



**UDESC**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECÔNICAS – ESAG  
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**A HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS  
MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO  
PACIENTE**

BRUNA BAUMGARTEN REZENDE

FLORIANÓPOLIS, 2018

BRUNA BAUMGARTEN REZENDE

**A HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Mário César Barreto

**FLORIANÓPOLIS, SC  
2018**

Ficha de Identificação da Obra elaborada pelo(a) autor(a), com  
auxílio do programa de geração automática da  
Biblioteca Central/UDESC

BAUMGARTEN REZENDE, BRUNA  
A HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS MÉDICOS NA PERSPECTIVA  
DO PACIENTE / BRUNA BAUMGARTEN REZENDE. -  
Florianópolis , 2018.  
86 p.

Orientador: Mário César Barreto  
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de  
Santa Catarina, Escola Superior de Administração e  
Gerência, Programa de Pós-Graduação Profissional em  
Administração, Florianópolis, 2018.

1. Humanização em saúde. 2. Gestão de saúde. 3.  
Médico-paciente. I. César Barreto, Mário. II.  
Universidade do Estado de Santa Catarina. Programa  
de Pós-Graduação. III. Título.

BRUNA BAUMGARTEN REZENDE

## **A HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração do Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

### **Banca examinadora:**

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Mário César Barreto

Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Nério Amboni

Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Mauricio Andrade de Lima

Universidade do Sul de Santa Catarina

**Florianópolis, 27 de julho de 2018.**

Dedico esta dissertação a todos os seres humanos que, em algum momento de suas vidas, passarão por alguma situação de doença, e que merecem, indiscriminadamente, um tratamento humano e respeitoso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Vida, por ter a feliz oportunidade de caminhar por sua estrada.

À ESAG, pela oportunidade de encontrar em uma universidade pública conhecimento teórico e prático, associados, e muito boa vontade em sua equipe.

Ao professor Mario, por ter aceitado me orientar nesse projeto, principalmente por sua empolgação, mesmo com um tema diferente de sua temática principal, que fez com que o projeto se tornasse muito mais motivante.

À disponibilidade das clínicas pesquisadas, e sua pronta cooperação com a pesquisa, bem como de todos os pacientes que responderam a pesquisa.

À Elisa, Andrea, e Ariela, mulheres da minha vida, e também inspirações para que eu seguisse na temática da saúde.

Ao meu pai Marcelo, por seu exemplo inspirador de vanguardismo e de ousadia.

Ao meu marido, Martinho, que esteve ao meu lado em todos os momentos desse projeto, e que me incentivou e colaborou para que eu o finalizasse.

E a todos os meus amigos, que sempre me apoiam em todos os momentos da vida.

*O bom médico trata a doença; o médico excelente trata o paciente que tem a doença.*

*William Osler*

## RESUMO

A saúde pode ser considerada um tema fundamental e prioritário, para pessoas e países do mundo todo. Sem saúde, não há desenvolvimento. No entanto, em pleno século XXI, no auge da civilização tecnológica, o ser humano se depara com problemas de humanização nas relações. A corrente da humanização na saúde tem se consolidado nos debates acadêmicos e profissionais. Pode ser entendida como um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (DESLANDES, 2004). Esta pesquisa tem como objetivo identificar, a partir da perspectiva do paciente, a relevância da humanização nos serviços médicos. A pesquisa foi aplicada em três clínicas de Florianópolis, Santa Catarina, entre os meses de maio e junho de 2018. O processo de coleta de dados primários (pesquisa empírica) foi realizado em duas fases: a) pré-teste e b) aplicação do questionário através de envio de e-mail para os pacientes das clínicas. Os dados coletados através dos questionários foram tratados quantitativamente e interpretados qualitativamente, com a finalidade de identificar, na perspectiva do paciente, a importância do atendimento humanizado na prática médica. Os resultados demonstraram a carência e também a relevância dada aos aspectos humanizantes, em especial nas especialidades médicas de maior impacto com a vida, tal como a oncologia. Os aspectos relacionados a a) trato humano, no que tange ao cuidado e atenção do médico com o seu paciente; b) educação, através do envolvimento do paciente e da sua compreensão no processo de tratamento, e c) cuidados com o ambiente, com aspectos de acolhimento, conforto e privacidade, destacaram-se em relação a outros aspectos da humanização. Os resultados obtidos possibilitaram a construção de um quadro com ações propositivas possíveis de serem implementadas pela área médica. Os achados da pesquisa reforçam a importância das instituições de saúde inserirem em suas dinâmicas institucionais um trabalho estruturado focado nestes aspectos a fim de melhorar a experiência do paciente, promovendo ambientes adequados para a cura, e, inclusive, para manterem-se competitivos do ponto de vista do mercado.

**Palavras-chave:** Humanização em saúde. Gestão de saúde. Médico-paciente.

## ABSTRACT

Health can be considered a key priority issue for people and countries around the world. Without health, there is no development. However, in the 21st century, at the height of technological civilization, we face serious health problems that have a direct impact on the quality of life of people and society as a whole. The subject of humanization in health has been consolidated in academic and professional debates. It can be understood as an institutional movement for the care and appreciation of intersubjectivity in relationships (DESLANDES, 2004). This research aims to identify, from the perspective of the patient, the relevance of humanization in medical services. The research was applied in three clinics in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, between May and June of 2018. The primary data collection process (empirical research) was performed in two phases: a) pre-test and b) questionnaire application sent by e-mail to the patients. The data collected through the questionnaires were quantitatively treated and interpreted qualitatively, with the purpose of identifying, from the perspective of the patient, the importance of humanized care in medical practice. The results demonstrated the deficiency and also the relevance given to the humanizing aspects, especially in the medical specialties that have a greater impact on life, such as oncology. The aspects related to a) humane treatment, regarding the care and attention of the doctor with his patient; b) education, through patient involvement and understanding in the treatment process, and c) care for the environment, with aspects of care, comfort and privacy, stand out in relation to other aspects of humanization. The results obtained allowed the construction of a framework with possible propositional actions to be implemented. The research findings reinforce the importance of health institutions to insert in their institutional dynamics a structured work focused on these aspects in order to improve the patient's experience, promoting adequate environments for healing, and even to remain economically competitive.

**Keywords:** Humanization in health. Health management. Doctor-patient.

## SUMÁRIO

<b>1 RESUMO EXECUTIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
2.1 SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	15
2.2 OBJETIVOS .....	17
2.2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2.2 Objetivos Específicos.....	17
2.3 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO .....	17
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>18</b>
3.1 SERVIÇO MÉDICO .....	18
3.2 AMBIENTE INTERNO E EXTERNO .....	19
3.3 ATENDIMENTO .....	20
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>35</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	35
4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	35
4.3 ETAPAS DA PESQUISA, TÉCNICAS DE COLETA E DE TRATAMENTO DOS DADOS .....	36
4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	40
<b>5 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES OBJETO DA PESQUISA .....	41
5.2 ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS .....	42
5.2.1 Perfil Das Características Dos Respondentes Geral E Por Clínica .....	42
5.2.2 Percepção Sobre A Humanização Dos Respondentes Geral E Por Clínica .....	48
5.3 ESCORES DE IMPORTÂNCIA .....	58
5.4 ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA .....	63
5.5 CONSOLIDAÇÃO DA ANÁLISE DOS RESULTADOS E DAS AÇÕES PROPOSITIVAS .....	69

<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>76</b>
6.1 RECOMENDAÇÕES .....	78
6.2 A APLICAÇÃO DOS RESULTADOS .....	78
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>
ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA .....	84

## 1 RESUMO EXECUTIVO

A saúde pode ser considerada um tema fundamental e prioritário, para pessoas e países do mundo todo. Sem saúde, não há desenvolvimento. No entanto, em pleno século XXI, no auge da civilização tecnológica, o ser humano se depara com problemas de humanização nas relações. A corrente da humanização na saúde tem se consolidado nos debates acadêmicos e profissionais. Pode ser entendida como um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (DESLANDES, 2004). Surge como uma filosofia que busca encontrar uma forma de manter o serviço da saúde fiel a seu propósito: confortar, tratar e curar pessoas.

Para os cidadãos brasileiros, a saúde é apontada como uma das principais preocupações, e também é a que gera maior insatisfação (INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE, 2016). Seu direito foi assegurado como direito fundamental social a partir da Constituição Federal de 1988.

Existem 212.468 serviços de saúde cadastrados no Ministério da Saúde, sendo 151.763 privados e 60.705 públicos. Ou seja, cerca de 70% dos serviços de saúde estão no setor privado. Em relação às clínicas especializadas, esse percentual sobe ainda mais: cerca de 86% são empresas particulares (CNES, 2010).

Esta pesquisa tem como objetivo identificar, a partir da perspectiva do paciente, a relevância da humanização nos serviços médicos. A pesquisa foi aplicada em três clínicas especializadas e particulares de Florianópolis, Santa Catarina, entre os meses de maio e junho de 2018. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e o questionário complementado pela vivência e experiência da pesquisadora.

O processo de coleta de dados primários (pesquisa empírica) foi realizado em duas fases: a) pré-teste e b) aplicação do questionário através de envio de e-mail para os pacientes das clínicas. Os dados coletados através dos questionários foram tratados quantitativamente e interpretados qualitativamente, com a finalidade de identificar, na perspectiva do paciente, a importância do atendimento humanizado na prática médica.

Gráficos e quadros foram elaborados para ilustrar os resultados alcançados e facilitar a descrição e a interpretação. Os resultados demonstraram a carência e

também a alta importância dada aos aspectos humanizantes, em especial nas especialidades médicas de maior impacto com a vida, tal como a especialidade da oncologia.

Os aspectos relacionados a a) trato humano, no que tange ao cuidado e atenção do médico com o seu paciente; b) educação, através do envolvimento do paciente e da sua compreensão no processo de tratamento, e c) cuidados com o ambiente, com aspectos de acolhimento, conforto e privacidade, destacaram-se em relação a outros aspectos da humanização.

Os achados da pesquisa reforçam a importância das instituições de saúde inserirem em suas dinâmicas institucionais um trabalho estruturado focado nestes aspectos a fim de melhorar a experiência do paciente, promovendo ambientes adequados para a cura, e, inclusive, para manterem-se competitivos do ponto de vista do mercado.

Neste sentido, a análise dos resultados obtidos da pesquisa de campo cotejados com o referencial bibliográfico, possibilitou a elaboração de um quadro com ações propositivas, factíveis de serem implementadas no setor de saúde, objetivando reforçar ou resgatar a humanização no segmento.

## 2 INTRODUÇÃO

A medicina, ou o cuidado com a saúde, tem sua origem junto com a humanidade. Do latim *mederi*, que significa “saber o melhor caminho” ou “tratar”, “curar”. Nasce com a necessidade de ajuda e cuidado entre os homens, quando alguém sentiu dor e outra pessoa, através dos sentimentos de compaixão e beneficência, buscou ajudar. É, simultaneamente, ciência e arte. Requer conhecimentos técnicos baseados na metodologia científica, mas também exige um modo de conduta moral, apoiada em virtudes, ao fazer intervenções no ser humano. (D'AVILA, 2010).

Assim, a medicina possui dois componentes principais e necessários: o técnico e o humano. O primeiro pode estar relacionado diretamente à ciência e à tecnologia e seus avanços, a segunda relacionada a comportamentos humanos, ou seja, de valores morais, empatia e relacionamento entre as pessoas. Ambos impactam nos resultados, e, conseqüentemente, na excelência do serviço.

Para Boltanski (1979), a medicina se equilibra em uma tripla ética que busca:

- o cuidado desinteressado ao doente, baseado na caridade e sentimento religioso,
- a pesquisa científica, que pensa o ser humano como objeto de estudo, e
- a perspectiva do negócio.

Essa tripla ética envolve elementos muitas vezes conflitantes, que se agravam com o cenário atual de três segmentações (DESLANDES, 2004):

- um grupo elitizado, formado por uma minoria favorecida que pode pagar por tecnologia e profissionais de ponta e que exige um tratamento diferenciado,
- um grupo formado por pagadores de planos e contratos de saúde, em que, nos casos de necessidade, o paciente se confronta com restrições e custos, e
- um grupo formado pelo serviço público, no qual se espera encontrar serviço de qualidade e acessível para todos, o que não acontece, em função de uma gestão deficiente e de recursos escassos.

Essa natureza contraditória presente na medicina traz como consequência diversos problemas, tais como o aumento dos custos em saúde e problemas humanos dentro das organizações de saúde.

Verifica-se, também, um excessivo foco na doença, e não no paciente. Ele é visto de uma maneira fragmentada e não holística; as relações são frias e distantes entre médico-paciente, há uma valorização elevada da tecnologia e do econômico, distanciando ainda mais a relação. Outra dificuldade humana encontrada é o tratamento distinto em função de condição social, etnia, gênero ou ideologia, assim como barreiras na comunicação médico-paciente, com baixo empoderamento deste último.

## 2.1 SITUAÇÃO-PROBLEMA

Com a finalidade de solucionar parte dos problemas, iniciativas que buscam centrar o paciente como peça fundamental do sistema têm aparecido para resgatar o caráter humano inerente ao tratamento de saúde.

Uma delas é a corrente da humanização na saúde, que tem ganhado força nos debates acadêmicos e profissionais. Pode ser entendida como um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações (DESLANDES, 2004). Surge como uma filosofia que busca encontrar uma forma de manter o serviço da saúde fiel a seu propósito: confortar, tratar e curar pessoas.

Preocupar-se com a humanização é defender uma visão particular ou valor do que significa ser humano e, além disso, encontrar formas de agir sobre essa preocupação (TODRES ET AL, 2009).

Para Rios (2009, p.254):

... a humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão de serviços.

No Brasil, tem se observado um movimento de resgate da humanização no sistema público de saúde (SUS) a partir do programa HumanizaSUS (2004), bem como em alguns hospitais e clínicas. O Hospital Albert Einstein, por exemplo, é hoje certificado e certificador do modelo de atendimento internacional Planetree, que busca proporcionar ao paciente uma experiência humanizada.

Todres et al (2009) desenvolveram um modelo de oito dimensões de humanização.

No entanto, não foi encontrado na literatura uma avaliação pragmática da humanização dos serviços médicos do ponto de vista do paciente. Portanto, propõe-

se encontrar, nesta perspectiva, ações, comportamentos ou iniciativas que tenham maior impacto na avaliação pelo paciente do bom atendimento médico.

Com este objetivo, a pesquisa foi aplicada em três clínicas de Florianópolis, Santa Catarina, entre os meses de maio e junho de 2018. As técnicas de coleta de dados utilizadas são a pesquisa bibliográfica e o questionário complementado pela vivência e experiência da pesquisadora.

O processo de coleta de dados primários (pesquisa empírica) foi realizado em duas fases: a) pré-teste e b) aplicação do questionário através de envio de e-mail para os pacientes das clínicas. Os dados coletados através dos questionários foram tratados quantitativamente e interpretados qualitativamente, com a finalidade de identificar, na perspectiva do paciente, a importância do atendimento humanizado na prática médica. Gráficos e quadros são elaborados para ilustrar os resultados alcançados e facilitar a descrição e a interpretação.

Os resultados demonstraram a carência e também a importância dada aos aspectos humanizantes, em especial nas especialidades médicas de maior impacto com a vida, como a especialidade da oncologia. Os aspectos relacionados a a) trato humano, no que tange ao cuidado e atenção do médico com o seu paciente; b) educação, através do envolvimento do paciente e da sua compreensão no processo de tratamento, e c) cuidados com o ambiente, com aspectos de acolhimento, conforto e privacidade, destacaram-se em relação a outros aspectos da humanização.

Os achados da pesquisa reforçam a importância das instituições de saúde inserirem em suas dinâmicas institucionais um trabalho estruturado focado nestes aspectos a fim de melhorar a experiência do paciente, promovendo ambientes adequados para a cura, e, inclusive, para manterem-se competitivos do ponto de vista do mercado.

A realidade do setor revela recorrentes reclamações a respeito da frieza e racionalidade instrumental características do atendimento médico e, via de regra, dos serviços prestados no setor de saúde. Assim, a pesquisa além de ratificar ou não tal perspectiva, possibilitará desenvolver uma proposta que consolide ações efetivas por parte dos profissionais que atuam neste segmento. De modo geral, percebem-se preocupações no segmento, à medida em que instituições de referência no setor passaram a adotar metodologias e/ou práticas que possibilitem melhorar a relação médico-paciente e, deste modo, começam a despontar

referências em atendimento no setor.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 Objetivo geral

Propor ações para humanização dos serviços médicos a partir da perspectiva dos pacientes.

### 2.2.2 Objetivos específicos

- Identificar, na percepção de pacientes, as dimensões relevantes à humanização e desumanização.
- Descrever de situações de comportamentos caracterizados como "humanizados" e "desumanizados".
- Analisar as dimensões que contribuem na humanização e desumanização dos serviços médicos.

## 2.3 CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO

A corrente da humanização na saúde tem se consolidado nos debates acadêmicos e profissionais. É um tema que aparece cada vez mais nas grandes discussões do setor e tem se tornado um assunto de importância dado seu impacto na experiência e na satisfação do paciente.

Tendo em vista que o tema já tem se demonstrado relevante e de interesse dos participantes do setor da saúde, este trabalho pode vir a fundamentar e estruturar métodos para consultorias e assessorias, abrindo o mercado para novas formas de atuação.

Também poderá ser ferramenta para a revisão de processos na relação médico-médico, médico-equipe e médico-paciente, podendo, inclusive, incentivar a inovação no segmento.

Poderá também contribuir para a reestruturação da própria formação acadêmica do médico e do profissional de saúde, inserindo o tema na trajetória de formação para gerar profissionais da área mais completos.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, será abordado a natureza do serviço médico e o ambiente externo e interno da saúde. Em seguida, busca-se compreender o atendimento médico e, finalmente, a humanização em saúde.

#### 3.1 SERVIÇO MÉDICO

As decisões do médico podem influenciar a liberdade ou a vida humana. E para isso, terá como ferramentas seus conhecimentos científicos, mas também suas crenças e convicções humanistas. A consciência de seus próprios limites, o respeito pela dignidade humana, a capacidade de colocar-se no lugar do paciente, por exemplo, vão influenciar de forma evidente na assistência médica. Assim, sensibilizado com o aspecto humano da enfermidade, o médico pode compreender que está na presença de um ser completo que sofre e que tem necessidade da ciência (FORTEZA, 2006).

Assim, medicina é, simultaneamente, ciência e arte. Requer conhecimentos técnicos baseados na metodologia científica, mas também exige um modo de conduta moral, apoiada em virtudes, ao fazer intervenções no ser humano. Tem um caráter relacional baseado em valores e princípios, o que faz com que a relação médico-paciente esteja envolta pelo mais elevado cunho ético-moral e ao mesmo tempo seja fonte de tantos conflitos no exercício da arte de aliviar dores e consolar. Assim, o bom médico precisa de outras habilidades além do conhecimento científico, como: intuição, bom senso, capacidade de julgamento moral de suas ações e amor pelo outro (D'AVILA, 2010).

A área da saúde tem como fim oferecer ao paciente a restauração ou manutenção de um estado de saúde. Não se trata, em geral, de criar uma necessidade ou oferecer algo supérfluo, mas sim atender a uma exigência básica de ser humano.

Na saúde, o serviço, entendido como "uma experiência precíval, intangível, desenvolvida para um consumidor que desempenha o papel de coprodutor" (FITZSIMMONS, 2011, p. 28) tem uma natureza bastante complexa. Assim, fundamental entender o que é, mais profundamente, o serviço e seus atributos.

De acordo com Fitzsimmons (2011), a natureza dos serviços está passando por uma transformação, indo de uma natureza transacional para uma baseada na

experiência. As experiências criam valor agregado ao envolver e estabelecer uma relação com o consumidor de uma maneira pessoal e memorável.

Essa nova natureza baseada na experiência apresenta três dimensões: 1) cocriação de valor, ou seja, o cliente é um elemento do processo de serviço, 2) relacionamentos, em que o relacionamento com o cliente é de enorme importância, pois é fonte de inovação e diferenciação, bem como os relacionamentos de longo prazo facilitam a habilidade de adequar as ofertas de serviços às necessidades dos clientes, e 3) capacidade de serviço, ou seja, oferecer capacidade de serviço para atender às flutuações de demanda, mantendo a qualidade do serviço, e a qualidade do serviço é avaliada principalmente a partir da perspectiva do cliente (FITZSIMMONS, 2011).

O paciente pode ser compreendido como uma parte ativa do processo do serviço. Assim, o conhecimento, a experiência, a motivação e mesmo a honestidade do paciente afetam diretamente o desempenho do sistema de serviços, como é o caso da exatidão da ficha de um paciente pode aumentar decisivamente a eficiência do atendimento médico (FITZSIMMONS, 2011).

O serviço na saúde caracteriza-se por um alto grau de interação e customização. Portanto, trata-se de um serviço de alto contato: "Em serviços de alto contato, o cliente determina o momento da demanda e a natureza do serviço pela participação direta no processo. A qualidade percebida do serviço é altamente determinada pela experiência vivida pelo cliente." (FITZSIMMONS, 2011, p. 105).

### 3.2 AMBIENTE INTERNO E EXTERNO

O ambiente externo pode ser entendido como um "conjunto de fatores econômicos, políticos, sociais e tecnológicos do macroambiente que podem interferir na organização" (DUARTE, 2011, p. 63).

Considerando o segmento da saúde, o ambiente externo se reforça com indicadores que explicitam a plena e ideal consecução da prestação de serviço em saúde, quais sejam:

- econômicos (aumento de custos, dificuldade de repasses do governo para a saúde pública),
- políticos (orçamento para a saúde, bem como a crise de corrupção que enfrentamos no mundo, e, bastante intensamente no Brasil),

- sociais (envelhecimento e adoecimento da população) e
- tecnológicos (incremento de custos vindo de novas tecnologias e novos medicamentos, com bastante dificuldade de repasse ao usuário).

Por sua vez, o ambiente interno, entendido como um "conjunto dos recursos organizacionais, tais como humanos, financeiros, materiais e tecnológicos, capazes de influir no microambiente, isto é, no interior da organização" (DUARTE, 2011, p. 64) também expressa seus grandes desafios.

O setor precisa lidar com distintas necessidades, interesses e visões, associando a tripla ética que estrutura a medicina (o cuidado desinteressado ao doente, a pesquisa científica, que pensa o ser humano como objeto de estudo, e a perspectiva do negócio) de Boltanski (1979), com as três segmentações de a) um grupo elitizado, b) um grupo formado por pagadores de planos e contratos de saúde, e c) o grupo formado pelo serviço público (DESLANDES, 2004)

As organizações têm que lidar com esses três elementos e as três segmentações em um mesmo ambiente organizacional. Isso requer o desenvolvimento de uma flexibilidade organizacional muito grande, que irá repercutir, em última instância, na satisfação e na qualidade da experiência do paciente.

### 3.3 ATENDIMENTO

O relatório do *Institute of Medicine* (2001) lista como definidores de uma assistência de saúde qualidade os elementos: segura, efetiva, centralizada no paciente, oportuna, eficiente e equitativa. Também destaca que, quando a assistência médica foca na centralização no paciente os demais elementos surgem naturalmente.

As formas mais comumente utilizadas para avaliar se a assistência está centrada no paciente são a satisfação do paciente e experiência do paciente. A diferença entre os dois conceitos é sutil.

A satisfação está relacionada a um julgamento quanto às expectativas terem sido atendidas e é influenciada pela disposição do paciente, anseios pré-formulados e vivências anteriores. Ela diz respeito ao nível de contentamento do paciente com um ou mais aspectos específicos, ou seja, é algo subjetivo.

Satisfação do cliente é o "objetivo maior do controle de qualidade total,

fundamentado no princípio segundo o qual o atendimento aos anseios do cliente é fator preponderante para que a organização consiga atingir plenamente suas finalidades", de acordo a Duarte (2011, p. 1016).

Em serviços, a avaliação da qualidade surge ao longo do processo de prestação do serviço. Cada contato com um cliente é referido como sendo um momento de verdade, uma oportunidade de satisfazer ou não ao cliente. A satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com as expectativas do serviço desejado. Quando se excedem as expectativas, o serviço é percebido como de qualidade excepcional e, também, como uma agradável surpresa. Quando, no entanto, não se atende às expectativas, a qualidade do serviço passa a ser vista como inaceitável. Quando se confirmam as expectativas pela percepção do serviço, a qualidade é satisfatória (FITZSIMMONS, 2011, p. 139).

As pesquisas de satisfação procuram saber sobre questões pontuais e refletem apenas uma pequena parte do cuidado prestado. Podem ser feitas perguntas para saber o nível de satisfação do paciente, abordando a estrutura, o tempo de atendimento, a qualidade dos materiais utilizados e a equipe médica.

A experiência do paciente abrange um cenário maior, que inclui a percepção de pontos-chave durante todo o atendimento, de uma forma objetiva. Ela reflete mais fielmente a qualidade do atendimento, pois está relacionada a todos os aspectos: ambiente físico, material utilizado, relação com os profissionais, tempo de espera, comunicação, entendimento das informações transmitidas, facilidade de acesso.

As pesquisas de experiência do paciente não focam em pontos específicos, e sim no atendimento como um todo e como de fato ele aconteceu. Dessa forma, podem compreender as reais necessidades dos pacientes e servir de base para o investimento em estratégias que promovam a melhoria do cuidado, o que implicará em um aumento da satisfação.

### 3.4 HUMANIZAÇÃO

O processo de humanização surge como um movimento para aumentar a qualidade deste serviço, consequência do aumento da satisfação do paciente e da melhoria da experiência do paciente.

O termo humanização remete ao conceito de humanismo. O humanismo tem suas raízes na Grécia Antiga, é base para o estoicismo romano, morre na Idade Média, ressurgiu no Renascimento e Iluminismo. O humanismo que o século XXI precisa é um que restitui o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e que

retome como relevâncias da vida a harmonia entre a razão e os sentimentos (DESLANDES, 2004).

O humanismo pode ser entendido como um movimento que reconhece a totalidade do homem como ser formado de alma e corpo e destinado a viver no mundo e a dominá-lo (ABBAGNANO, 2007).

O humanismo pode ser também entendido como humanismo ético, e nesse caso, também pode ser chamado de humanismo científico, na medida em que afirma que a ciência pode fornecer uma base para a moralidade, em que a razão se opõe não à autoridade religiosa, mas a sentimentos ou emoções, em buscar como fim da ação moral o bem-estar da humanidade ao invés de cumprir a vontade de Deus (HONDERICH, 1995).

Assim, na saúde, a ideia do humanismo ganha espaço. O ser humano em vez de ser tratado como uma coisa, um objeto de pesquisa ou mercantil, retoma sua importância de ser humano: com suas complexidades, subjetividades e individualidades. Humanização na saúde "significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações." (DESLANDES, 2004, p. 254).

A partir da metade do século passado, surgiram alguns complicadores da relação médico-paciente, destacando-se a tecnologia, a superespecialização, a interposição institucional e o papel dos meios de comunicação. A tecnologia tirou o médico da cabeceira de seu paciente, fazendo com que a mão que sentia, tocava, percutia e confortava fosse substituída por visores luminosos e sonoros, por aparelhagem cada vez mais sofisticada. O calor humano do profissional tornou-se mais distante e a cibernética desprezou o contato mais próximo e atento do médico. De fato, os avanços científicos e tecnológicos trouxeram diversos questionamentos, sobretudo no campo humanitário, impondo um conflito entre aquilo que é possível fazer (e a tecnologia permite) e o que deve ser feito (a ética e a bioética recomendam). Em que pese tais avanços dispensaram argumentação específica, não existe discordância quanto a uma franca deterioração dos padrões éticos na prestação dos serviços médicos, isto é, tem-se ganhado em tecnologia e perdido em humanismo (DAVILA, 2010).

A humanização "se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção

à saúde e de gestão de serviços." (RIOS, 2009, p. 254).

Preocupar-se com a humanização é defender uma visão particular ou valor do que significa ser humano e, além disso, encontrar formas de agir sobre essa preocupação (TODRES et al, p. 69, 2009).

O foco na humanização dos serviços médicos remonta a uma perspectiva filosófica incluindo Heidegger (1966); Marx (1977); Habermas (1990); Foucault (1973) e; Frank (1995), que, na perspectiva de Todres et al (2006), trataram da questão da humanização do atendimento como algo mais relevante que o avanço tecnológico da medicina, o qual deveria estar inserido de acordo a uma visão holística. Neste sentido, Todres et al (2006) alerta para a necessidade de uma atenção efetiva no que tange a “experiência da despersonalização” que se verifica no atendimento médico atual.

Autores como Galvin et al (2005) e Carlsson et al (2004) reforçam o peso da impessoalidade carregada no tratamento tanto quanto a necessária atenção e demonstração de afeto a serem dispensados a pacientes sobretudo em tratamentos psiquiátricos.

Encontramos modelos estruturados de humanização em saúde em Todres et al (2009), no modelo internacional Planetree e na Política Nacional de Humanização HumanizaSUS.

### **Modelo Todres et al (2009)**

Preocupar-se com a humanização é defender uma visão particular ou valor do que significa ser humano e, além disso, encontrar formas de agir sobre essa preocupação, de acordo aos pesquisadores Todres et al (2009).

Todres et al (2009) propõem um modelo composto por oito dimensões que analisam a humanização e a desumanização, expressos em um espectro de possibilidades. São eles:

**QUADRO 1: DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO TODRES ET AL (2009)**

<b>Aspecto Humanizante</b>	<b>Aspecto Desumanizante</b>
Interiorização	Objetificação
Atividade	Passividade
Individualidade	Homogeneização

União	Isolamento
Sentido	Perda de sentido
Jornada pessoal	Perda da jornada pessoal
Sentido de local	Deslocamento
Vida individual completa	Reduccionismo ao corpo

Fonte: Adaptado de Todres et al (2009)

No que se refere à *Interiorização e Objetificação*, os pesquisadores destacam que cada ser humano possui uma realidade íntima, uma subjetividade própria, fruto de suas próprias experiências e visão de mundo. Se o profissional da saúde negligencia esse mundo, algo está se perdendo. Quando isso ocorre, acontece a objetificação do paciente, ou seja, ele é enquadrado em um modelo, um diagnóstico, em dados estatísticos que não compreendem esse universo interior e individual do paciente.

Quanto à *atividade e passividade*, poder escolher e ser responsabilizado por suas ações tem relação com um senso de dignidade humana. De acordo com os autores, o tratamento pode incentivar esse processo ativo de participação, ou enfatizar a passividade do paciente. Para desenvolver um senso de atividade, é preciso que o paciente perceba que tem uma liberdade de ação dentro de certos limites. Quando isso é removido, o senso de autonomia é retirado do paciente.

Na passividade, há uma ênfase excessiva em atitudes e práticas que tornam a pessoa passiva em relação à sua condição e tratamento. Tradicionalmente, o modelo médico enfatizou uma visão da pessoa e do corpo submetidos passivamente a forças internas e externas. O crescente enfoque do movimento de envolvimento do usuário em saúde e assistência social é uma reação a essa visão. Através da passividade excessiva, o paciente é despojado da dignidade humana em graus variados e isso pode ser desumanizante. Por exemplo, pessoas com anorexia nervosa muitas vezes se rebelam contra a falta de dignidade quando uma preocupação excessiva com nutrição e ganho de peso infantiliza-os de tal forma que são excessivamente assistidos.

O modelo, ao contemplar a *Individualidade e a Homogeneização* indica que ser humano é viver um mundo único. Essa singularidade nunca pode ser reduzida a uma lista de atributos e características gerais. Somos sempre mais do que a soma

das partes. Não importa o quanto façamos parte de influências e contextos maiores, há algo único no espaço e no tempo sobre uma pessoa em particular nesse momento específico que caracteriza sua individualidade particular. Isto reflete a individualização. Quando se tenta homogeneizar, ou seja, encaixar pacientes dentro de um grupo homogêneo, se perde essa perspectiva da individualidade.

A perda de individualização pode levar à perda da criatividade e imaginação de novas alternativas para a pessoa doente, bem como pode desvalorizar o paciente a estigmas de, por exemplo, "o paciente com câncer", ao invés de "o Fulano de Tal, pedreiro, filho de Beltrano, etc".

Ao tratar da *União e do Isolamento*, Todres et al (2009) afirmam que ser humano também é estar em comunidade. A individualidade existe quando as pessoas se relacionam com os outros. O senso de união e de individualidade são inerentes uma à outra. A dimensão de união permite a experiência da empatia.

Em um modo de isolamento as pessoas sentem-se separadas do seu senso de pertencimento com relação aos demais. Podem sentir-se solitárias, alienadas. Quando adoecem, inevitavelmente têm uma sensação de separação do seu mundo social íntimo. Mas essa sensação pode ser mitigada ou exacerbada dependendo do sistema de saúde e suas práticas. Por exemplo, qualquer viés institucional com suas regras, muitas necessárias, podem gerar uma sensação de isolamento. O paciente é colocado em um ambiente diferente, sem seu mundo social cotidiano.

Alguns estudos demonstraram o efeito das práticas que separam o paciente do senso de pertencimento familiar. Williams and Irurita (apud TODRES et al, 2009) apresentam o caso de como os pacientes sentiram-se desvalorizados com práticas como a perda de contato no olhar, ficar no final da cama do paciente, ao invés de a seu lado, expressões sérias ou neutras, ausência de contato, não desenvolver conversas sociais ou não lembrar detalhes pessoais do paciente. Outro estudo de Del Barrio et al. (apud TODRES et al, 2009) mostrou como as enfermeiras poderiam melhorar a experiência do paciente facilitando a entrada de familiares na UTI à beira de seu leito.

Ao tratar de *sentido e perda de sentido* os autores enfatizam que ser humano é também cuidar do significado das coisas, eventos e experiências na vida pessoal. A busca da verdade narrativa é muitas vezes experimentada como mais humanamente significativa do que a busca da verdade estatística.

Quando esse sentido é tirado das pessoas em diferentes graus, elas podem

experimentar uma sensação de deslocamento e de falta de sentido. Isso pode fazer parecer ser parte de uma máquina. As necessidades humanas, na verdade, são holísticas e transcendem categorias particulares da vida, como por exemplo a saúde.

Na perda de significado, os seres humanos se tornam números e estatísticas. Quando contados como estatística, o tratamento geralmente não faz sentido para as pessoas, porque o que é importante estatisticamente não se liga necessariamente à experiência humana individual.

Algumas pesquisas demonstram como pessoas conseguiram dar sentido a sua saúde e bem-estar, levando seu foco além dos sintomas para ver como eles estão lidando com os contextos mais amplos de suas vidas.

Todres et al (2009) reforçam que ser humano é fazer uma *jornada*, é estar conectado a um *senso de continuidade*. Passado, presente e futuro se conectam. Esse engajamento com a temporalidade, portanto, precisa ser entendido quando se considera uma forma mais humanizada de cuidados; como o significado da *jornada* de uma pessoa pode ser suportado ou perdido.

A perda de jornada pessoal pode acontecer quando as práticas de cuidados de saúde não prestam atenção suficiente à história e à possibilidade futura da vida de uma pessoa. Isso se manifesta em uma ênfase excessiva em como a pessoa é, não quem é a pessoa. Por exemplo, na consulta médica, os indivíduos são separados do seu contexto social normal e tratados como casos, em vez de pessoas com histórico e biografia. A sensação de saber quem eles são ajuda as pessoas a conhecer e sentir como seu cuidado é ligados à sua história.

Ao destacar o *sentido de local e de deslocamento*, há que se entender que ser humano é também vir de um local específico. Este *habitat* não é apenas um ambiente mensurado em termos quantitativos, mas um local onde a sensação de estar em casa se torna significativa. Esse sentido de local não é apenas uma coleção de cores, texturas e objetos, mas sim tudo que constitui um sentido de pertencimento que gera segurança, conforto, familiaridade e continuidade. Quando uma pessoa não tem um senso de localidade, sente-se deslocada e um estranho neste ambiente, o que gera desumanização.

Nos ambientes de saúde é necessário uma atenção à arquitetura do local, para que gere privacidade, dignidade, familiaridade e esperança. Além da arquitetura, as práticas que ocorrem dentro do ambiente são relevantes para tornar este local favorável à riqueza da vida humana.

Um estudo Arman, Rannheim, Rehnsfeldt and Wode (apud TODRES et al, 2009) mostra um hospital na Suécia em que a ausência de computadores, telefones e rádios, criou uma sensação de "retiro", como um oásis, que gerou a sensação de "estar em casa" nos pacientes. Isso demonstra a importância da humanização em diversos níveis, incluindo o arquitetônico.

A *visão ampla do corpo e a visão reducionista do corpo* também são relevantes, pois ser humano é também viver com os frágeis limites da encarnação humana. As pessoas sentem no corpo cansaço, fome, dor, perda de funções, entusiasmo, vitalidade e outras expressões inerentes a estar vivo. Quando não estão preocupadas com vicissitudes da atenção ao corpo, podem se dedicar às pessoas, lugares e atividades da vida. Quando o corpo sinaliza a doença, observam-se limites às possibilidades e potenciais. Assim, uma visão humanizante enxerga o bem-estar como uma qualidade positiva que faz com que a vida valha a pena e não apenas como ausência da doença, quando o corpo é enxergado como se fosse apenas um objeto que deve ser consertado. Um modelo de causalidade que é determinista e linear pode ser desumanizante por subestimar o espírito, o propósito e sentido de vida humana.

Na visão reducionista do corpo, existe uma ênfase excessiva nos tecidos, órgãos, hormônios, eletrólitos e negligência de uma visão mais relacional do corpo em seu contexto mais amplo, como matrizes psicológicas, ambientais, sociais e espirituais. Quando o corpo de uma pessoa é considerado dentro de suas relações mais amplas, suas opções tratamento podem ser mais amplas, e elas podem estar mais de acordo com as complexidades de vida.

Um exemplo de uma interação desumanizadora que é informada por uma visão reducionista do corpo é quando um profissional não acredita nos sintomas de um paciente, porque a evidência de dor nas costas não é evidenciada em testes físicos. Um exemplo de interação humanizadora é quando os profissionais de saúde de pacientes que possuem formas de expressão limitada (por exemplo, não podem mais falar), levam em consideração as demais expressões corporais para compreender suas necessidades.

### **Política Nacional de Humanização “HumanizaSUS”**

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O programa foi estruturado por um grupo de

psicanalistas e tinha como ênfase a transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades.

Em 2003, o Ministério da Saúde reformulou o PNHAH ampliando seu alcance para toda a rede SUS, com uma revisão da ênfase nos processos de gestão e de trabalho, lançando assim a Política Nacional de Humanização (PNH), denominado HumanizaSUS.

De acordo ao Ministério da Saúde, a humanização pode ser entendida como:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos envolvidos no processo de saúde, visando aumento do grau de co-responsabilização, humanização da gestão e participação dos trabalhadores nos processos de decisão e estabelecimento de vínculos solidários na produção de saúde em rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Suas diretrizes abarcam:

- Acolhimento
- Gestão participativa e cogestão
- Ambiência
- Clínica ampliada e compartilhada
- Valorização do trabalho e do trabalhador
- Defesa dos Direitos dos Usuários

Para o Ministério da Saúde (2018), *acolhimento* significa reconhecer o outro e sua necessidade de saúde. Isso pode ser feito através da escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores ao paciente, de forma a garantir o acesso dos usuários às tecnologias adequadas a sua necessidade.

A *gestão participativa e cogestão* implica incluir no processo de análise e decisório novos sujeitos e também ampliar as tarefas da gestão. O objetivo é desenvolver uma maior capacidade de análise e decisões mais assertivas. Arranjos de trabalho que pretendem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde envolvem a formação dos Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros.

A *ambiência*, que nasce da união das palavras ambiente e vivência. Tem como objetivo a construção de ambientes favoráveis, que promovam saúde, acolhimento, conforto, privacidade e que gerem mudanças no processo de trabalho e levem em consideração as dimensões humanas na ocupação dos espaços. Isso

pode ser obtido através da discussão compartilhada tanto dos processos de trabalho, como dos projetos arquitetônicos, reformas e uso dos espaços.

A *clínica ampliada e compartilhada* é a diretriz que busca enfrentar o processo de fragmentação do conhecimento de saúde. Assim, o olhar sobre o paciente deve ser interdisciplinar, inserindo o pacientes e sua necessidade de saúde em outras visões, como a social, econômica, cultural e psíquica, além da biomédica. Para que isso ocorra, busca-se a qualificação do diálogo com escuta qualificada, entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento e entre estes e o paciente, a fim de gerar decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia do paciente.

A *valorização do trabalho e do trabalhador* trata da criação de espaços para debates coletivos com fim de encontrar novos modos de trabalhar e de se relacionar no ambiente de trabalho. O “*Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa*”, é uma das iniciativas que possibilita diálogo, análise e intervenção, para o trabalhador se apoderar do seu próprio processo de trabalho, elaborando Planos de Intervenção para enfrentar os desafios no local de trabalho.

A *defesa dos direitos dos usuários* envolve o processo de informar aos pacientes seus direitos garantidos por lei, e assegurar de que eles sejam cumpridos em todo o processo do cuidado. Para isso, são criados mecanismos para que a informação chegue ao usuário, bem como a implementação das ouvidorias e outros meios de escuta do paciente para que essas questões cheguem aos gestores e sejam defendidas. A carta de Direitos dos Usuários SUS, se constitui como um dispositivo que aciona a discussão dos direitos.

O método da PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) busca incluir nos processos de produção de saúde os diferentes agentes, podendo ser chamado de um “método de tríplice inclusão”. Inclui: a) *gestores, trabalhadores e usuários* buscando a autonomia, protagonismo e corresponsabilidade; b) os fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão, potencializando os processos de transformação; e c) o coletivo, como movimento social organizado ou experiência singular sensível dos profissionais de saúde em seu trabalho de grupo.

Como resposta a esse método, espera-se obter, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2018):

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Para o Ministério da Saúde (2018), os dispositivos da PNH tem como objetivo instrumentalizar o HumanizaSUS e entre eles estão as iniciativas:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos Cogeridos de Ambiência
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;
- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- Projeto Memória do SUS que dá certo.

Portanto, o PNH procura minimizar os efeitos da desumanização no serviço público de saúde. O acolhimento do paciente com classificação de risco com o uso de protocolos de atendimento, como o Manchester, visam antecipar o atendimento de conformidade com urgência e emergência associados ao grau de risco do paciente. A recepção dos pacientes também passa por uma revisão dos ambientes para melhoria do acolhimento. Cabe, no entanto, observar que as ações propositivas do PNH exigem adaptações para o caso de hospitais públicos, sobretudo nos pronto atendimentos e em áreas de urgência e emergência, conforme as demandas existentes.

## Modelo Planetree

O Planetree é um modelo de atendimento para instituições de saúde que valorizam o bem estar e a opinião de seus pacientes e familiares, que oferecem ambientes saudáveis e propícios para a cura e incentivam a interação com a equipe assistencial, proporcionando uma experiência humanizada e desmistificando o tratamento.

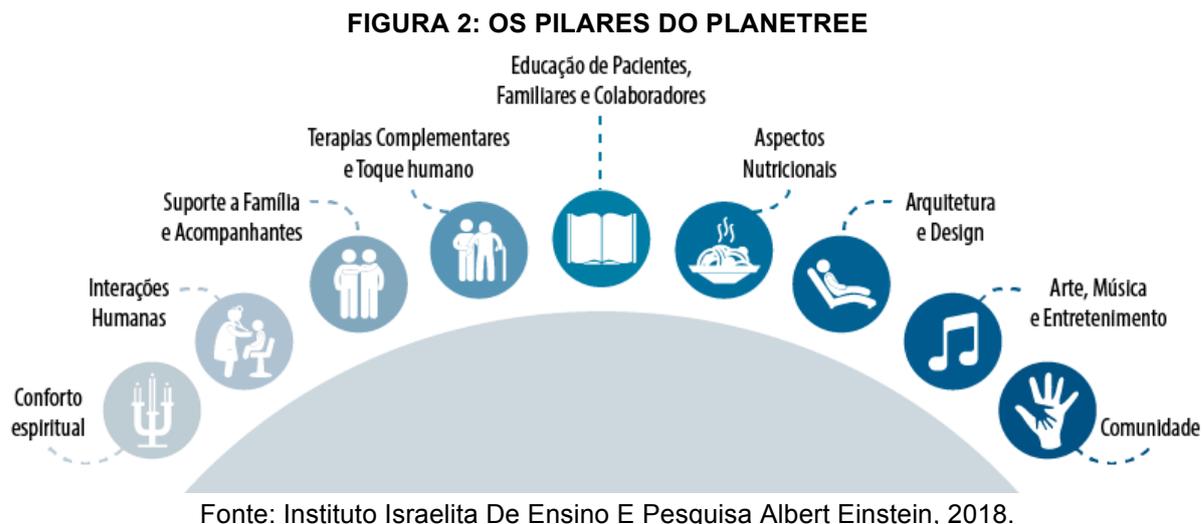
O método foi desenvolvido nos Estados Unidos pela argentina Angélica Thieriot em 1978. Através de sua própria experiência como paciente, Angélica decidiu criar um modelo que pudesse auxiliar hospitais a oferecerem aos seus pacientes um ambiente e uma assistência mais humanizada. O nome Planetree foi designado pela idealizadora, referenciando-se ao cenário em que Hipócrates ensinava seus alunos: a sombra de uma árvore de plátano.

No Brasil, o Hospital Albert Einstein é o responsável por disseminar, treinar e certificar as instituições de saúde interessadas em seguir esse modelo, sendo a primeira e única instituição reconhecida por oferecê-lo na América Latina.



Fonte: Instituto Israelita De Ensino E Pesquisa Albert Einstein, 2018.

A filosofia Planetree possui dez pilares para melhorar o atendimento de saúde, com o objetivo de oferecer mais poderes aos pacientes e seus familiares através do acesso às informações e educação, tornando-os mais ativos no tratamento e na busca pelo bem-estar próprio.



No modelo (INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN, 2018), as *interações humanas* são compreendidas como fundamentais para o processo de cura. Busca-se reforçar a preocupação entre as pessoas e prever o atendimento personalizado para os pacientes e seus familiares, além da criação de uma cultura organizacional que oferece suporte e apoio aos próprios colaboradores.

O *suporte à família e acompanhantes* faz parte dos pilares por compreender que o apoio social é necessário para a boa recuperação e saúde do paciente. O modelo recomenda horários livres de visitas, incluindo UTI e Pronto Atendimento. Também promove um alto envolvimento familiar no processo de hospitalização e pós alta. Dentro deste pilar, ações como a terapia com animais de estimação e o estímulo aos familiares passarem a noite no hospital são incentivadas.

Partindo do pressuposto de que a doença é uma oportunidade de aprendizado única e que tem um poder transformador, o Planetree criou o pilar de *educação de pacientes, familiares e acompanhantes* a fim de incentivar o processo ativo do paciente e de seus familiares no tratamento. Elementos como política de prontuário aberto, conferências sobre cuidados, formas de atendimento dos pacientes e vários outros recursos educacionais são disponibilizados.

O ambiente também é compreendido como um elemento humanizante e importante para a cura. No pilar *arquitetura e design – ambiente de cura* incentiva-se que cada ambiente se aproxime o máximo possível da casa do paciente, valorizando elementos humanos e não apenas tecnológicos. O ambiente deve ser projetado de maneira a oferecer espaços adequados a situações de solidão e de convívio social.

Isso inclui bibliotecas, cozinhas, sala de estar, sala de atividade, capela, jardins e acomodação para a pernoite dos familiares.

Os *Aspectos Nutricionais* também são incluídos no modelo com a finalidade de oferecer não apenas aspectos diretamente ligados à saúde, mas também a elementos ligados ao prazer, conforto e familiaridade. Iniciativas como cozinhas para que as famílias possam trazer alimentos de casa, ou para que os próprios pacientes preparem sua própria comida, ou ainda espaços para que voluntários possam fazer alimentos criam um ambiente de aromaterapia e cuidado.

No que tange à *Arte, Música e Entretenimento*, o modelo busca trazer para o ambiente de saúde um contexto cultural rico. Neste pilar, iniciativas como música, contadores de história, palhaços e filmes engraçados, obras artísticas nos quartos dos pacientes e áreas de tratamento criam um ambiente mais acolhedor. Os próprios pacientes também podem criar.

No âmbito *Espiritualidade*, o Planetree busca oferecer ao paciente e a seus familiares um respeito por suas crenças, pois reconhece a importância deste aspecto no processo de cura. As capelas, jardins, labirintos e salas de meditação oferecem oportunidades para reflexão e oração, e os religiosos são vistos como membros essenciais da equipe de saúde.

O oitavo pilar, o *Toque Humano*, é considerado um elemento eficaz para redução da ansiedade, a dor e o stress e beneficia os pacientes, seus familiares e os colaboradores.

As *Terapias Complementares* também são inseridas no método. A possibilidade de integrar aromaterapia, acupuntura e Reiki, Tai Chi e Yoga, por exemplo, são alguns exemplos do que pode ser oferecido além das modalidades tradicionais de tratamento.

Por último, o pilar *Comunidades* integra a instituição de saúde à sua comunidade local. Isso visa desenvolver a promoção do bem estar pela instituição à comunidade, com o trabalho com escolas, centros de terceira idade, igrejas e outros parceiros na comunidade.

Considerando a pesquisa realizada, é possível objetivar os resultados inerentes às práticas de humanização nos três modelos estudados, conforme o quadro a seguir.

**QUADRO 2: CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS PESQUISADOS**

Todres et al		HumanizaSUS	Planetree
<i>Aspectos humanizantes</i>	<i>Aspectos desumanizantes</i>	<i>Diretrizes</i>	<i>10 pilares</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interiorização</li> <li>• Atividade</li> <li>• Individualidade</li> <li>• União</li> <li>• Sentido</li> <li>• Jornada pessoal</li> <li>• Sentido de local</li> <li>• Vida individual completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetificação</li> <li>• Passividade</li> <li>• Homogeneização</li> <li>• Isolamento</li> <li>• Perda de sentido</li> <li>• Perda da jornada pessoal</li> <li>• Deslocamento</li> <li>• Reduccionismo ao corpo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Gestão participativa e cogestão</li> <li>• Ambiência</li> <li>• Clínica ampliada e compartilhada</li> <li>• Valorização do trabalho e do trabalhador</li> <li>• Defesa dos Direitos dos Usuários</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interações humanas</li> <li>2. Suporte à família e acompanhantes</li> <li>3. Educação de pacientes, familiares e acompanhantes</li> <li>4. Arquitetura e design</li> <li>5. Aspectos nutricionais</li> <li>6. Arte, música e entretenimento</li> <li>7. Espiritualidade</li> <li>8. Toque humano</li> <li>9. Terapias complementares</li> <li>10. Comunidade</li> </ol>

Fonte: A pesquisadora, com base nos modelos objeto da pesquisa, 2018.

Em que pese o tema da humanização no atendimento não ser recente, não são muitos os modelos estruturados disponíveis. Podemos destacar no cenário público nacional o HumanizaSUS, o Planetree no contexto privado (nacional e internacional) e o modelo de dimensões desenvolvido pelos acadêmicos Todres et al (2009).

A proposta de Todres et al (2009) representa um modelo teórico derivado da consolidação de práticas observadas em instituições de saúde, enquanto que o HumanizaSUS e o Planetree revelam-se como modelos efetivamente testados.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta parte do trabalho apresenta os procedimentos metodológicos do estudo, descrevendo a caracterização, a definição da população e amostra, as etapas da pesquisa, com as técnicas de coleta e de tratamento dos dados, e as limitações do estudo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, aplicada e exploratória, pois a pesquisa será aplicada, por ser direcionada para solução de um problema específico das clínicas médicas; qualitativa, por tratar de uma relação subjetiva que não pode ser traduzida em números pura e simplesmente; e exploratória por objetivar conhecer melhor um problema específico e desenvolver alternativas para solucioná-lo.

A pesquisa é também prescritiva porque a intenção do pesquisador é gerar uma proposta para as clínicas médicas a partir dos dados coletados, descritos, analisados e interpretados, para que iniciem um processo de mudança com o objetivo de melhorarem seus serviços.

A pesquisa caracteriza-se ontologicamente realista e epistemologicamente objetiva, pois estará baseada em perguntas fechadas, e também subjetiva, na parte em que o questionário apresenta uma pergunta aberta. Neste sentido, a proposta reúne uma perspectiva interpretativista, à medida em que, a partir da compreensão dos pacientes, se consolidará um quadro que revelará a percepção do atendimento médico humanizado e, construtivista, por quanto de posse desses dados se pretende propor ações para melhorar o atendimento médico.

O objeto deste estudo são três clínicas médicas de porte médio da cidade de Florianópolis. Essa escolha deve-se à facilidade de acesso da pesquisadora e permissão de acesso aos pacientes e busca de dados. Para o presente estudo foram entrevistados os pacientes das clínicas em questão.

### 4.2 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste trabalho, por sua relevância, buscou-se analisar clínicas especializadas do setor privado (86% do total).

Foram selecionadas três clínicas especializadas de Florianópolis, Santa Catarina, que possibilitaram o acesso à base de pacientes e de dados. As três

realizam atendimentos por convênios e particular.

Uma delas é uma clínica de cardiologia que realiza consultas e exames, com uma média de 2.800 pacientes/mês, sendo 90% deles planos de saúde e 10% atendimentos particulares.

A segunda é uma clínica de oncologia que atende mensalmente cerca de 900 pacientes, sendo aproximadamente 90% convênios e 10% particular.

A terceira é uma clínica de urologia com atendimento de consultas. A clínica possui uma média de 1.138 atendimentos/mês, sendo 70% convênios e 30% particular.

**QUADRO 3: POPULAÇÃO E AMOSTRA PESQUISADA.**

<b>Clínica</b>	<b>Total de pacientes atendidos mensalmente pelas clínicas analisadas</b>	<b>Número de e-mails disparados</b>	<b>Número de respostas mínimo (amostra esperada)</b>	<b>Número de respostas obtidas (amostra obtida)</b>
Cardiologia	2.800	5.500	140	388
Oncologia	900	902	45	113
Urologia	1.138	1.628	57	169
<i>Total</i>	<i>4.838</i>	<i>8.030</i>	<i>482</i>	<i>670</i>

Fonte: produção da pesquisadora, 2018.

Os e-mails foram disparados utilizando o sistema das próprias clínicas, com a base de pacientes registrada das mesmas. Cada uma delas possuía uma base conforme descrito no Quadro 3. O número de respostas obtidas excedeu a expectativa e a amostra mínima esperada, conferindo assim uma maior confiabilidade à pesquisa.

#### 4.3 ETAPAS DA PESQUISA, TÉCNICAS DE COLETA E DE TRATAMENTO DOS DADOS

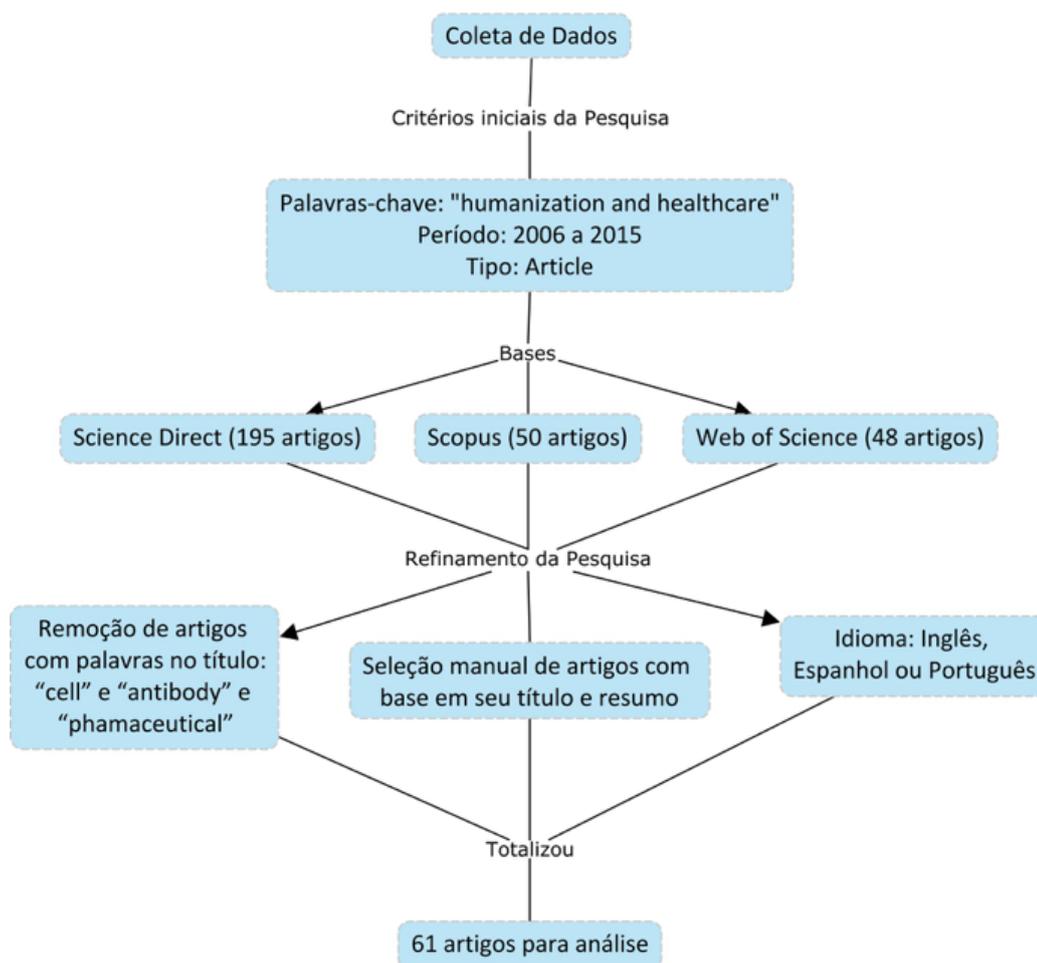
A pesquisa foi dividida em três partes, sendo iniciada com a análise documental e a pesquisa bibliográfica. Realizou-se a bibliometria, técnica

quantitativa e estatística de medição de índices de produção e disseminação do conhecimento científico para medir e avaliar a produção e comunicação científica do assunto humanização em saúde. Foi seguida de pesquisa e leitura de livros, artigos, dissertações e teses de forma impressa ou virtual.

Para a bibliometria, realizou-se a busca pelos termos “*Humanization*” e “*Healthcare*” em artigos publicados de 2006 a 2015 nas bases Scopus, Web of Science e Science Direct. Foram encontrados 195 artigos na base Science Direct, 50 na Scopus e 48 na Web of Science, totalizando 293 artigos. Destes, foram eliminados os artigos duplicados, totalizando 280 artigos únicos.

Posteriormente, foi feita uma seleção com base no título e resumo do artigo, bem como artigos que não estejam nos idiomas inglês, português ou espanhol. Também foram retirados artigos que continham em seu título os termos “*cell*” e “*antibody*” e “*pharmaceutical*”. Restaram 61 artigos a serem categorizados. Para a análise das citações, utilizou-se a ferramenta Google Acadêmico para encontrar a quantidade de citações de cada publicação.

**FIGURA 3: PERCURSO METODOLÓGICO DA BIBLIOMETRIA**



Fonte: produção da pesquisadora, 2018.

Esta primeira etapa contribuiu para a formatação da situação problema, dos objetivos, da fundamentação teórica e estruturação do questionário para a coleta de dados.

A segunda etapa consistiu em um pré-teste de aplicação do questionário elaborado, a partir do qual foi possível identificar problemas pontuais que foram retificados, gerando o questionário final.

A terceira parte da pesquisa consistiu da aplicação do questionário com os pacientes das três clínicas médicas pesquisadas, na cidade de Florianópolis.

A coleta de dados foi realizada no período de 01 a 31 de maio de 2018. Os questionários foram disparados através de e-mails das clínicas, com um link para um Formulário do Google, para responder a doze perguntas, sendo onze fechadas e uma aberta. O Formulário do Google exportou os dados para uma planilha, a partir de onde os dados foram tratados.

Ressalta-se o fato de que as respostas obtidas representam a percepção dos pacientes no momento específico da coleta de dados.

Finalmente, foram desenvolvidas propostas de iniciativas de humanização na saúde de acordo com a perspectiva do paciente.

O quadro a seguir apresenta as etapas, técnicas de coleta e análise de dados, a partir dos objetivos específicos da pesquisa.

**QUADRO 4: ETAPAS DA PESQUISA**

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas de coleta de dados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Análise de dados</b>
<i>Identificar o conceito de humanização e sua aplicação na saúde</i>	Revisão da literatura a partir de bibliometria.	Identificar conceito e estudos de caso de aplicações na área da saúde.	Análise documental.
<i>Elencar comportamentos caracterizados como "humanizados" e "desumanizados"</i>	Revisão da literatura e elaboração de questionário.	Identificar comportamentos de cada um dos tipos, elencá-los em categorias, construção do questionário.	Seleção dos indicadores relevantes para a pesquisa.
<i>Avaliar o impacto desses comportamentos na percepção do paciente</i>	Aplicação de questionários com pacientes.	Respostas coletadas.	Segmentação por grupo de respostas.
<i>Propor iniciativas de humanização na saúde de acordo com a perspectiva do paciente</i>	Tabulação de dados e proposição de ações.	Expectativa de coleta de informações que apontem as iniciativas mais relevantes de acordo ao paciente.	Extratificação apontando convergências e divergências com a identificação dos comportamentos que se destacam da percepção dos pacientes, derivados da pesquisa de campo.

Fonte: A pesquisadora, 2018.

Desta maneira, foi possível recolher dados e informações relevantes para as conclusões desenvolvidas nesta pesquisa.

Finalmente, cabe reforçar que a pesquisadora optou como modelo teórico-prático Todres et al (2009) pelo histórico consistente de pesquisa sobre o assunto pelos autores e, sobretudo, por terem um modelo conceitual construído a partir das experiências observadas em diferentes serviços de saúde.

Quanto ao Modelo do Planetree, a opção residiu na sua validação

internacional e adoção por hospitais de referência internacional e nacional.

Na expectativa de que os dois modelos possibilitem a compreensão dos resultados da pesquisa de campo, a escolha do HumanizaSUS se deve à necessidade de um contraponto dentro do serviço público de saúde, permitindo a compreensão de características específicas análogas do serviço privado.

#### 4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O fato da pesquisadora estar já envolvida com o segmento da área da saúde em sua atuação profissional pode engendrar pré-conceitos advindos de sua experiência, o que pode gerar um possível viés em sua interpretação dos dados.

O fato da pesquisa estar restrita a clínicas médicas da região de Florianópolis e sem considerar o público do SUS, pode também gerar uma visão mais estreita da realidade, pois não englobou outros cenários.

Além disso, não foram analisadas outras dimensões da humanização além do trato médico-paciente, como aspectos culturais, de interação com a comunidade, ou nutricionais, por exemplo, exceto por uma pergunta sobre a infraestrutura e uma pergunta aberta.

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste tópico serão contextualizadas as realidades de cada clínica pesquisada compreendendo a área de atuação, o número de atendimentos e modalidade correspondente. Em seguida, serão apresentados os dados analisados a partir dos resultados apurados na pesquisa.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DAS INSTITUIÇÕES OBJETO DA PESQUISA

As clínicas objeto deste estudo possuem portes semelhantes, estando todas localizadas na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

A *clínica de cardiologia* é uma clínica tradicional, especializada na prevenção, na investigação e no tratamento de doenças do coração desde o período fetal, da infância, da adolescência até a vida adulta. Atua há mais de 30 anos na cidade. Realiza consultas e exames cardiológicos especializados, integrados com exames de ultrassonografia, possuindo em seu corpo clínico mais de 20 cardiologistas, além de alguns profissionais da área de endocrinologia, nutrição e psicologia.

A clínica atende pacientes com planos de saúde e particular, sendo aproximadamente 90% dos pacientes atendidos na modalidade por plano de saúde, e apenas 10% particular. O fluxo de pacientes mensal médio é de três mil pacientes.

A *clínica de oncologia* é uma das principais referências da cidade na área, atuando predominantemente com consultas e tratamento para pacientes com câncer. Com aproximadamente 20 anos de existência, a clínica oferece serviços de oncologia clínica, hematologia com foco em oncologia, tratamento da dor e tratamento nutricional e psicológico. Seu corpo clínico é formado por uma equipe de médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista e fisioterapeuta. Os 25 médicos integram a maior parte do corpo clínico.

A clínica atende pacientes com planos de saúde e particular, sendo aproximadamente 90% dos pacientes atendidos na modalidade por plano de saúde, e 10% particular. O fluxo de pacientes mensal médio é de 900 pacientes.

A *clínica de urologia* é referência estadual na especialidade, com mais de 20 anos de atuação. Possui pouco mais de dez médicos urologistas com dedicação exclusiva, que têm, em conjunto, grande poder de resolução em relação às doenças urológicas em função da divisão de subespecialidades dentro da Urologia.

Atuam com Urologia Geral, Andrologia e Reprodução Humana, Urologia

Oncológica, Endourologia e Litíase Urinária, Uroneurologia e Disfunções Miccionais, Uroginecologia e Urologia Feminina, Urologia Pediatria dentre outras atuações. A clínica também realiza exames, como Uretrocistoscopia, Estudo Urodinâmico, Urofluxometria, Peniscopia, além de alguns procedimentos cirúrgicos.

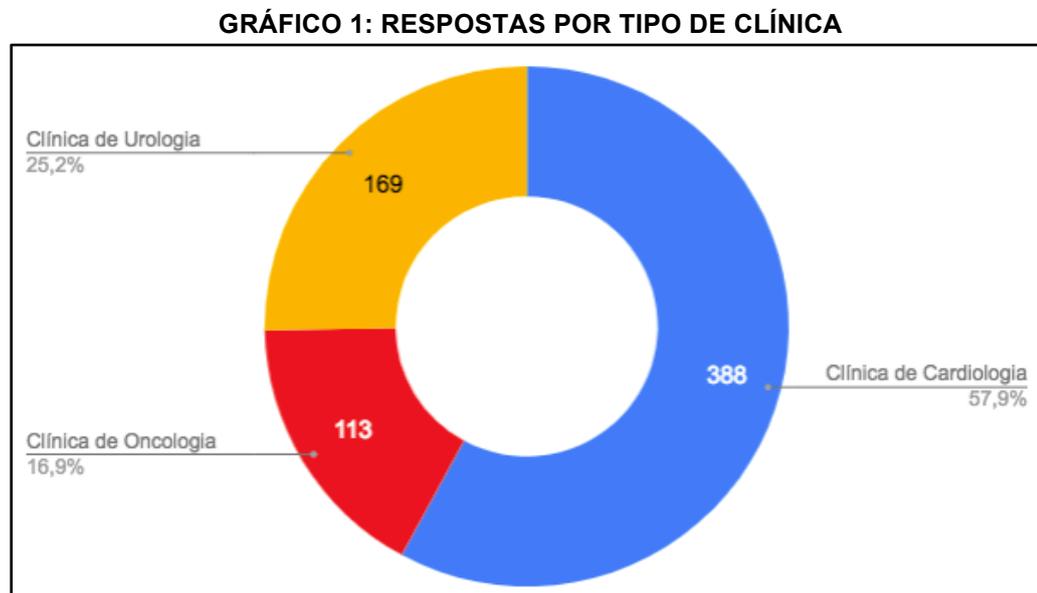
A clínica atende pacientes com planos de saúde e particular, sendo aproximadamente 70% dos pacientes atendidos na modalidade por plano de saúde, e 30% particular. O fluxo de pacientes mensal médio é de 1,2 mil pacientes.

## 5.2 ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS

### 5.2.1 Perfil das características dos respondentes geral e por clínica

Quanto ao perfil dos respondentes, obteve-se o panorama geral que reflete a proporção de respondentes à pesquisa quanto ao objeto do tema.

Em relação ao perfil da clínica e número de respondentes à pesquisa, obteve-se o seguinte cenário de respostas:



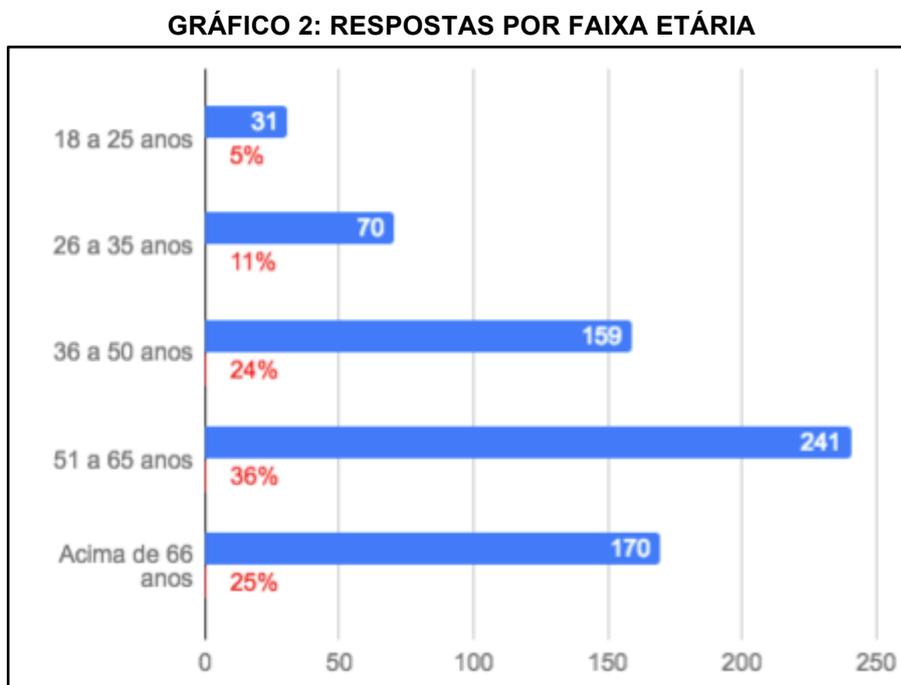
Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Das 670 respostas obtidas, a clínica que teve o maior volume de respostas foi a clínica de cardiologia, com 388 respostas, seguida pela clínica urológica, com 169 respostas e finalmente, pela clínica oncológica, com 113 respostas.

A proporção de respostas obtidas à pesquisa por número de e-mails disparados foi, em média, de 8%. A maior adesão foi obtida pela clínica oncológica,

com 13% dos e-mails respondidos. A com adesão mais baixa foi a da clínica de cardiologia, com 7%.

Quanto ao perfil etário dos respondentes, a amostra se configurou conforme o gráfico a seguir:

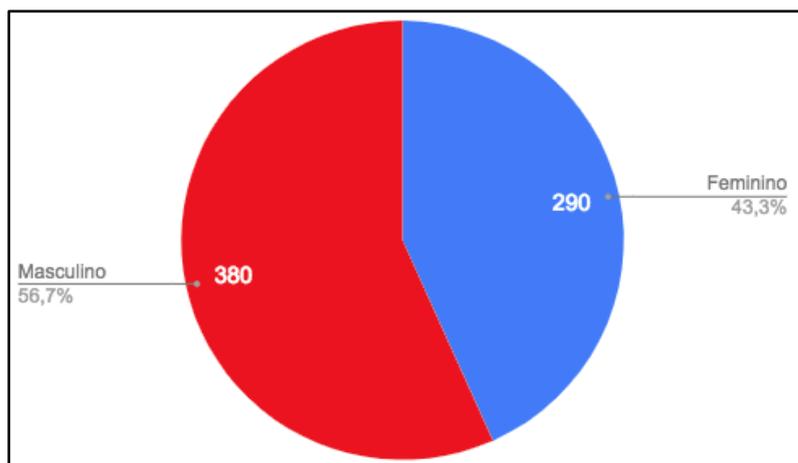


Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Assim, pode-se observar a predominância da faixa etária acima dos 51 anos na amostra total, representando 61% das respostas obtidas. A faixa abaixo dos 35 anos é a menos representativa, com 16%, fato decorrente da realidade da busca por tratamentos de saúde acontecer de maneira mais intensa após essa idade no tipo de serviço oferecido pelas clínicas pesquisadas.

No que se refere ao gênero, predominou o masculino, com 56,7%.

### GRÁFICO 3: RESPOSTAS POR GÊNERO



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Esse fato deve-se, fundamentalmente, ao fato de que a clínica de urologia é composta predominantemente por homens (88,8% dos respondentes). Nas clínicas de oncologia e de cardiologia a amostra foi equilibrada entre homens e mulheres.

No que tange à modalidade de atendimento, a consulta ou exame por plano de saúde é prevalente na amostra, conforme demonstra o quadro a seguir:

**QUADRO 5: RESPOSTAS POR MODALIDADE DE ATENDIMENTO**

Modalidade de atendimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consulta ou exame por plano de saúde	557	83%
Consulta ou exame particular	93	14%
Saúde Pública	13	2%
Particular e Plano de Saúde	6	1%
<b>TOTAL</b>	<b>670</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Esse resultado espelha o relato da direção das clínicas, sendo a modalidade de consulta ou exame particular a menos presente em sua realidade. No caso da clínica oncológica, a frequência real foi menor do que a teórica no caso de consultas ou exame particular, representando apenas 3,5% dos atendimentos, em contraposição aos 14% da média geral.

De maneira individual, na clínica cardiológica, o perfil dos respondentes predominante foi de mulheres, atendimento por consulta ou exame por plano de saúde e faixa etária de 51 a 65 anos.

**QUADRO 6: GÊNERO - CLÍNICA CARDIOLÓGICA**

Gênero	Frequência absoluta	Frequência relativa
--------	---------------------	---------------------

Feminino	203	52,6%
Masculino	183	47,4%
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

O gênero dos 386 respondentes se distribuiu proporcionalmente entre feminino e masculino, sendo 52,6% destes mulheres e 47,4% homens, respondendo assim a uma amostra equilibrada neste quesito.

Em relação à faixa etária dos pesquisados, na especialidade de cardiologia, identificou-se uma característica específica em relação à frequência, aproximadamente 85% dos pacientes encontram-se na faixa etária superior a 35 anos.

#### QUADRO 7: FAIXA ETÁRIA - CLÍNICA CARDIOLÓGICA

Faixa etária	Frequência absoluta	Frequência relativa
18 a 25 anos	23	6,0%
26 a 35 anos	38	9,8%
36 a 50 anos	86	22,3%
51 a 65 anos	145	37,6%
Acima de 66 anos	94	24,4%
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Com 386 respostas, a faixa etária dos respondentes situou-se predominantemente acima dos 50 anos (62%), apresentando portanto, uma amostra mais madura para a avaliação desta pesquisa.

A frequência em relação à modalidade de atendimento revelou que menos de 20% dos pacientes pesquisados são atendidos em consulta particular, conforme se verifica no quadro a seguir:

#### QUADRO 8: MODALIDADE DE ATENDIMENTO - CLÍNICA CARDIOLÓGICA

Modalidade de atendimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consulta ou exame particular	64	16,6%
Consulta ou exame por plano de saúde	309	80,1%
Particular e Plano de Saúde	4	1,0%
Saúde Pública	9	2,3%

<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>100%</b>
--------------	------------	-------------

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

A modalidade de atendimento por plano de saúde é predominante, representada por mais de 80% da amostra.

Na clínica oncológica, o perfil dos respondentes predominante foi de mulheres, atendimento por consulta ou exame por plano de saúde e faixa etária de 36 a 65 anos.

#### QUADRO 9: GÊNERO - CLÍNICA ONCOLÓGICA

<b>Gênero</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Feminino	67	59,3%
Masculino	46	40,7%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

O gênero dos 113 respondentes é predominantemente feminino, representadas pelas 59,3% das respostas, mas equilibradas com o gênero masculino. Isso pode ter a ver com o fato da incidência de câncer ser equilibrada em homens e mulheres no Brasil (INCA, 2018).

Em relação à faixa etária, de modo análogo à clínica cardiológica, aproximadamente 55% dos pacientes encontram-se na faixa etária acima de 50 anos.

#### QUADRO 10: FAIXA ETÁRIA - CLÍNICA ONCOLÓGICA

<b>Faixa etária</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
18 a 25 anos	4	3,5%
26 a 35 anos	17	15,0%
36 a 50 anos	31	27,4%
51 a 65 anos	33	29,2%
Acima de 66 anos	28	24,8%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Com 113 respostas, a faixa etária dos respondentes situou-se de maneira equilibrada nos três últimos intervalos, com pacientes predominantemente acima dos 35 anos.

A modalidade de atendimento prevalente na clínica oncológica, assim como

as demais, é a de consulta ou exame por plano de saúde.

**QUADRO 11: MODALIDADE DE ATENDIMENTO - CLÍNICA ONCOLÓGICA**

Modalidade de atendimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consulta ou exame particular	4	3,5%
Consulta ou exame por plano de saúde	105	92,9%
Saúde Pública	4	3,5%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

A modalidade de atendimento na amostra por consulta ou exame particular é a mais baixa das três clínicas, com apenas 3,5% dos respondentes. Esta característica, específica da clínica oncológica, é praticamente metade à mesma faixa etária correspondente à clínica cardiológica.

Na **clínica urológica**, o perfil dos respondentes predominante foi de homens, atendimento por consulta ou exame por plano de saúde e faixa etária de 51 a 65 anos.

**QUADRO 12: FAIXA ETÁRIA - CLÍNICA UROLÓGICA**

Faixa etária	Frequência absoluta	Frequência relativa
18 a 25 anos	4	2,4%
26 a 35 anos	15	8,9%
36 a 50 anos	41	24,3%
51 a 65 anos	62	36,7%
Acima de 66 anos	47	27,8%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Com 169 respostas, a faixa etária dos respondentes situou-se predominantemente acima dos 50 anos (64,5%), demonstrando o cuidado com a saúde urológica por parte dos pacientes predominantemente após essa idade. Esse percentual se aproxima do perfil da clínica oncológica, que aponta 62% de pacientes acima dos 50 anos.

Na clínica urológica a frequência correspondente ao gênero feminino, dada a especialidade, traduz a realidade vivenciada pelo segmento.

**QUADRO 13: GÊNERO - CLÍNICA UROLÓGICA**

<b>Gênero</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Feminino	19	11,2%
Masculino	150	88,8%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

O gênero dos 169 respondentes é predominantemente masculino, com 88,8% dos respondentes composto por homens.

A modalidade de atendimento prevalente na clínica urológica, assim como as demais, é a de consulta ou exame por plano de saúde:

**QUADRO 14: MODALIDADE DE ATENDIMENTO - CLÍNICA UROLÓGICA**

	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Consulta ou exame particular	25	14,8%
Consulta ou exame por plano de saúde	142	84,0%
Particular e Plano de Saúde	2	1,2%
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

A modalidade de atendimento por plano de saúde é predominante, representando mais de 84% da amostra.

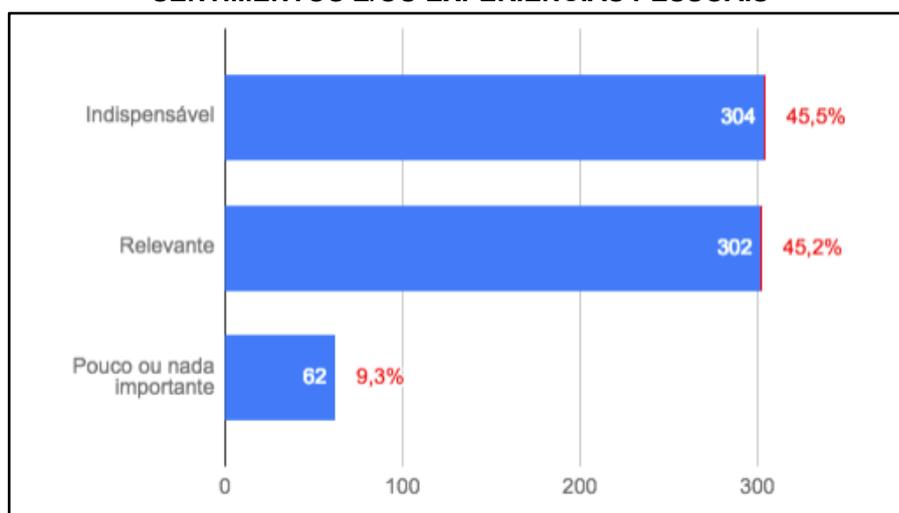
### 5.2.2 Percepção sobre a humanização dos respondentes geral e por clínica

A partir da análise das respostas, observou-se uma distribuição das respostas mais concentrada em três grupos principais, a saber: (1) os que responderam "Extremamente importante", dando a entender que consideram o ponto como **indispensável** no atendimento; (2) os que responderam "Muito importante", demonstrando uma **relevância**, mas não ser indispensável; e (3) os que responderam "Indiferente", "Pouco importante" e "Nada importante", evidenciando uma baixa relevância do tema. Assim sendo, a combinação das respostas a partir da distribuição das frequências encontradas na pesquisa de campo, possibilitou o reagrupamento das mesmas em três grupos, a saber: (1) indispensável; (2)

relevante, e (3) pouco ou nada importante.

Quanto à importância do médico perguntar sobre os sentimentos e/ou experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento, observou-se que a amostra basicamente dividiu-se entre os que consideravam o comportamento indispensável e relevante. Apenas 9,3% dos respondentes consideraram o item com baixa relevância.

**GRÁFICO 4: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO PERGUNTAR SOBRE OS SENTIMENTOS E/OU EXPERIÊNCIAS PESSOAIS**



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Ainda neste quesito, observou-se que os homens consideram esse comportamento menos importante do que as mulheres.

**QUADRO 15: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO PERGUNTAR SOBRE OS SENTIMENTOS E/OU EXPERIÊNCIAS PESSOAIS POR GÊNERO**

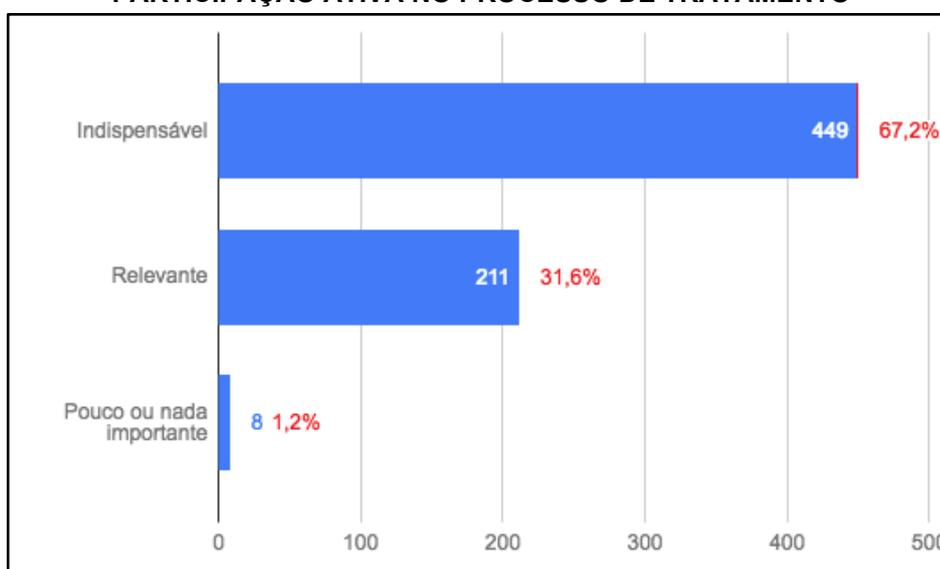
	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Feminino	50,9% (147)	43,3% (125)	5,9% ( 17)	100% (289)
Masculino	41,4% (157)	46,7% (177)	11,9% ( 45)	100% (379)
TOTAL	45,5% (304)	45,2% (302)	9,3% ( 62)	100% (668)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

O número de homens que respondeu que o comportamento seria pouco ou nada importante em sua percepção superou a frequência teórica, e o contrário se deu com as mulheres, demonstrando uma dependência significativa entre essas variáveis.

A importância do médico estimular a participação ativa do paciente no processo de tratamento apresentou uma tendência a ser considerada como um comportamento indispensável, com 67,2% das respostas. Praticamente toda a amostra pontuou o comportamento como um elemento importante (apenas 1,2% consideram de pouca ou nenhuma importância). Portanto, o que muitas vezes não se demonstra na prática como relevante sob o olhar do médico, identifica-se, de modo absolutamente oposto, como indispensável sob a ótica do paciente.

**GRÁFICO 5: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PROCESSO DE TRATAMENTO**



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Ainda neste quesito, observou-se uma dependência significativa com o gênero.

**QUADRO 16: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PROCESSO DE TRATAMENTO E GÊNERO**

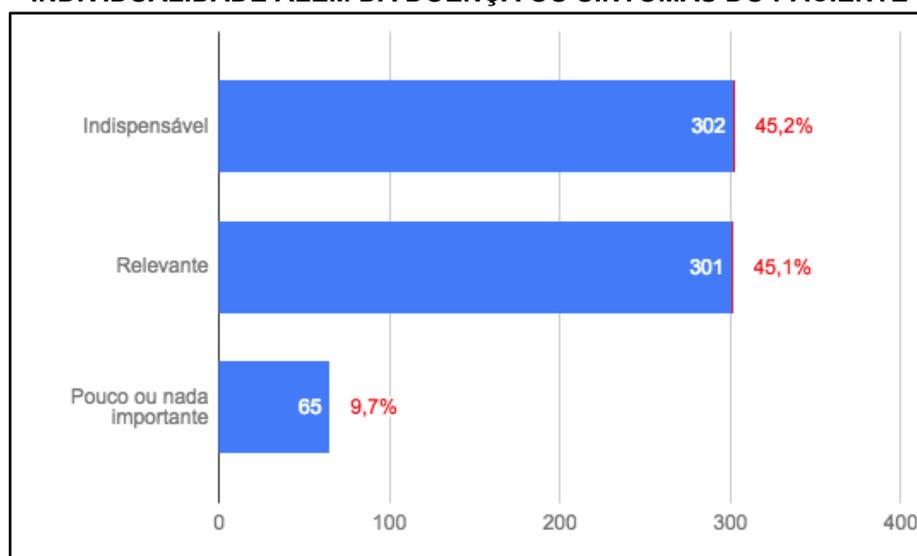
	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante
Feminino	73,4% (212)	26,0% ( 75)	0,7% ( 2)
Masculino	62,5% (237)	35,9% (136)	1,6% ( 6)
TOTAL	67,2% (449)	31,6% (211)	1,2% ( 8)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

De todos os pesquisados, as mulheres consideram esse comportamento indispensável mais do que os homens (73,4% das respondentes versus 62,5% dos respondentes), demonstrando um maior interesse no envolvimento da paciente no tratamento médico.

Quanto à valorização pelo médico das experiências e individualidade além da doença ou sintomas do paciente, as opiniões novamente se dividiram entre os que consideram um comportamento indispensável ou relevante. 9,7% da amostra considerou de pouca ou nenhuma importância.

**GRÁFICO 6: IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO PELO MÉDICO DAS EXPERIÊNCIAS E INDIVIDUALIDADE ALÉM DA DOENÇA OU SINTOMAS DO PACIENTE**



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Os jovens com 18 a 25 anos consideram o fator pouco ou nada importante com uma frequência real superior à teórica. Isso pode ter relação com o fato de serem jovens e não terem muitas experiências, em contraposição com os mais velhos, como os acima de 66 anos.

**QUADRO 17: IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO PELO MÉDICO DAS EXPERIÊNCIAS E INDIVIDUALIDADE ALÉM DA DOENÇA OU SINTOMAS DO PACIENTE POR FAIXA ETÁRIA**

	<b>Indispensável</b>	<b>Relevante</b>	<b>Pouco ou nada importante</b>	<b>TOTAL</b>
18 a 25 anos	51,6% ( 16)	29,0% ( 9)	19,4% ( 6)	100% (31)
26 a 35 anos	57,1% ( 40)	30,0% ( 21)	12,9% ( 9)	100% (70)
36 a 50 anos	46,2% ( 73)	46,8% ( 74)	7,0% ( 11)	100% (158)
51 a 65 anos	47,9% (115)	43,3% (104)	8,8% ( 21)	100% (240)
Acima de 66 anos	34,3% ( 58)	55,0% ( 93)	10,7% ( 18)	100% (169)
<b>TOTAL</b>	<b>45,2% (302)</b>	<b>45,1% (301)</b>	<b>9,7% ( 65)</b>	<b>100% (668)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Importante destacar a dependência significativa nesta questão em função da faixa etária. A frequência real de Indispensável nessa faixa etária é maior do que a teórica, o que indica que quanto mais velho, mais importante a valorização das experiências e individualidade do paciente.

A avaliação por gênero, deste comportamento, também se mostrou significativo, sendo considerado uma frequência teórica equivalente a 9,7%.

**QUADRO 18: IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO PELO MÉDICO DAS EXPERIÊNCIAS E INDIVIDUALIDADE ALÉM DA DOENÇA OU SINTOMAS DO PACIENTE POR GÊNERO**

	<b>Indispensável</b>	<b>Relevante</b>	<b>Pouco ou nada importante</b>
Feminino	52,9% (153)	41,2% (119)	5,9% ( 17)
Masculino	39,3% (149)	48,0% (182)	12,7% ( 48)
<b>TOTAL</b>	<b>45,2% (302)</b>	<b>45,1% (301)</b>	<b>9,7% ( 65)</b>

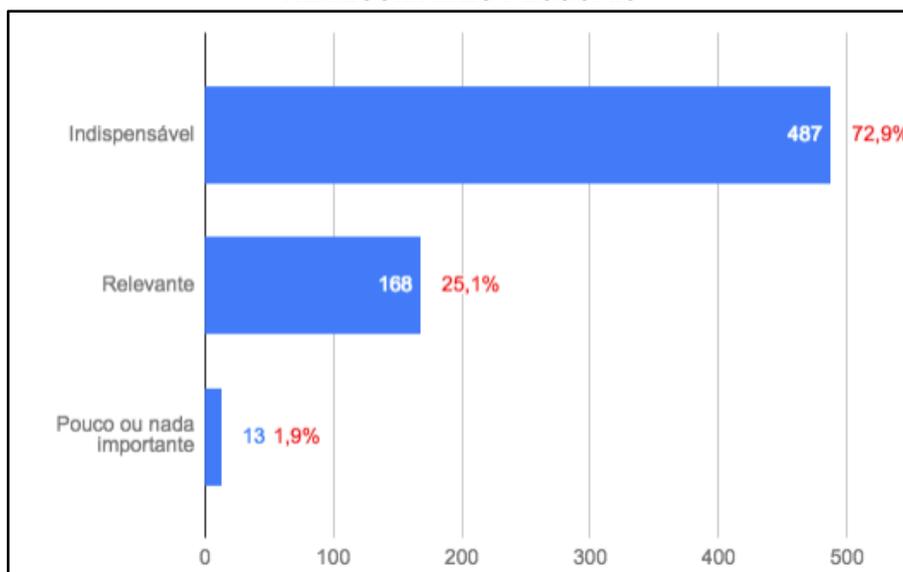
Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

As mulheres apresentaram uma taxa de respostas considerando o comportamento indispensável superior à dos homens. Os homens, por sua vez, consideraram o comportamento pouco ou nada importante com uma frequência real bastante superior à teórica.

A importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome,

com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais, a maior parte dos respondentes consideraram um comportamento indispensável, com 72,9% das respostas.

**GRÁFICO 7: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO TRATAR O PACIENTE COMO SER HUMANO, POR SEU NOME, COM CONTATO NOS OLHOS, TOQUE, E RESPEITANDO SUAS NECESSIDADES PESSOAIS**

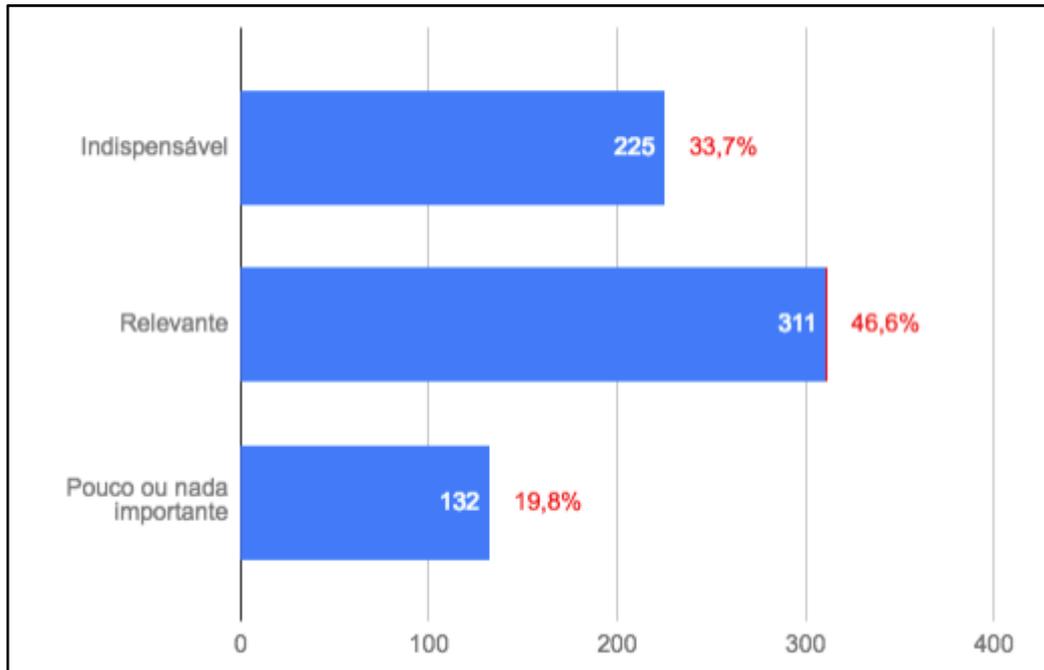


Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

O gráfico anterior demonstra a relevância do caráter indispensável quanto à forma humana do médico tratar o paciente, revelando-se a mais alta frequência de respostas de todos os quesitos da pesquisa.

A importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global apresentou um menor acento em ser indispensável, sendo que grande parte da amostra considerou um comportamento relevante, apenas, e 19,8% consideram de pouca ou nenhuma importância.

**GRÁFICO 8: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO AJUDAR O PACIENTE A ENTENDER O EFEITO DA SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE NA VIDA COMO UM TODO**

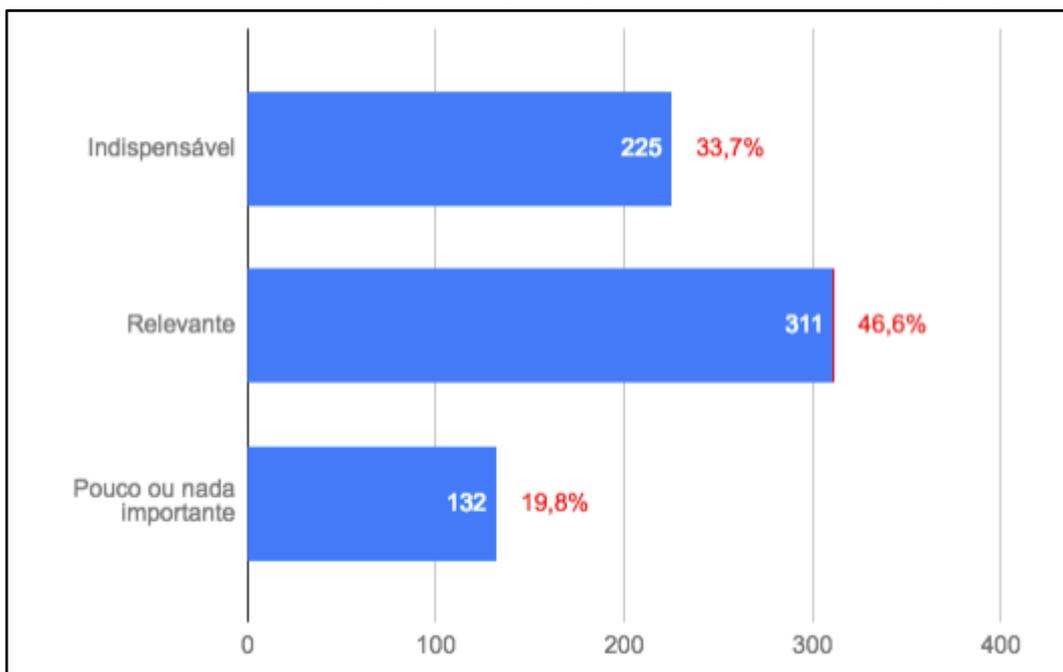


Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

É curioso que a pesquisa revela que aproximadamente 1/5 dos pacientes pesquisados não entendem como importante ter conhecimento ou entendimento dos efeitos da sua condição de saúde na vida como um todo, quebrando qualquer expectativa contrária nesta direção.

A importância do médico compreender a jornada de vida, perguntando sobre a vida e objetivos futuros do paciente também não foi considerada indispensável por grande parte da amostra. Apenas 33,7% dos respondentes consideraram o aspecto indispensável, enquanto 46,6% consideram relevante, e 19,8% dos pesquisados consideraram o comportamento com baixa ou nenhuma importância.

**GRÁFICO 9: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO COMPREENDER A JORNADA DE VIDA, PERGUNTANDO SOBRE A VIDA E OBJETIVOS FUTUROS DO PACIENTE**

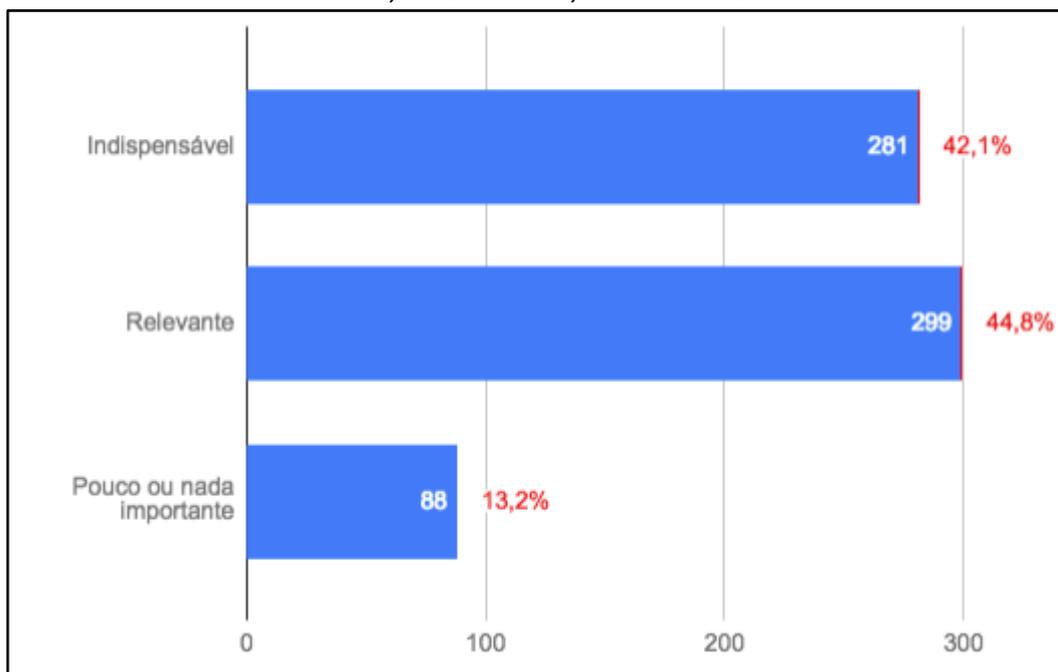


Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Uma vez mais, identificou-se que aproximadamente 20% dos pacientes não deseja que o médico tenha maiores informações a respeito da sua jornada de vida.

A importância do médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do corpo do paciente dividiu-se basicamente entre os que consideravam o comportamento indispensável (42,1%) e relevante (44,8%). Apenas 13,2% considerou o aspecto pouco ou nada importante.

**GRÁFICO 10: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO BUSCAR COMPREENDER ASPECTOS PSICOLÓGICOS, AMBIENTAIS, SOCIAIS E ESPIRITUAIS**



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

No que tange a este comportamento, os homens apresentaram maior indiferença do que as mulheres, com 16,1% das respostas como sendo pouco ou nada importante:

**QUADRO 19: IMPORTÂNCIA DO MÉDICO BUSCAR COMPREENDER ASPECTOS PSICOLÓGICOS, AMBIENTAIS, SOCIAIS E ESPIRITUAIS POR GÊNERO**

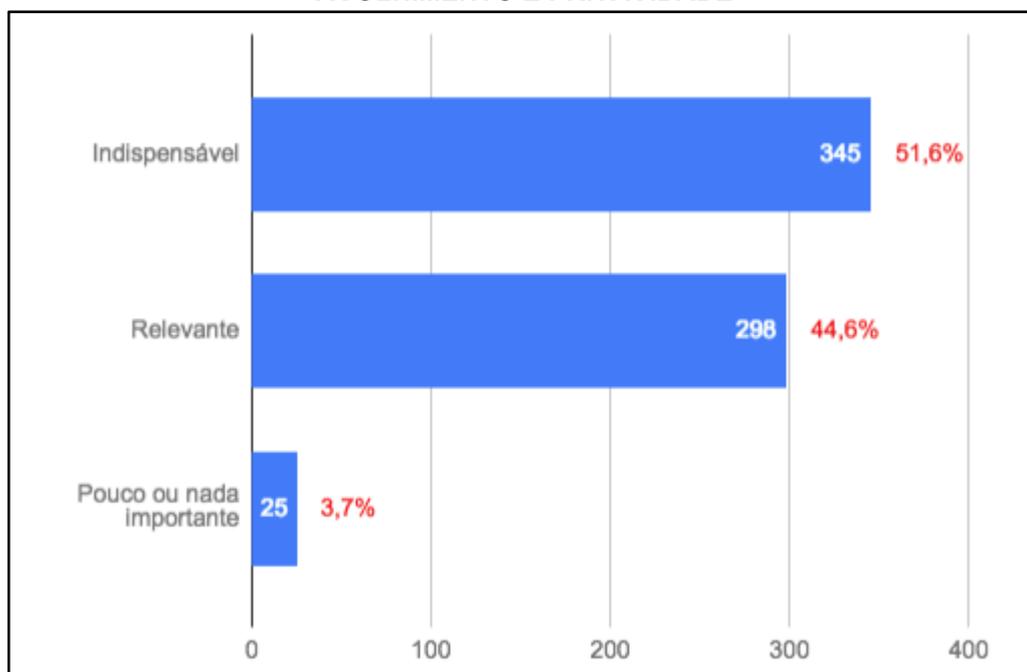
	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Feminino	47,1% (136)	43,6% (126)	9,3% ( 27)	100% (289)
Masculino	38,3% (145)	45,6% (173)	16,1% ( 61)	100% (379)
TOTAL	42,1% (281)	44,8% (299)	13,2% ( 88)	100% (668)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Esse fato não apenas demonstra, como ratifica a importância de um atendimento diferenciado de acordo a gênero.

Quanto ao quesito da importância de que o ambiente/local dê uma sensação de acolhimento e privacidade ao paciente a maior parte da amostra considerou como um elemento indispensável no atendimento médico, com 51,6% das respostas. Apenas 3,7% consideram de pouca ou nenhuma importância.

**GRÁFICO 12: IMPORTÂNCIA DE QUE O AMBIENTE/LOCAL DÊ UMA SENSAÇÃO DE ACOLHIMENTO E PRIVACIDADE**



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Curiosamente, a importância do ambiente do atendimento possibilitando uma sensação de acolhimento e privacidade é considerada irrelevante por quase 4% dos pacientes.

Neste quesito, observou-se uma dependência significativa pelo tipo de clínica. Na clínica de oncologia, quando comparada com as demais, o fator ambiente destacou-se como Indispensável, com 63,7% das respostas, com uma frequência real superior à frequência teórica. A clínica de cardiologia é a que apresenta esse quesito como menos importante se comparado com as demais.

**QUADRO 20: IMPORTÂNCIA DE QUE O AMBIENTE/LOCAL DÊ UMA SENSAÇÃO DE ACOLHIMENTO E PRIVACIDADE POR CLÍNICA**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Clínica de Cardiologia	46,4% (179)	49,7% (192)	3,9% (15)	100% (386)
Clínica de Oncologia	63,7% (72)	32,7% (37)	3,5% (4)	100% (113)
Clínica de Urologia	55,6% (94)	40,8% (69)	3,6% (6)	100% (169)
<b>TOTAL</b>	<b>51,6% (345)</b>	<b>44,6% (298)</b>	<b>3,7% (25)</b>	<b>100% (668)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Ainda neste aspecto, as mulheres apresentaram uma frequência real superior à teórica no aspecto indispensável, com 60,6% das respostas indicando a importância do ambiente em sua percepção de um bom atendimento médico, enquanto os homens apresentaram respostas superiores à teoria no que tange à indiferença deste aspecto.

**QUADRO 21: IMPORTÂNCIA DE QUE O AMBIENTE/LOCAL DÊ UMA SENSAÇÃO DE ACOLHIMENTO E PRIVACIDADE POR GÊNERO**

	<b>Indispensável</b>	<b>Relevante</b>	<b>Pouco ou nada importante</b>	<b>TOTAL</b>
Feminino	60,6% (175)	38,1% (110)	1,4% ( 4)	100% (289)
Masculino	44,9% (170)	49,6% (188)	5,5% ( 21)	100% (379)
TOTAL	51,6% (345)	44,6% (298)	3,7% ( 25)	100% (668)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Efetivamente alguns resultados apresentados sobre a percepção dos pacientes sobre a humanização dos serviços médicos apresentaram singulares diferenças ou divergências quando cotejado com o gênero, faixa etária e especialidade. Assim, se reforça a questão do ambiente provendo uma sensação de acolhimento e privacidade, de modo geral, por gênero, ser mais significativa na percepção do gênero feminino do que do masculino.

### 5.3 ESCORES DE IMPORTÂNCIA

A fim de avaliar a relevância entre os comportamentos, foi gerado um *score* geral para classificar os comportamentos mais e menos relevantes na perspectiva do paciente. O *score* foi gerado a partir da atribuição dos pesos 5, para as respostas com classificação "Indispensável", 3 para as respostas "Relevante" e 1 para as respostas "Pouco ou nada importante".

**QUADRO 22: ESCORE DOS COMPORTAMENTOS HUMANIZANTES**

<b>Comportamento</b>	<b>Escore</b>
Importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais	4,4
Importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global	4,3
Importância do médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento	4,3
Importância de que o ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e privacidade	4,0
Importância do médico perguntar ao paciente sobre os seus sentimentos e/ou as suas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento	3,7
Importância do médico valorizar as experiências e individualidade do paciente além da sua doença ou sintomas	3,7
Importância do médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do corpo do paciente	3,6
Importância do médico compreender a jornada de vida do paciente, perguntando-o sobre sua vida e objetivos futuros	3,3

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Pode-se observar a maior importância do trato humano, com cuidado ao nome, contato nos olhos, toque e com respeito às necessidades pessoais (escore 4,4). A busca por uma compreensão sobre o sentido do tratamento (escore 4,3) e da participação ativa no processo do tratamento (escore 4,3) também apareceu como elementos considerados importantes na perspectiva do paciente. O local, com conforto, acolhimento e privacidade, também recebeu um escore importante (4,0).

O comportamento menos relevante na perspectiva do paciente foi o da importância da compreensão e busca de informações sobre a vida e objetivos futuros do paciente (escore 3,3). Os comportamentos que associam a compreensão de sentimentos, experiências pessoais, individualidade, aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais também receberam um escore baixo se considerado aos demais.

Analisando os escores por clínica, observou-se que o padrão das importâncias dos comportamentos é o mesmo em todas elas. No entanto, destaca-se as notas mais altas em todos os quesitos na clínica de oncologia, com um escore médio de 4,08, evidenciando a necessidade de comportamentos ainda mais humanizantes nessa especialidade. Os escores da clínica de urologia e de cardiologia mantiveram-se muito próximos, com uma média de escore de 3,91 na de

urologia e 3,87 na de cardiologia. Abaixo, entre as três clínicas, os campos mais escuros indicam os valores mais baixos e os mais claros demonstram os valores mais altos, quando comparados entre si.

**QUADRO 23: ESCORE DOS COMPORTAMENTOS HUMANIZANTES POR CLÍNICA E GERAL**

<b>Comportamento</b>	<b>Escore médio</b>	<b>Escore clínica cardiologia</b>	<b>Escore clínica oncologia</b>	<b>Escore clínica urologia</b>
Importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais	4,42	4,41	4,49	4,38
Importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global	4,34	4,28	4,47	4,40
Importância do médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento	4,32	4,32	4,35	4,30
Importância de que o ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e privacidade	3,96	3,85	4,20	4,04
Importância do médico perguntar ao paciente sobre os seus sentimentos e/ou as suas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento	3,72	3,69	3,96	3,64
Importância do médico valorizar as experiências e individualidade do paciente além da sua doença ou sintomas	3,71	3,65	3,90	3,71
Importância do médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do corpo do paciente	3,58	3,55	3,73	3,54
Importância do médico compreender a jornada de vida do paciente, perguntando-o sobre sua vida e objetivos futuros	3,28	3,22	3,53	3,24
<b>MÉDIA</b>	<b>3,92</b>	<b>3,87</b>	<b>4,08</b>	<b>3,91</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

No caso dos escores por gênero, observou-se uma pontuação mais alta para as mulheres, com média 4,07, em contraposição com o Escore de 3,80 dos homens. Esse resultado indica uma maior percepção de importância nas condutas

humanizantes pelas pacientes do gênero feminino do que os de gênero masculino. Abaixo, os campos em vermelho indicam os valores mais baixos quando comparados.

Os dois quadros anteriores reforçam o modelo Todres et al, Planetree e HumanizaSUS, evidenciando-se um detalhamento maior nas questões de relacionamento entre médico e paciente.

No específico o comportamento *“importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais”* efetivamente é um detalhamento do aspecto humanizante “individualidade”, objeto do modelo Todres et al, “interações humanas”, do Planetree e a diretriz de “acolhimento” e *“clínica ampliada e compartilhada”* do HumanizaSUS.

De modo idêntico, *“importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global”* corresponde ao aspecto humanizante “sentido” de Todres et, integra o pilar “Educação de pacientes, familiares e colaboradores” do Planetree e também pode ser associado à diretriz de “defesa dos direitos dos usuários”.

Já o comportamento humanizante identificado como *“importância do médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento”* reflete o aspecto humanizante “atividade” de Todres et al, e novamente o pilar “Educação de pacientes, familiares e colaboradores” do Planetree, bem como a diretriz “clínica ampliada e compartilhada” do HumanizaSUS.

Por sua vez, o aspecto *“importância de que o ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e privacidade”* reflete o aspecto humanizante “sentido de local” (TODRES ET AL, 2009) e respectivamente o pilar “arquitetura e design” do Planetree, bem como a diretriz “ambiência” do HumanizaSUS.

Esses quatro comportamentos mais destacados no resultado da pesquisa de campo tiveram uma identidade maior com os modelos de humanização tratados no referencial teórico, a exemplo dos três últimos comportamentos observados nos dois quadros anteriores. Quanto ao comportamento humanizante identificado como *“Importância do médico perguntar ao paciente sobre os seus sentimentos e/ou as suas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento”* revelou-se como subjacente aos modelos, podendo ser interpretados como um detalhamento a mais a ser considerado no atendimento médico.

**QUADRO 24: ESCORE DOS COMPORTAMENTOS HUMANIZANTES POR GÊNERO**

<b>Comportamento</b>	<b>Escore feminino</b>	<b>Escore masculino</b>
Importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais	4,54	4,32
Importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global	4,47	4,25
Importância do médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento	4,45	4,22
Importância de que o ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e privacidade	4,18	3,79
Importância do médico perguntar ao paciente sobre os seus sentimentos e/ou as suas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento	3,90	3,59
Importância do médico valorizar as experiências e individualidade do paciente além da sua doença ou sintomas	3,94	3,53
Importância do médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do corpo do paciente	3,75	3,44
Importância do médico compreender a jornada de vida do paciente, perguntando-o sobre sua vida e objetivos futuros	3,34	3,23
<b>MÉDIA</b>	4,07	3,80

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

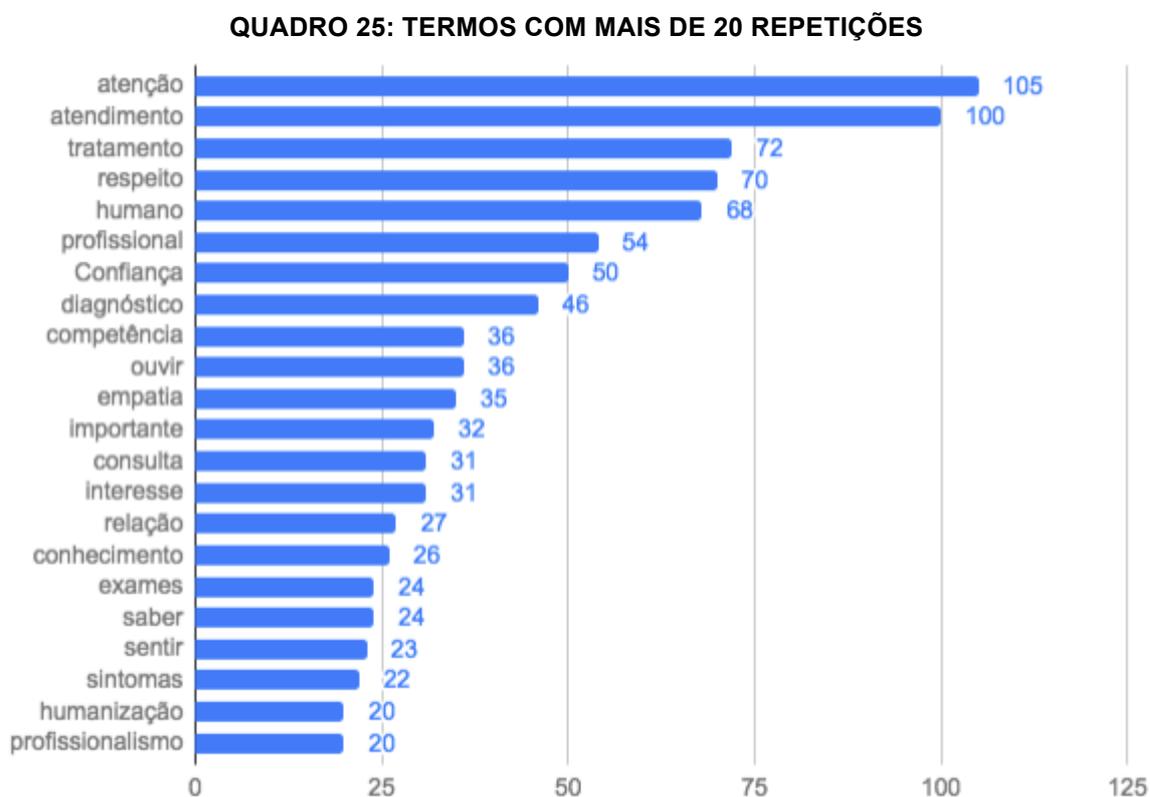
Os comportamentos humanizantes, quando cruzados com faixa etária e modalidade de atendimento não apresentaram variações significativas.

Quando da estratificação dos comportamentos humanizantes por gênero, conforme exposto na tabela anterior, é importante resgatar dos resultados o impacto inferior da percepção dos pacientes do gênero masculino sempre abaixo da percepção do gênero feminino, em todos os comportamentos observados. Esta observação merece ser considerada uma vez que nenhum dos modelos pesquisados faz a distinção por gênero.

#### 5.4 ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA

A questão aberta apresentou uma riqueza de informações muito grande. Foram geradas mais de 1.955 palavras distintas, em 645 observações.

Os termos que se repetiram mais de 20 vezes, excluídos termos que não se relacionavam a condutas, importaram em 952 palavras identificadas, estando representadas no quadro a seguir os termos que apareceram em mais de 20 citações.



Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Destacou-se o termo "atenção", com uma repetição de 105 vezes, evidenciando a necessidade deste cuidado pelo profissional de saúde.

Os cinco termos mais citados representam 32% das citações superiores a 20 ocorrências. Ou seja, praticamente 1/3 das citações correspondem a "atenção", "atendimento", "tratamento", "respeito" e "humano".

Para a compreensão dos comentários registrados na pergunta aberta, o quadro 23 representa as três principais dimensões encontradas cruzadas com os comentários respectivos associados a cada dimensão.

**QUADRO 26: CLASSIFICAÇÃO EM DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA**

<b>Dimensão</b>	<b>Comentários incluídos na dimensão</b>
<b>Aspectos humanizantes</b>	atenção, cortesia, cordialidade, olhar nos olhos, interesse, não ter pressa, acolhimento, amizade, carinho, saber ouvir, transmitir segurança.
<b>Aspectos técnicos</b>	capacidade técnica, pontualidade, resultado do tratamento, tempo de consulta, objetividade, bom exame físico, conhecimento, experiência.
<b>Gestão da clínica</b>	elementos que fogem do controle do médico mas que podem ser contornados por uma boa gestão, como aspectos financeiros, disponibilidade de agenda, atendimento particular e plano de saúde, entre outros.

Fonte: A pesquisadora, 2018.

Como resultado deste agrupamento, foram obtidos os seguintes resultados:

**QUADRO 27: AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS EM DIMENSÕES**

	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
<b>Resposta não categorizada</b>	8	1%
<b>Aspectos humanizantes</b>	596	70%
<b>Aspectos técnicos</b>	204	24%
<b>Gestão da clínica</b>	41	5%
<b>TOTAL</b>	<b>849</b>	<b>100%</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Pode-se observar a prevalência das comentários relacionados aos aspectos humanizantes, que representam 70% das respostas, seguida de 24% de respostas relacionadas a aspectos técnicos e 5% relacionados à gestão.

A partir desse agrupamento, puderam ser analisados cruzamentos com as demais questões, evidenciando alguns elementos significativos:

A relação das dimensões da resposta aberta com a importância de que o ambiente/local dê uma sensação de acolhimento e privacidade apresentou uma dependência muito significativa, ou seja:

**QUADRO 28: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE GERAR ACOLHIMENTO E PRIVACIDADE**

	<b>Indispensável</b>	<b>Relevante</b>	<b>Pouco ou nada importante</b>	<b>TOTAL</b>
Aspectos humanizantes	53,7% (320)	43,3% (258)	3,0% ( 18)	100% (596)
Aspectos técnicos	45,6% ( 93)	48,5% ( 99)	5,9% ( 12)	100% (204)
Gestão da clínica	41,5% ( 17)	46,3% ( 19)	12,2% ( 5)	100% ( 41)
<b>TOTAL</b>	<b>51,6% (430)</b>	<b>44,6% (376)</b>	<b>3,7% ( 35)</b>	<b>100% (841)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Os pacientes que explicitaram na resposta aberta sua preferência por aspectos humanizantes do atendimento, são os que pontuaram, com um frequência real menor do que a teórica, que o ambiente é um dos elementos com pouco ou nenhuma importância. Em contraste, os que pontuaram na resposta aberta elementos relacionados à gestão da clínica, foram os que menos consideraram de pouca ou nenhuma importância o aspecto ambiental da clínica.

A relação do gênero com as dimensões mostrou uma interessante relação:

**QUADRO 29: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E GÊNERO**

	<b>Aspectos humanizantes</b>	<b>Aspectos técnicos</b>	<b>Gestão da clínica</b>	<b>TOTAL</b>
Feminino	94,1% (272)	25,3% ( 73)	4,2% ( 12)	100% (357)
Masculino	85,5% (324)	34,6% (131)	7,7% ( 29)	100% (484)
<b>TOTAL</b>	<b>89,2% (596)</b>	<b>30,5% (204)</b>	<b>6,1% ( 41)</b>	<b>100% (841)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Em comparação com os homens, as mulheres são as que destacaram com maior frequência os aspectos humanizantes, e com menor frequência os aspectos técnicos e de gestão da clínica. Por sua vez, os homens destacaram com maior frequência os aspectos técnicos do médico do que as mulheres, quando perguntados sobre o que consideram mais importante no atendimento médico.

Este fato indica que as mulheres tendem a valorizar mais os aspectos humanizantes e menos aspectos de gestão do que os homens e os homens mais os aspectos técnicos do que as mulheres, apesar de ambos os grupos predominantemente valorizarem mais os aspectos humanizantes, com uma média de 89,2% dos comentários obtidos.

Sobre a importância do médico perguntar sobre os sentimentos e/ou as experiências pessoais do paciente, e levá-los em consideração no tratamento, os respondentes que consideram os aspectos humanizantes como sendo os mais importantes no atendimento médico foram os que menos atribuíram como sendo este um comportamento pouco ou nada importante, inferindo que este comportamento seja tipicamente humanizante.

**QUADRO 30: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO MÉDICO PERGUNTAR SOBRE OS SENTIMENTOS E/OU AS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS DO PACIENTE, E LEVÁ-LOS EM CONSIDERAÇÃO NO TRATAMENTO**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Aspectos humanizantes	53,7% (320)	43,3% (258)	3,0% ( 18)	100% (596)
Aspectos técnicos	45,6% ( 93)	48,5% ( 99)	5,9% ( 12)	100% (204)
Gestão da clínica	41,5% ( 17)	46,3% ( 19)	12,2% ( 5)	100% ( 41)
<b>TOTAL</b>	<b>51,6% (430)</b>	<b>44,6% (376)</b>	<b>3,7% ( 35)</b>	<b>100% (841)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

De maneira oposta, mas coerente, os que responderam que aspectos relacionados à gestão da clínica eram os mais relevantes no atendimento médico consideraram essa conduta pouco ou nada importante mais do que os demais grupos de respondentes.

Validando a tese de que os pacientes que consideram aspectos técnicos mais relevantes no atendimento médico tendem a considerar comportamentos médicos humanizantes menos importantes, o resultado do cruzamento dessas duas dimensões apresentou significância.

**QUADRO 31: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO MÉDICO VALORIZAR AS EXPERIÊNCIAS E INDIVIDUALIDADE DO PACIENTE ALÉM DA SUA DOENÇA OU SINTOMAS**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Aspectos humanizantes	46,0% (274)	45,5% (271)	8,6% ( 51)	100% (596)
Aspectos técnicos	37,3% ( 76)	47,1% ( 96)	15,7% ( 32)	100% (204)
Gestão da clínica	48,8% ( 20)	41,5% ( 17)	9,8% ( 4)	100% ( 41)
<b>TOTAL</b>	<b>45,2% (370)</b>	<b>45,1% (384)</b>	<b>9,7% ( 87)</b>	<b>100% (841)</b>

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Os 15,7% dos respondentes de aspectos técnicos consideraram pouco ou nada importante a valorização das experiências e individualidade do paciente, bastante acima da frequência teórica.

O mesmo ocorreu no cruzamento com a questão sobre o trato humano, por nome, com contato nos olhos, toque e respeitando as necessidades pessoais do paciente.

**QUADRO 32: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO MÉDICO TRATAR O PACIENTE COMO SER HUMANO, POR SEU NOME, COM CONTATO NOS OLHOS, TOQUE, E RESPEITANDO SUAS NECESSIDADES PESSOAIS**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Aspectos humanizantes	74,3% (443)	24,5% (146)	1,2% ( 7)	100% (596)
Aspectos técnicos	64,7% (132)	30,4% ( 62)	4,9% ( 10)	100% (204)
Gestão da clínica	78,0% ( 32)	22,0% ( 9)	0,0% ( 0)	100% ( 41)
TOTAL	72,9% (607)	25,1% (217)	1,9% ( 17)	100% (841)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Neste caso, a frequência real dos que consideraram aspectos técnicos na questão aberta foi bem acima do esperado: destes, 4,9% consideraram pouco ou nada importante.

O mesmo foi confirmado com a pergunta sobre a importância do médico ajudar o paciente a compreender sua condição de saúde em sua vida como um todo.

**QUADRO 33: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO MÉDICO AJUDAR O PACIENTE A ENTENDER O EFEITO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE NA VIDA COMO UM TODO**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Aspectos humanizantes	74,3% (443)	24,5% (146)	1,2% ( 7)	100% (596)
Aspectos técnicos	64,7% (132)	30,4% ( 62)	4,9% ( 10)	100% (204)
Gestão da clínica	78,0% ( 32)	22,0% ( 9)	0,0% ( 0)	100% ( 41)
TOTAL	72,9% (607)	25,1% (217)	1,9% ( 17)	100% (841)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Os que consideraram aspectos humanizantes como os mais importantes, foram os que menos responderam "Pouco ou nada importante" neste comportamento. O contrário se deu com os respondentes de aspectos técnicos: a frequência real ficou acima da teórica, evidenciando novamente a relação direta

entre essas variáveis.

Por fim, a mesma relação feita com a pergunta sobre a importância do médico compreender a jornada de vida do paciente, perguntando sobre sua vida e objetivos futuros, demonstrou o mesmo efeito.

**QUADRO 34: DIMENSÕES DA RESPOSTA ABERTA E IMPORTÂNCIA DO MÉDICO COMPREENDER A JORNADA DE VIDA DO PACIENTE, PERGUNTANDO SOBRE SUA VIDA E OBJETIVOS FUTUROS**

	Indispensável	Relevante	Pouco ou nada importante	TOTAL
Aspectos humanizantes	34,6% (206)	47,1% (281)	18,3% (109)	100% (596)
Aspectos técnicos	25,5% ( 52)	47,5% ( 97)	27,0% ( 55)	100% (204)
Gestão da clínica	48,8% ( 20)	34,1% ( 14)	17,1% ( 7)	100% ( 41)
TOTAL	33,7% (278)	46,6% (392)	19,8% (171)	100% (841)

Fonte: Resultados da pesquisa de campo, 2018.

Os que consideraram aspectos técnicos, tendem a considerar o comportamento pouco ou nada importante, e menos indispensável, do que os demais. Curiosamente, também houve uma relação positiva forte entre os que consideram os aspectos de gestão da clínica e os que consideram esse comportamento indispensável.

É importante observar que os resultados da pesquisa de campo se identificam diretamente com as dimensões do modelo de Todres et al (2009) e subsidiariamente com os modelos do Planetree e do HumanizaSUS.

Cabe observar que as questões inerentes à relação direta médico-paciente encontram amparo em seis pilares do Planetree: a) interações humanas; b) suporte à família e aos acompanhantes; c) educação de pacientes, familiares e acompanhantes; d) espiritualidade; e) toque humano; e f) terapias complementares.

Em relação ao local e atendimento de modo análogo quatro pilares são objeto do modelo: a) aspectos nutricionais; b) arquitetura e design; c) arte, música e entretenimento; e d) comunidade.

Todres et al (2009) reforça os resultados encontrados na relação de comportamentos humanizantes considerando: interiorização, atividade, individualidade; união; sentido; jornada pessoal; sentido de local; e vida individual completa. Reforça-se pelos aspectos desumanizantes compreendidos pela análise das respostas obtidas, quando os pesquisadores (TODRES ET AL, 2009) reforçam

como desumanizantes os seguintes aspectos: objetificação; passividade; homogeneização; isolamento; perda de sentido; perda da jornada pessoal; deslocamento; e reducionismo ao corpo.

O exposto ratifica-se nas respostas às questões abertas representadas nos quadros 25, 26 e 27 anteriormente apresentadas. Os aspectos humanizantes e técnicos identificados no quadro 26 resume esta analogia e reforça o que o modelo Todres et al propõe com alguns acréscimos citados na pesquisa, tais como: “interesse”; “não ter pressa”; “acolhimento”; “amizade”; “carinho”; “saber ouvir”; “transmitir segurança”.

Em relação aos aspectos técnicos, o Planetree revela-se mais genérico, porém dos resultados da pesquisa de campo ainda se depreendem algumas pendências em relação ao referido modelo, a saber: “pontualidade”; “resultado do tratamento”; “tempo de consulta”; e “objetividade”.

A pesquisa considerou ainda a questão da gestão da clínica, que em relação aos modelos pesquisados, se apresenta de forma subliminar, porém é relevante destacar a percepção dos pacientes no específico: a diferenciação do atendimento particular em relação ao plano de saúde; e associados a dificuldade ou disponibilidade de agendamento.

Quanto ao programa HumanizaSUS identifica-se um foco maior no processo de gestão como um todo do que no atendimento individual, relação médico-paciente e processo de autonomia do paciente, em contraposição a Todres et al.

## 5.5 CONSOLIDAÇÃO DA ANÁLISE DOS RESULTADOS E DAS AÇÕES PROPOSITIVAS

De acordo aos dados coletados, foram evidenciados comportamentos mais relevantes para o paciente. De maneira geral, independente de modalidade de atendimento, especialidade médica, faixa etária e gênero, as pessoas têm valorizado aspectos relacionados ao trato humano, à compreensão de sua condição de saúde, e também à qualidade do ambiente.

Esses comportamentos estão sintetizados nas quatro perguntas com escores mais elevados de acordo com o resultado da pesquisa, que são:

1. importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome,

- com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais,
2. importância do médico ajudar o paciente a entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global
  3. importância do médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento
  4. importância de que o ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e privacidade

Esses quatro comportamentos podem ser compreendidos como os principais elementos humanizantes a serem focados em uma estrutura de saúde que queira desenvolver e qualificar a experiência e satisfação de seus pacientes.

É provável que aplicando mudanças nesses quatro principais comportamentos possa-se ter um ganho considerável na percepção da humanização para o paciente. Por sua vez, esses quatro comportamentos podem ser reorganizados em três principais focos de ação:

1. trato humano, com cuidado e atenção do médico com o paciente,
2. educação, através do envolvimento do paciente e da sua compreensão no processo de tratamento, e
3. cuidados com o ambiente, com aspectos de acolhimento, conforto e privacidade.

Pode-se associar o aspecto trato humano com os pilares do modelo Planetree Toque e Interações humanas.

Dentro deste aspecto, podem ser desenvolvidas ações como uma política constante de treinamento da equipe, em especial do médico, mas também de toda a equipe que desenvolve algum tipo de contato com o paciente, explicitando aspectos humanizantes e pontos de atenção na perspectiva do paciente, inclusive com os diferentes aspectos de valorização para homens, mulheres, e de acordo a faixa etária.

A realização da pesquisa de satisfação do paciente, enfocando perguntas sobre essa dimensão, a fim de avaliar o atendimento individual de cada médico e/ou profissional de atendimento também entra neste aspecto. A inserção de formas de

bonificação do profissional por bons resultados nesse quesito pode incentivar a adoção do modelo pela a equipe.

O aspecto educacional associa-se diretamente ao pilar do Planetree de educação de pacientes, familiares e acompanhantes. Aparentemente cada vez mais relevante no mundo cheio de informação, a educação é um elemento solicitado pelos pacientes.

Antes de entrar para uma consulta médica, o paciente pode receber informações qualificadas da própria instituição, seja em seu e-mail, smartphone, ou mesmo no ambiente de espera, para que chegue ao consultório munido de informações e aproveite melhor a consulta para sanar dúvidas com o médico. A entrega de *tablets* com vídeos explicativos na recepção, ou mesmo a passagem por um enfermeiro antes da consulta pode envolver o paciente no processo educacional do seu tratamento.

Elementos educacionais também podem ser oferecidos ao paciente no pós-consulta e durante seu tratamento, que podem ser vídeos, e-mail, SMS, WhatsApp, folder, cartilha ou acesso a área do site com as explicações.

No caso de internações, a política de prontuário aberto é um bom método, inclusive incentivado pelo Planetree.

No que tange ao ambiente, o pilar do Planetree arquitetura e design e a diretriz Ambiência do HumanizaSUS são seus equivalentes. Neste aspecto, pode ser realizada uma revisão de arquitetura interna do estabelecimento, com enfoque na arquitetura humanizada.

Com a finalidade de proteger a privacidade do paciente, ter atenção a locais com baixa privacidade (exemplo, apenas cortinas separando os ambientes ou locais que gerem visibilidade do paciente a outras pessoas).

A sensação de estar em casa é muito importante. Redesenhar a arquitetura do ambiente médico de uma maneira menos fria e mais aconchegante, incluindo elementos mais reconfortantes e menos tecnológicos, aromaterapia, uso de cores e de plantas, pode gerar um clima de conforto e bem-estar.

Em uma instituição da saúde, o seguinte processo poderia ser implementado:

1. avaliação pela equipe dos aspectos humanizantes e pontos de melhoria,
2. pesquisa com os pacientes avaliando esses três aspectos: sua satisfação atual e percepção dos aspectos humanizantes,
3. elaboração de um diagnóstico e plano de ação a ser implementado,

centrado nas necessidades do ambiente, e

4. reavaliação do diagnóstico, a fim de avaliar as mudanças e melhorias.

Cotejando o exposto com os comportamentos apontados e identificados a partir da pesquisa, é possível estruturar uma planilha para facilitar o encaminhamento das ações necessárias ou relevantes de serem observadas por prestadores de serviços médicos, tendo por referência as clínicas pesquisadas.

Neste sentido, propõe-se uma tabela estruturada com base em 5W1H adaptado, ou seja, uma proposta reduzida e derivada de 6W2H, suprimindo-se no específico o “*Why*” (Por quê?) e “*How Much*” (Quanto?), considerando que o primeiro encontra-se demonstrado ao longo da própria pesquisa e o segundo dependerá de uma análise caso a caso.

Assim, o quadro resume “O que”, “Como”, “Quem”, “Onde”, “Quando” e “Para quem”.

**QUADRO 35: AÇÕES PROPOSITIVAS BASEADAS NO MODELO 5W1H**

O que	Como	Quem	Onde	Quando	Para quem
<i>Diagnóstico inicial da humanização na perspectiva do paciente</i>	Aplicação de questionário sobre os elementos da humanização	Consultoria externa, equipe de recursos humanos ou área de atendimento ou similar da instituição	Na própria instituição ou por e-mail e/ou mensagem aos pacientes	Ação permanente.	Paciente.
<i>Médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais</i>	Treinamento, dinâmicas de sensibilização destacando a importância de não objetificar o paciente.	Consultoria externa, equipe de recursos humanos ou área de atendimento ou similar da instituição.	Na própria instituição ou em ambientes externos.	Ação permanente.	Profissionais da saúde que atendem ao paciente.
<i>Médico ajudar o paciente a</i>	Treinamento, dinâmicas de	Consultoria externa, equipe de recursos	Na própria instituição	Ação permanente.	Profissionais da saúde

<i>entender o efeito da sua condição de saúde na sua vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global</i>	sensibilização com foco em ensinar a importância da visão global de vida do paciente e a relação com a doença.	humanos ou área de atendimento ou similar da instituição.	ou em ambientes externos.		que atendem ao paciente.
<i>Médico estimular que o paciente participe ativamente do processo de tratamento</i>	Materiais educativos a serem fornecidos ao paciente, tais como cartilhas, e-mails, mensagens, site, vídeos, bem como a criação de protocolos no próprio atendimento com o objetivo de educar o paciente e colocá-lo como elemento central da mudança.	Equipe interna de atendimento auxiliado por agência ou área interna de marketing/comunicação.	Nos locais de consulta e atendimento	A partir de recolhimento de informações com os profissionais de saúde e implementado na instituição ou em agência terceirizada.	Pacientes.
<i>Ambiente/local dê ao paciente uma sensação de acolhimento e</i>	Criação e implementação de layouts de ambiente adaptados.	Arquiteto, designer de interiores ou afim em coparticipação com equipe da instituição.	No consultório, sala de exames e recepção.	-	Pacientes.

<i>privacidade</i>					
<i>Médico valorizar as experiências e individualidade do paciente além da sua doença ou sintomas</i>	Treinamento, dinâmicas de sensibilização destacando a importância da individualidade e do paciente.	Consultoria externa, equipe de recursos humanos ou área de atendimento ou similar da instituição.	Na própria instituição ou em ambientes externos.	Ação permanente.	Profissionais da saúde que atendem ao paciente.
<i>Médico perguntar ao paciente sobre os seus sentimentos e/ou as suas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento</i>	Treinamento, dinâmicas de sensibilização destacando a importância dos aspectos emocionais e pessoais do paciente.	Consultoria externa, equipe de recursos humanos ou área de atendimento ou similar da instituição.	Na própria instituição ou em ambientes externos.	Em reuniões e capacitações de pessoa ao longo do ano.	Profissionais da saúde que atendem ao paciente.
<i>Médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do corpo do paciente</i>					
<i>Médico compreender a jornada de vida do paciente, perguntando-</i>					

<i>o sobre sua vida e objetivos futuros</i>					
---	--	--	--	--	--

Fonte: A pesquisadora, 2018.

As ações propostas no quadro anterior podem ser acompanhadas posteriormente, da pesquisa de satisfação proposta e da consolidação de uma política de prontuário. Recomenda-se criar um banco de dados com o registro das ações implementadas, resultado obtido e detalhamento das iniciativas para posterior reciclagem. É também importante considerar a divulgação das ações implementadas pela instituição reforçando-se os aspectos de melhoria nas relações com seus pacientes.

## 6 CONCLUSÕES

Esta pesquisa tornou possível uma compreensão mais apurada do tema da humanização em serviços médicos na perspectiva do paciente, o que pode suscitar algumas alterações na relação médico-paciente. No específico, em relação à proposição original foi possível consolidar um conjunto de ações objetivando a consideração da humanização como uma prática ativa dos serviços médicos segundo o olhar daqueles que usam tais serviços.

Quanto aos aspectos e dimensões relevantes à humanização e a desumanização, a pesquisa permitiu compreender diferenças singulares quanto ao tema na sua relação de gênero e idade e também tipo de tratamento (serviço oferecido pela clínica). Entretanto, quando o cruzamento dos dados coletados no campo se dava com o perfil do usuário em relação a plano de saúde ou atendimento particular foram praticamente nulos os aspectos convergentes e divergentes dos comportamentos associados à humanização.

No que concerne às dimensões que contribuem para a humanização dos serviços médicos cabe destacar os seguintes aspectos derivados da pesquisa:

- a relevância do tema da atenção e interesse do médico no paciente, considerado um elemento central, tanto na avaliação das perguntas fechadas, quanto na pergunta aberta. Neste tema, o mais relevante e também o mais citado, ocorreu na afirmação "importância do médico tratar o paciente como ser humano, por seu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando suas necessidades pessoais". Este ponto explicita a necessidade do paciente de ser reconhecido por sua humanidade e por sua individualidade e não tratado de uma maneira objetificada,
- a importância, na perspectiva do paciente, do processo de compreensão e educação do mesmo. O paciente de hoje quer sentir-se parte, compreender sua doença, seu tratamento e processo de cura. Em meio a uma sociedade rica em informação, o paciente quer saber mais e, principalmente, precisa da ajuda do médico para discernir o que é importante e o que não é. Não quer se sentir um ignorante, mas sim quer estar apto a compreender seu processo de saúde, e
- a importância do ambiente de saúde, de torná-lo acolhedor, confortável e

privativo. Também é interessante observar um movimento de retomada, ou de resgate, do médico de família, do médico que atendia em um ambiente doméstico: conhecido, acolhedor e privado do paciente, em que este pode sentir-se mais à vontade, em oposição ao excesso de tecnologia, "brancura" e frieza dos ambientes médicos e hospitalares tradicionais.

Depreende-se, nesses aspectos, um olhar que transcende os próprios modelos de análise quanto ao detalhamento das informações, seja no Planetree, no HumanizaSUS ou mesmo em Todres et al (2009).

É também curioso observar que, nesta pesquisa, a especialidade em que a percepção do paciente da humanização foi a mais marcante foi a da oncologia, o que leva a inferir que quanto mais séria, grave ou profundo for o processo de doença e de cura, mais relevante os comportamentos humanizados se tornam. Provável também inferir que no ambiente hospitalar a percepção do paciente da humanização seja ainda mais exigente. Em que pese o reconhecimento ou atenção do médico no específico, o resultado da pesquisa não apenas ratificou tal entendimento, como também o reforçou como indispensável.

Cabe ainda observar que no contexto da pesquisa se aplicou as expressões humanização e desumanização e os resultados possibilitaram compreender que, ao tratar da desumanização, os respondentes apontavam para o termo como tendo sido possível a ocorrência pessoal não desejada no tratamento. Ganha relevância comportamentos indesejáveis na prática do serviço médico, que foram apontados, tais como: "não ter pressa", "não tratar o paciente como ignorante", "não tratá-lo como apenas um objeto feito para auferir lucro", e "não demonstrar interesse e cordialidade".

A perspectiva da desumanização como consequência dos resultados auferidos pela pesquisa, vem ao encontro das expectativas dos pacientes, não se resumindo a um contraponto simples, mas excluindo-se como um reforço de algumas características apontadas.

Por fim, a pesquisa realizada de fato possibilitou quebrar alguns paradigmas que se apresentavam na relação médico-paciente, no que tange a prestação de serviços: apesar de considerarem importante, os pacientes não estão tão preocupados em que o médico busque compreender sentimentos, experiências pessoais, compreensão de aspectos individuais, psicológicos, ambientais, sociais e

espirituais, além dos físicos; nem mesmo buscar compreender a jornada de vida do paciente, perguntando-o sobre sua vida e objetivos futuros. O paciente parece desejar pouco: trato humano, compreensão e um ambiente adequado ao atendimento.

## 6.1 RECOMENDAÇÕES

Como proposta de ampliação do estudo, pode-se aplicar este modelo na prática de clínicas médicas. Realizar a pesquisa em outras especialidades médicas para evidenciar mudanças da relevância da humanização, com gravidades de saúde diferentes para o paciente, tais como especialidades que tratem apenas de aspectos estéticos, outras especialidades que tratem de acompanhamentos de rotina, até aquelas envolvam ainda mais intensamente a vida e a morte. Também é possível ampliar a pesquisa para laboratórios de exame, hospitais, farmácias e clínicas e consultórios de médicos e outros profissionais da saúde.

## 6.2 A APLICAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa poderão ser compilados por consultórios, clínicas ou mesmo centros maiores de atendimento médico, no sentido de prover mais harmonia e eficácia na relação médico-paciente, em relação ao tratamento específico.

O conjunto de ações propostos, neste sentido, visa subsidiar as práticas vigentes, bem como contribuir um melhor atendimento na área da saúde.

Compreende-se, a partir dos resultados apurados na pesquisa, a necessidade dos médicos romperem com a clássica altivez e distanciamento na relação com o paciente, bem como com o mero agir discricionário prescritivo.

Finalmente, tem-se a expectativa de que as ações propostas possam efetivamente incentivar a aplicação de comportamentos humanizantes que se revelaram indispensáveis na relação médico-paciente.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados do setor 2015**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em janeiro/2018.

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Tradução da primeira edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5a edição. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2005.

BUFFOLI, M., et al. **Listening to people to cure people: the LpCp-tool, an instrument to evaluate hospital humanization**. Ann Ig, 2014.

BRODIE, Mollyann, et al. **A Global Look at Public Perceptions of Health Problems, Priorities, and Donors: The Kaiser/Pew Global Health Survey**. 2007. Acesso em 13 de agosto de 2017. Disponível em: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7716.pdf>

CARLSSON, G., K. Dahlberg, K. Lutzen and M. Nystrom. **Violent Encounters in Psychiatric Care: A Phenomenological Study of Embodied Caring Knowledge**, Issues in Mental Health Nursing, 2004.

CASTOR, Belmiro Valverde Jobim. **Dicionário de termos de estratégia empresarial**. São Paulo. Atlas, 2009.

CAPRARA, Andrea, et al. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

CAIRUS, Henrique F.; RIBEIRO JR, Wilson A. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Dados do setor 2010**. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em janeiro de 2018.

CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA (CLP). **Visão Brasil 2030**. Disponível em: <http://www.clp.org.br/Show/Sumario-Executivo---Estudo-Visao-Brasil-2030?IfUQif+DI0T5pEiX9DzmlQ==>. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, Institute of Medicine. **Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century**. 2001. Disponível em:

<http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. Acesso em junho/2018.

DA SILVA, Maria Júlia Paes. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Revista Bioética, 2009.

DESLANDES, S F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2006.

DUARTE, Geraldo. **Dicionário de administração e negócios**. [edição digital]. KindleBookBr, 2011.

FORTEZA, Antonio Alzina. **Medicina para el cuerpo y para el alma**. Madri: Editorial N.A., 2006.

FITZSIMMONS, James A. **Administração de serviços [recurso eletrônico]: operações, estratégia e tecnologia da informação**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

FOUCAULT, M. **The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception**. New York: Pantheon Books, 1973.

FRANK, A.W. **The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics**. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

FREITAS, Maria Ester de. **Cultura organizacional: evolução e crítica** / Maria Ester de Freitas; coordenador-assistente André Ofenhejm Mascarenhas. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GALVIN, K., T. Todres and M. Richardson. **The Intimate Mediator: A Carer's Experience of Alzheimer's**. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2005.

GIBSON, James L.. **Organizações: comportamento, estrutura e processos**. James L. Gibson ... [et al.]; tradução Suely Sonoe Murai Cuccio. Revisão técnica Carlos Tasso Eira DeAquino. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

GIANESI, Irineu G. N., Henrique Luiz. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 2006.

HABERMAS, J. **The Philosophical Discourse of Modernity**. Cambridge: M.I.T. Press (Trans. F. Lawrence), 1990.

HEIDEGGER, M. **Discourse on Thinking**. New York: Harper Row (Trans. J. Anderson and E. Freund), 1966.

HONDERICH, Ted (ed.). **The Oxford companion to philosophy**. Oxford: OUP, 1995.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa | 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: junho de 2018.

INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA ALBERT EINSTEIN. **Curso SAC e Planetree: A humanização nos serviços de saúde**. São Paulo, 2018.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil: Uma agenda para transformar o sistema de saúde**. 2016. Acesso em 13 de agosto de 2017. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/livro\\_projeto.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2017/04/livro_projeto.pdf)

KLANN, Marcia Buaes Pizzato; MORAES, Mário César Barreto; SARUBBI, Fabíola Maciel. **A Percepção da Qualidade de Serviços Odontológicos Segundo Cirurgiões-Dentistas e Pacientes de Clínicas Odontológicas de Florianópolis**. XXV EnANPAD, 2011, 1-17.

LACOMBE, Francisco José Masset. **Administração: princípios e tendências / Francisco José Masset Lacombe, Gilberto Luiz José Heilborn**. São Paulo: Saraiva, 2008.

LOVELOCK, Christopher, WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e Programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de administração de empresas - RAE**. N.3, P.51-59, Jul-Set, 2001.

MALIK, Ana Maria. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: comentários em relação à pesquisa sobre serviços no Brasil. **Caderno de saúde pública**. Vol. 20, Sup. 2:S161 - S163, Rio de Janeiro, 2004.

MARX, K. **Capital**. New York: Random House, 1977.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 15/08/2017. Editora Melhoramentos Ltda., 2015.

MINTZBERG, Henry. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico / Henry Mintzberg, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel; trad. Nivaldo Montingelli Jr**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e Definições em Saúde - Biblioteca Virtual em Saúde.** (1977). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em julho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília: mS, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Ações e Programas: HumanizaSUS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em setembro de 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Saúde e sociedade, 2004, 13.3: 44-57.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Estratégia empresarial & vantagem competitiva:** como estabelecer, implementar e avaliar. 6a edição. São Paulo: Atlas, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health System Financing Profile by country:** Brazil. Acesso em: 13 de agosto de 2017. Disponível em: [http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en)

PIZZATO, Márcia Buaes. **A percepção da qualidade de serviços odontológicos segundo cirurgiões-dentistas e pacientes de clínicas odontológicas de Florianópolis.** Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RIOS, Izabel Cristina. **Humanização:** a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev bras educ med, 2009, 33.2: 253-61.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil 2015.** Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em [http://www.flip3d.com.br/web/temp\\_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e027.pdf](http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-c6a01432c8138d46ba39957a8250e027.pdf). Acesso em julho/2017.

TODRES, L., P. Fulbrook and J. Albarran. **On the Receiving End: A Hermeneutic-Phenomenological Analysis of a Patient's Struggle to Cope while going through Intensive Care,** Nursing in Critical Care, 2000.

TODRES, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. **Lifeworld-led health care**: revisiting a humanizing philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2006.

TODRES, L.; GALVIN, Kathleen T.; HOLLOWAY, Immy. **The humanization of healthcare**: a value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2009.

URDAN, André Torres. **A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente**. São Paulo: RAE - Revista de Administração de Empresas, 2001.

WARNER, John Harley. **The humanising power of medical history**: responses to biomedicine in the 20th century United States. *Medical humanities*, 2011.

## ANEXOS

### ANEXO A – Questionário aplicado na pesquisa

#### **Pesquisa de mestrado: A percepção do atendimento de serviços médicos e de sua humanização segundo os pacientes**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de forma totalmente voluntária a responder o questionário da pesquisa de mestrado em administração da Universidade do Estado de Santa Catarina intitulada A percepção do atendimento de serviços médicos e de sua humanização segundo os pacientes. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Sua participação consistirá no preenchimento de um questionário sobre sua percepção de comportamentos do atendimento médico. Você não terá nem despesas nem remuneração sobre a pesquisa. O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

#### Benefícios da pesquisa

Os benefícios da pesquisa são indiretos e a longo-prazo, podendo repercutir em um melhor atendimento de saúde aos pacientes, através da compreensão do impacto do atendimento humanizado na percepção do paciente. O resultado da pesquisa será compartilhado com as clínicas participantes e também publicado na dissertação de mestrado, auxiliando na disseminação da informação para toda a sociedade.

#### Pesquisador

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores o estudante de mestrado Bruna Baumgarten Rezende, o professor responsável Mário César Barreto Moraes, Dr., da UDESC - Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas. Caso necessite de mais informações, contate a mestranda através do e-mail [bruna.b.rezende@gmail.com](mailto:bruna.b.rezende@gmail.com).

**\*Obrigatório**

Qual sua faixa etária? \*

- 18 a 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 50 anos
- 51 a 65 anos
- Acima de 66 anos

Você é normalmente atendido por: \*

Consulta ou exame por plano de saúde

Consulta ou exame particular

Outra:

Gênero \*

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não dizer

Marque, de acordo com o grau de importância de cada um dos itens para sua satisfação como paciente.

Qual é a importância do médico me perguntar sobre os meus sentimentos e/ou as minhas experiências pessoais, e levá-los em consideração no tratamento? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico estimular que eu participe ativamente do processo de tratamento? \*

- Extremamente importante
- Muito importante

- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico valorizar minhas experiências e individualidade além da minha doença ou sintomas? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico me tratar como ser humano, por meu nome, com contato nos olhos, toque, e respeitando minhas necessidades pessoais? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico me ajudar a entender o efeito da minha condição de saúde na minha vida como um todo, de forma que o tratamento tenha sentido de uma maneira global? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico compreender minha jornada de vida, perguntando sobre minha vida e objetivos futuros? \*

- Extremamente importante
- Muito importante

- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância do médico buscar compreender aspectos psicológicos, ambientais, sociais e espirituais, além dos aspectos físicos do meu corpo? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Qual é a importância de que o ambiente/local me dê uma sensação de acolhimento e privacidade? \*

- Extremamente importante
- Muito importante
- Indiferente
- Pouco importante
- Nada importante

Em sua opinião, o que é o mais importante no atendimento médico: \*

---