados. Passei a evidenciar, nos primeiros encontros com a “Equipe de Humanização”, a inexistência de relações efetivas e afetivas no *cuidado humano* entre os próprios integrantes da equipe. Não raramente, os profissionais se depararam com expressões, quais sejam: “*a humanização deve começar pelo nosso grupo*” e/ou “*precisamos humanizar-nos para humanizar*”. Logo percebi que a humanização envolve sentimentos e afetos, implica construção/desconstrução e supõe um *ambiente de cuidado humano* no contexto multiprofissional. No decorrer dos encontros da equipe, todos compartilharam respeito, solidariedade e afeição pessoal uns pelos outros, de tal forma que isso deu a cada um dos integrantes um novo sentido de possibilidades e de esperança. Assim, falar em humanização, a partir da equipe multiprofissional, é falar de um universo inesgotável de possibilidades do ser humano. Esse universo de possibilidades passa pelos valores e princípios que guiam nosso modo de ser, precisando, portanto, ser discutidos e analisados continuamente (BETTINELLI et al, 2004).

Quando me defini pela temática, a humanização já havia suscitado em mim diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. Assim, no decorrer da proposta, compreendi que a humanização mais do que um programa, um

movimento e/ou uma medida estabelecida pelas Políticas Nacional e Estadual de Saúde, necessita ser compreendida enquanto um *processo dinâmico* e contínuo que envolve, basicamente, *relações subjetivas e intersubjetivas*.

O método de desenvolvimento da proposta a partir da equipe foi, portanto, uma estratégia de grandes e profundas descobertas em nível pessoal, coletivo e institucional. Forças distintas estavam, continuamente, em movimento, e o processo passou a ser irreversível. Diferente de outros programas e/ou frentes de trabalho, o processo de humanização, a partir da equipe primou, essencialmente, pelas relações de contato, de afeto e de valoração da pessoa humana, como um sujeito histórico e social. Nos encontros da equipe, existiu a riqueza de termos sido sempre acrescidos de algo, mesmo que, muitas vezes, não tivéssemos suficiente consciência do que se constituía, mas sabíamos apenas que não éramos mais os mesmos. A humanização buscou, nesse contexto, sinalizar e contribuir para a promoção de novas possibilidades do ser e fazer, além de produzir sujeitos ativos e agentes de mudanças.

Ancorado nas idéias e pressupostos de Paulo Freire, o caminho temático proposto convergiu a partir de diferentes direções, porém sem perder de vista o horizonte. Caracterizado como um processo dinâmico e participativo, a metodologia freireana permitiu, no desencadeamento desta proposta, diferentes olhares, escolhas e/ou direções, ou seja, permitiu opiniões divergentes no modo de ser e fazer a liberdade de pensamento, o que oportunizou um permanente estado de ação-reflexão-ação. Enquanto alguns buscaram centrar a proposta de humanização no paciente, outros enfatizaram a humanização das relações e condições de trabalho, e outros, ainda, pontuaram a importância das iniciativas e ações de humanização.

Primando por uma práxis ético-político-educativa, Freire colabora na construção de um mundo mais justo e humano. Foi possível constatar que o seu pensar e o seu modo de promover o ser humano através da educação não se limitam à escola formal, mas induzem à conscientização que possibilita ações as quais garantem uma cidadania mais real e mais

plena, para uma participação efetiva no processo de fazer o ser humano sujeito da sua história (FREIRE & HORTON, 2003). O caminho da humanização entendido a partir de uma prática ético-político-educativa, permitiu, nessa perspectiva, uma maneira nova de ler a história, de propor mudanças, de encorajar iniciativas e de estabelecer relações e discussões num espaço dialógico-reflexivo.

Na esperança de implementar mudanças no modo relacional e assistencial, no contexto hospitalar, a proposta de Freire encontrou eco, sobretudo, no campo da humanização. Foi preciso compreender, ao longo da caminhada, que a educação participativa cria novas relações, envolve as próprias pessoas na criação de seu próprio conhecimento e desenvolvimento, encoraja iniciativas e instaura um movimento dinâmico para a conquista de um novo espaço, constituindo-se, portanto, na essência para o desencadeamento de mudanças culturais e sociais.

No desenvolvimento temático, mais do que desencadear um processo de humanização, tive em mente o “*despertar*” para uma nova realidade, para um novo modo de ser, compreender e relacionar-se, não como uma proposta impositora, mas como um despertar reflexivo que trouxesse, em seu bojo, todas as dimensões em que o ser humano tem de vir a ser neste mundo, em nível pessoal e social, gerando um movimento a partir de um espaço dialógico-reflexivo. Isso, porque a humanização maior ou menor de uma instituição hospitalar está, seguramente, na qualidade das relações.

No processo de divulgação e conscientização quanto à importância da temática no espaço coletivo, os integrantes, com frequência, passaram a ser questionados, criticados e/ou confrontados em sua conduta, assim como o termo *humanização* passou a ser utilizado rotineiramente como “chavão”, nos encontros de equipe, nas reuniões avaliativas, no contato com a vulnerabilidade humana, nas divergências pessoais e, principalmente, nos desencontros do dia-a-dia, ao dizerem: “*Isto significa humanização?*” “*Que humanização é esta?*” “*Como nos encontramos no ano da humanização, precisamos (...)*”. Logo, as expressões utilizadas pelos profissionais denotavam, de certa

forma, sensibilidade e um sentido de provocação/contestação diante da realidade silenciada e/ou deformada pela acriticidade, o que se constitui, no contexto da humanização, numa sombra que ameaça determinantemente o compromisso dos profissionais com causa da humanização.

Diante dessas percepções, entendi ser necessário construir um espaço dialógico-reflexivo e uma inserção crítica na realidade, a começar pelos integrantes da equipe, com o objetivo de problematizar a realidade concreta, vislumbrar novas possibilidades, potencializar qualidades pessoais e coletivas, articular diferentes profissionais e possibilitar novos caminhos para o resgate da humanidade. A questão norteadora sinalizou para um aspecto que se refere, fundamentalmente, à participação coletiva, por compreender que o ser humano, ao inserir-se na realidade concreta e refletir sobre si mesmo, emerge enquanto um ser na busca constante de ser mais, isto é, sujeito de sua própria transformação.

Nesse movimento de encontros e desencontros, contudo, o processo, apesar de amplo, dinâmico e aparentemente seguro, ofereceu espaço, também, aos obstáculos, declives e deslizos, elementos estes que, também, oportunizaram momentos de parada, de reavaliação e de reflexão, enfim, de revitalização, para tornar o processo ainda mais ousado e inovador.

Envolver a coletividade, estimular formas criativas e estabelecer estratégias inovadoras de comprometimento, representaram, no processo, algumas das importantes funções da equipe de humanização. Despertar um clima de respeito, de confiança e reciprocidade constituiu-se, da mesma forma, num espaço propício para o fortalecimento das relações e vínculos profissionais. Era preciso, em suma, que a coletividade se comprometesse com o processo global de transformação.

Desencadear um processo e descrever uma realidade específica, como a entendemos, não significa um mero ato narrativo. O ser humano, ao desencadear um processo que se dá numa realidade concreta, assume uma atitude comprometida que nada

mais é do que adentrar na compreensão de uma realidade para desvendá-la e transformá-la. Assim, a atitude de quem se compromete não é neutra de significado, mas conduz a uma nova ação-reflexão, ou seja, a uma nova práxis.

O movimento global que a humanização foi capaz de gerar, não é fruto de imposições, mas representa um processo natural de participação e mobilização. Quanto mais adentrávamos na realidade pessoal e social, tanto mais aprendíamos na escola da própria existência. Assim, não podemos esquecer que, em toda relação profissional, construída na confiança, estamos sempre diante de um encontro de uma competência com uma consciência, o que exige conseqüentemente responsabilidade ética.

A trajetória percorrida, conseqüentemente, possibilitou-me desvendar uma nova forma de entender o mundo, a realidade concreta e o ser humano como sujeito de seu próprio crescimento e transformação. Dinamizar o presente processo de humanização e responder a alguns dos questionamentos lançados no início da proposta, constituíram um grande desafio. Todavia, não tenho a pretensão de esgotar as interrogações acerca da temática, por entender que o ser humano, enquanto um ser inacabado, encontra-se em permanente processo de construção. Pretendo, no entanto, apontar pistas que, ao meu ver, são elementares para a conquista de um novo lugar no campo da humanização e que estão baseadas, essencialmente, na construção subjetiva e coletiva do processo.

Considero, ainda, importante, neste espaço, sintetizar as principais evidências, para que possam servir de subsídio aos responsáveis pelo desencadeamento de processos desse porte, tais como:

- a humanização necessita ser assumida a partir de um compromisso coletivo. A participação, ou seja, a inserção na realidade concreta, envolve o ser humano em um processo dinâmico e impulsionador para uma nova práxis;
- a humanização não pode ser assumida como um programa e/ou movimento que dá uma característica de finitude. Diferentemente, requer constituir-se num processo dinâmico e gradual de transformação da cultura institucional pelo

reconhecimento e valorização dos aspectos subjetivos. É um processo que envolve conscientização contínua, mediante uma leitura crítica da realidade, mudança de atitudes e comportamentos e uma real percepção do valor da pessoa humana como sujeito do processo;

- a organização do trabalho pode constituir-se fator gerador de humanização/desumanização, assim como em clima organizacional favorável. Assim, a organização do trabalho envolve processos, normas, medidas que, no contexto da humanização, devem estar a favor da pessoa humana, e não contra ela;
- a equipe diretiva necessita ser dinâmica, democrática, participativa e capaz de compreender as mudanças necessárias;
- a humanização compreende, essencialmente, a qualificação das *relações humanas*, seja no contato profissional, seja na relação com os usuários, e/ou seja na relação da pessoa consigo mesma. Desse modo, a humanização pressupõe um permanente *sentir-se com...* também humano, para manifestar a sua sensibilidade, solidariedade e estabelecer uma relação de sujeitos;
- a humanização, enfim, entendida como um mecanismo de renovação institucional, supõe estabelecer um *ambiente de cuidado humano*, por compreender que sem este, não existem relações humanas de qualidade, nem clima organizacional favorável e, muito menos, qualidade na assistência e humanização no ambiente hospitalar.

De tudo resta: “A certeza de que estamos sempre começando, a certeza que resta muita coisa a fazer e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de continuarmos; fazer da interrupção um caminho novo, da queda um espaço de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro”.

Fernando Sabino

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, M. **Humanizando o infra-humano: a formação do ser humano integral: homo evolutivo, práxis e economia solidária**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- AMBRANELLI, F. Apresenta textos sobre humanização. Disponível em: www.humaniza.org.br Acesso em: 27/jul. 2003.
- ANJOS, M.F. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, V.; COSTA, I.S.F. (Orgs.). **A Bioética no século XXI**. Brasília: Ed. Da UnB, 1987.
- ASSMANN, H., MO SUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 304-307, abril/junho 2003.
- BACKES, D. S. **Estratégias de humanização do cuidado no Centro de Terapia Intensiva**. Santa Maria: SEFAS, 2004.
- BENNIS, W. **A formação do líder**. São Paulo: Atlas, 1996.
- BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis, 2002 Tese (Doutorado) – programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- BETTINELLI, L.A. et al. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 231-239, abril/junho 2003.
- BETTINELLI, L. A. et al. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOFF, L. **Experimentar Deus: a transparência de todas as coisas**. 2ª edição, Campinas: Ed. Verus, 2002.

BRANDEN, N. **Auto-estima no trabalho: como pessoas confiantes e motivadas constroem organizações de alto desempenho**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARAVANTES, G. R. et al. **A administração e qualidade: a superação dos desafios**. São Paulo: Makron Books, 1997.

CHIAPPIN, A. **Psicologia das Relações Humanas no Hospital**. Porto Alegre: Edições Est/Livr. do Globo, 1998.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas. O passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1992.

COMPROMISSO da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Pelotas, 2004. (Este Compromisso está registrado no Serviço Notarial e Registral Rocha Brito, apontado sob o número 82.390 a folhas 183 N° do livro "A" 5 em 15.01.2004).

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. 3ª edição, São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 6ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 22ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28ª edição, São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FAIMAN, C. S. et al. Os cuidadores: A prática clínica dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 254-257, abril/junho 2003.

GADOTTI, M. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: editora Paz e Terra, 1979.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: Brasília, DF:UNESCO, 1996.

GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: FSP_USP, 1995.

KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1995.

HORTON, M. **O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

LAPERUTA, V. Ser ou não ser: esta é a nossa questão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.301-303, abril/junho 2003.

LEOCLIDES, M. **Despertando seu poder pessoal**. Porto Alegre: CDP, 1995.

LEPARGNEUR, H. procurando fundamentação para a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 1999.

LUNARDI FILHO, W. Cultura e clima organizacional. **SINERGIA**, Rio Grande, v. 6, p.95-107, 1994.

_____. Divisão do trabalho: trabalhador especializado, trabalho (dês) qualificado? **SINERGIA**, Rio Grande, v.7, p. 1-80, 1995.

_____. **O Mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2000.

MARTIN, L. M. A ética e a humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 206-218, abril/junho 2003 (a).

MARTINS, M.C. Humanização na saúde. Disponível em: www.humaniza.org.br Acesso em: 04 /agos. 2003 (b).

MENDES, I. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: SARVIER, 1994.

MENDES, H.W.B.; CALDAS JÚNIOR, A. L. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. Ver. **Latino-americana de enfermagem**, v.9, n.3, p. 20-26. ISSN 0104-1169, maio 2001.

MELO, V. L. e CORTELAZZO, I. B. C. A comunicação educativa da enfermeira no processo cuidativo da criança. **Mundo da Saúde**, 2003 p. 314-317.

MEZOMO, C.J. **Hospital Humanizado**. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1979.

MEZOMO, C.J. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premius, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª edição, São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MIZUKAMI, M. da G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

NOGUEIRA, W. Apresenta textos sobre Humanização. Disponível em: www.humaniza.org.br acesso em: 03/agosto 2003.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

PESSINI, L. et al. Humanização em Saúde: O resgate do ser com competência científica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.203-205, abril/junho 2003.

PESSINI, L. **Vida, Esperança e solidariedade**. São Paulo: Ed. Santuário, 1992.

_____. **Morrer com dignidade**. Aparecida/ SP: Santuário, 1990.

_____. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Ed. Do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.

_____. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PY, L. e OLIVEIRA, A. C. Humanizando o adeus à vida. **Mundo da Saúde**, 2003 p. 240-247.

RIFLIM, J. **O fim dos empregos**. São Paulo: Makron Books, 1995.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde do Estado. **Humaniza Saúde: Política de Humanização da Assistência à saúde** – PHAS, 2003.

SELLI, L. Reflexão sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 248-253, abril/junho 2003.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Ed. Gente, 1996.

_____. **O Amor é o Caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Gente, 2000.

_____. **Humanização Hospitalar**. Porto Alegre, 2003.(Palestra conferida no Congresso da Confederação das Santas Casas de Misericórdia).

SIQUEIRA, H. C. H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir**. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado) – programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

SIQUEIRA, H. C. H. **A Construção de um Processo educativo, através do Exercício da reflexão Crítica Sobre a Prática Assistencial Integrativa, num Hospital Universitário**. Florianópolis: UFSC, 1998, 218p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) Curso de Pós-Graduação da UFSC, 1998.

SHINYAHIKI, R. **Os donos do futuro**. São Paulo: Editora Infinito, 2000.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2ª edição. São Paulo; Robe Editorial, 1993.

TREVIZAN, M.A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 85-89.1 ISSN 0104-1169, Jan. 2002.

TOLEDO FILHO, P. G. Pensando a relação médico-paciente: Uma proposta para humanização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p. 307-313, abril/junho 2003.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO A
Autorização

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

De: Dirce Stein Backes
Mestranda em Enfermagem
Ao Provedor da Santa Casa de Misericórdia: Dr. Roberto Lamas

Venho, por intermédio deste, solicitar autorização para desenvolver o trabalho prático de dissertação de mestrado, nesta instituição, bem como autorização para divulgar os dados encontrados. O referido trabalho objetiva a construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar. Outrossim, solicito, ainda, a autorização para a constituição do Grupo de Humanização, que contará com lideranças de todos os setores e áreas profissionais. Para tanto, conto com a orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e Dr^a. Valéria Lerch Lunardi.

Atenciosamente

Dirce Stein Backes

ANEXO B
Autorização

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

De: Dirce Stein Backes

Mestranda em Enfermagem

Ao Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas: Dr.
Antônio Luiz W. Pureza Duarte

Venho, por intermédio deste, solicitar autorização para desenvolver o trabalho prático de dissertação de mestrado, nesta instituição, bem como autorização para divulgar os dados encontrados. O referido trabalho objetiva a construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar. Outrossim, solicito, ainda, a autorização para a constituição do Grupo de Humanização, que contará com lideranças de todos os setores e áreas profissionais. Para tanto, conto com a orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e Dr^a. Valéria Lerch Lunardi.

Atenciosamente

Dirce Stein Backes

ANEXO C
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente documento, declaro que fui informado, de forma clara, sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia referentes ao projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulado: “A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar”, cujo objetivo è desencadear um processo de humanização, no ambiente hospitalar, que estimule a construção de um espaço dialógico-reflexivo, no contexto multiprofissional, para a emergência da subjetividade e a melhoria das relações e condições de trabalho e capaz de atender à Política de Humanização da Assistência à Saúde – PHAS.

Também fui informado:

- dos riscos e benefícios da presente proposta, assim como da garantia de obter esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente ao estudo;
- da liberdade de participar ou não do grupo, tendo assegurado a liberdade, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do processo, sem nenhum prejuízo;
- da segurança que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa;
- da segurança de acesso aos resultados do estudo.

Nesses termos, considerando-me livre e esclarecido, consinto em participar do estudo proposto, resguardando à autora do projeto a propriedade das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A enfermeira responsável por esse projeto é: Dirce Stein Backes, sob a orientação do Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e Dr^a. Valéria Lerch Lunardi.

Data: _____ / _____ /2004.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura do responsável: _____

OBS.: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra, com a autora do projeto.

ANEXO II

ATITUDES DO BOM OUVINTE

Falamos muito e ouvimos pouco. Nossa capacidade de ouvir, em geral, é pouco desenvolvida, apesar de estarmos na era da palavra falada, do diálogo, da comunicação.

Ao ouvir alguém:

1. **Coloque-se em frente** do interlocutor ou olhe para ele, quando você ouve, isso facilita a comunicação;
2. **Ouçá sem interromper**, mesmo quando esteja em desacordo. Dê ao outro a oportunidade de expressar-se até o fim.
3. **Enquanto você ouve, não faça outra coisa**. Evite distrair-se com sons ou acontecimentos do ambiente. Concentre-se. Todos estão ávidos de atenção. Quem não gosta de ser ouvido?
4. **Manifeste desejo de conhecer como pensam os outros**. Todos gostam de ser objetos de interesse.
5. **Não prepare a resposta enquanto o outro fala**. Se assim o faz, não o compreenderás ou, aprenderá em parte o que o outro tem a dizer e, conseqüentemente, sua resposta pode não ser adequada ao que outro disse. Daí surgem os desentendimentos, discussões inúteis, os diálogos de surdos.
6. Antes de falar sua opinião ou falar alguma coisa, certifique-se que compreendeu, **repetindo o que ouviu**. E isto, principalmente, quando seu modo de pensar difere de seu interlocutor, pois talvez sejam os momentos mais difíceis de se escutar o outro com atenção.
7. **Ouçá para compreender e não para responder**. Isso significa que, seu primeiro objetivo ou ouvir alguém deverá ser tentar compreender exatamente o que ele pretende comunicar-lhe. A resposta virá depois.
8. **Muitas vezes a aparência engana**. Não julgue pelo modo de se vestir, de falar, pelas expressões pelo “jeitão” do outro, se o que a pessoa tem a falar vale ou não ser ouvido. O que uma pessoa fala deve ser ouvido. O que a pessoa fala é importante para ela. Ultrapasse a “casca”. Porque não lhe dar um pouco de atenção?
9. **Não antecipe o que o outro vai dizer**, mesmo que você tenha certeza do fim. A pessoa sente-se desrespeitada, desvalorizada, pode agredi-lo, e “adeus” comunicação eficiente. “Um pouco de paciência nunca é demais”.
10. **Tome cuidado para que suas preocupações**, preconceitos não se integrem na mensagem e crie em você o hábito da distorção.
11. **Procura não se deixar levar pelas emoções**, selecionando, isto é ouvindo só o que lhe convém ou adaptando o que ouvem às próprias conveniências.
12. **Não desligue**, mesmo que suas convicções estejam abaladas. A opinião do outro pode abrir-lhe novas perspectivas. O espírito aberto enriquece-se mais. “O pior surdo é aquele que não quer ouvir”.
13. **Tente descobrir** os fatos que levam a selecionar o que ouve e a desligar: preconceitos, tabus, insegurança, sentimentos de inferioridade ou de superioridade, hostilidade, desejo de dominar, rivalidade, etc.
14. Quando ouve, **distinga fatos de opiniões e impressões**. Muitos desentendimentos surgem porque confundimos fatos, acontecimentos com impressões, opiniões ou interferências.
15. Abra seu espírito para **ouvir tudo o que o outro diz**. Evite registrar apenas os pontos discutíveis ou falhos.

MOTIVAÇÃO PARA O SEU DIA A DIA

“**Não acumule fracassos**, mas experiências; saiba tirar proveito dos seus erros...”

Hoje acordei para vencer.

Pensando positivo você, reunirá forças para vencer obstáculos.

Não deixe que nada afete o seu estado de espírito. Comece a **sorrir mais cedo**, em vez de reclamar quando o relógio desperta.

Agradeça a Deus pela oportunidade de acordar mais um dia. O bom humor é contagiante: espalhe-o.

Fale de coisas boas, de saúde, de sonho, com quem você encontrar. Não se lamente. **Ajude-se, também ajude as outras pessoas** a perceberem o que há de bom dentro de si.

Cultive seu interior e extraia o máximo das pequenas coisas.

Seja transparente e deixe que as pessoas saibam que você as estima e precisa delas.

Repense seus valores e dê, a si mesmo, a chance de crescer e ser mais feliz.

Mas lembre-se de que **tudo** o que merece ser feito, **merece ser bem feito**. Torne suas obrigações atraentes, tenha garra e determinação.

Mude, opine, ame o que você faz. Não trabalhe só por dinheiro, mas também pela satisfação da missão cumprida.

Pense no melhor, trabalhe pelo melhor e espere pelo melhor.

Transforme os seus momentos difíceis em oportunidades. **Seja criativo**, buscando alternativas e apresentando soluções, em vez de problemas.

Veja o lado positivo das coisas, e assim você tornará o seu otimismo uma realidade.

Idealize um modelo de competência, e faça para saber o que lhe esta faltando para chegar lá.

Ocupe o seu tempo crescendo, desenvolvendo sua habilidade e seu talento. Só assim não terá tempo para criticar os outros; não acumule fracassos, mas experiências.

Tire proveito dos seus erros e amplie os seus conhecimentos.

Dimensione seus problemas e não se deixe abalar por eles.

Tenha fé e energia, acredite. **Perdoe. Seja grande** para os aborrecimentos, nobre para a raiva, forte para vencer o medo e feliz para permitir a presença de momentos infelizes.

Não viva só para o trabalho: faça esportes, leia, cultive amigos.

E ria das coisas à sua volta; ria dos seus problemas, dos seus erros, ria da vida.

Só começamos a ser felizes, quando somos capazes de rir de nós mesmos.

NÃO ESPERE POR NADA!

Não espere um sorriso para ser gentil...

Não espere ser amado para amar...

Não espere ficar sozinho para reconhecer o valor de um amigo

Não espere ficar de luto para reconhecer quem hoje é importante em sua vida...

Não espere o melhor para começar a trabalhar...

Não espere a queda para lembrar-se do conselho...

Não espere a enfermidade para reconhecer quão frágil é a vida...

Não espere a pessoa perfeita para então se apaixonar...

Não espere a mágoa para pedir perdão...

Não espere a separação para buscar a reconciliação...

Não espere a dor para acreditar em oração...

Não espere elogios para acreditar em si mesmo...

Não espere ter tempo para servir...

Não espere que o outro tome iniciativa, se você foi o culpado...

Não espere o “eu também” para dizer o “eu te amo...”

Não espere ter dinheiro aos montes para, então, contribuir...

Não espere que o outro se lembre de você para que se lembre dele...

Não espere o dia de sua morte sem antes amar a vida!

NÃO ESPERE NADA.

DIA DO ABRAÇO

O que você faz, por exemplo, quando está com dor de cabeça?

Ou quando está chateado? Será que existe algum remédio para aliviar a maioria dos problemas físicos e emocionais?

Pois é, durante muito tempo, estivemos à procura de alguma coisa que nos rejuvenescesse, que prolongasse o nosso bom humor, que nos protegesse contra as doenças, que curasse nossa depressão, que nos aliviasse de nosso estresse, que nos fizesse chegar perto daquele com quem brigamos.

Sim, alguma coisa que fortalecesse nossos laços conjugais e que inclusive nos ajudasse a adormecer tranquilos. Encontramos! O remédio havia sido descoberto e já estava a nossa disposição. E continua ao alcance de nossas mãos. O mais importante de tudo é que, ainda por cima, não nos custa nada. Aliás, custa sim, um pouco de vontade de perdoar.

É o ABRAÇO! O abraço é milagroso. É medicina realmente muito forte. O abraço, como sinal de afetividade, de carinho e de perdão pode nos ajudar a viver mais tempo, proteger-nos contra doenças, curar a depressão e fortificar os laços conjugais e familiares. O abraço é excelente tônico! Hoje sabemos que a pessoa deprimida é bem mais suscetível a doenças.

O abraço diminui a depressão e revigora o sistema imunológico da pessoa.

O abraço injeta nova vida nos corpos cansados e fatigados, e a pessoa abraçada se sente muito mais jovem e vibrante. O abraço aumenta significativamente a hemoglobina na pessoa tocada. Para lembrar, hemoglobina é aquela parte do sangue que transporta o oxigênio para os órgãos mais vitais do nosso corpo, inclusive o cérebro e o coração. O uso regular do abraço, por isso tudo, prolonga a vida, sara a depressão e estimula a vontade de viver, crescer e progredir.

Sabe quantos abraços você precisa dar por dia?

>> 04 _____ para sobreviver

>> 08 _____ para manter-se vivo.

E o mais bonito, é que esse remédio não tem contra-indicações e não há maneira de dá-lo sem recebê-lo de volta!

Sinta-se profundamente abraçado(a).

**PESSOAS INTELIGENTES FALAM SOBRE IDÉIAS,
PESSOAS MEDÍOCRES FALAM SOBRE PESSOAS**

“Trabalhar com seres humanos é uma tarefa que exige muita consciência, mas, infelizmente, no ambiente hospitalar também é muito comum haver “fofocas”. Isso talvez aconteça por não estarmos devidamente concentrados. Assim, acabamos perdendo tempo com o que não é verdadeiro, nem poderoso, nem necessário.

Há muito tempo, soube da história de uma funcionária transferida de uma unidade para outra. Para cair nas graças da nova chefe, assim que pôde ela comentou::

- A senhora nem imagina o que me contaram a respeito da Clara...
- Espere um pouco – a chefe a interrompeu. – O que você vai me contar já passou pelas três peneiras?
- Que peneiras? – a funcionária perguntou.
- A primeira é da verdade. Você tem certeza de que esse fato é absolutamente verdadeiro?
- Não, o que eu sei é o que me contaram.
- Então, essa história já vazou pela primeira peneira. A segunda é a da bondade. O que você vai me contar é alguma coisa que gostaria que os outros dissessem a seu respeito?
- Claro que não! – ela respondeu.
- Então, essa história também vazou pela segunda peneira. A terceira é a da necessidade. Você acha mesmo necessário me contar esse fato? Passar esse fato adiante?
- Não, pensando sob esses aspectos, não sobrou nada do que ia dizer...

Como as pessoas seriam mais felizes se todos nós usássemos esse crivo das três peneiras! Talvez, da próxima vez que um boato surgir, antes até de ouvi-lo passamos questionar: é verdade? Isso vem da bondade? Vem da necessidade? Desse modo, não cederemos ao impulso de imediatamente passar adiante o que nos foi dito.

(SILVA, 2002)