Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços de saúde

Concília Aparecida Ortona

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes

São Paulo
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços de saúde

Concília Aparecida Ortona

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedico este estudo ao meu inesquecível pai, Paschoalino Pedro Ortona, que sempre acreditou em minha capacidade e força. *Pai, o senhor é a mais profunda tradução do que seja Ética, Justiça, Solidariedade e Humanização, enfim, o foco do meu trabalho e a busca da minha vida. O que eu não daria para tê-lo hoje aqui?*

AGRADECIMENTOS

Como agradecer àqueles que me ajudaram a chegar ao ponto em que consegui chegar, sem ser injusta? – eis a questão.

Uma história, uma carreira, uma vida, são construídas peça a peça: um sorriso de aprovação, uma assertiva com a cabeça, um elogio, a indignação em apoio... Ouvir, opinar... cuidar da nossa dor, salvar a nossa pele... tudo isso faz parte da trajetória que nos permite dedicar horas e horas a algo que nos satisfaz em todos os aspectos, como o estudo ora apresentado.

Tentarei aqui destacar algumas figuras importantes nesse caminho, lembrando que muitas outras vivem no meu coração, por vezes, ingrato...

Meu primeiro “muito obrigada” vai ao Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes que, com sua inabalável paciência, me orientou durante todas as fases da pesquisa, sem desistir, mesmo quando algumas minúcias metodológicas custavam a entrar na minha cabeça. Grata, professor querido!

Também quero agradecer, com carinho:

- ✓ Ao meu prezado mentor em Bioética (área em que finalmente me encontrei) Prof. Dr. Gabriel Oselka. Que privilégio o meu ter como inspiração alguém tão importante, humano e ético!

- ✓ Ao meu querido amigo (e “pai do coração”, apesar de, é óbvio, não ter idade para isso) Dr. Caio Rosenthal, cujo empenho desprendido significa a possibilidade de eu estar aqui para contar essa história.

- ✓ À minha família inteira, todos os (hoje) 25, entre irmão, irmãs, sobrinhos *& cia*, principalmente à minha mãe, Diva Pardini Ortona, cujos ensinamentos compreendi na totalidade somente agora, na maturidade. Não posso me esquecer de outros novos membros, não menos estimados, como nova sogra, novos cunhados e novos enteados. Beijos e abraços!

- ✓ Aos meus amigos especiais Malu de Salvo, Mário Scheffer, Amilton Aires, Lamartine Peçanha, Ricardo Tavares de Carvalho, Andréa Pioker, Beatriz Pacheco e Fátima Barbosa, que durante tantos anos estiveram presentes – e solidários – nos bons e maus momentos, aguentando meu temperamento, por vezes, indócil... Obrigada turma, por vocês serem pessoas com quem sempre contar!

- ✓ À minha filhinha Clara Beatriz Ortona que por tantas vezes precisou abrir mão da lícita companhia da mamãe (tudo bem, meio a contragosto...) em prol desta carreira tão gratificante. Você é tudo para mim, Coisinha!

- ✓ Aos meus espíritos do bem, encabeçados por minha adorada filhinha Bianca que, de outra dimensão, sempre me inspiraram e protegeram...

- ✓ Aos Profs. Drs. Reinaldo Ayer, Leo Pessini, Cristina Massarollo, e Ricardo Teixeira, por cederem um pouco de seu precioso tempo à concretização de mais esta etapa de minha vida. Meu agradecimento também à colega Dinaura Paulino Franco que, tão atenciosa, explicou-me como lidar com detalhes bibliográficos neste estudo.

- ✓ Aos companheiros do Grupo de Estudos em Humanização da FSP/USP, por esmiuçarem vários temas aqui presentes.

- ✓ Ao pessoal do Grupo de Apoio às Comissões de Ética Médica (GACEM), do Cremesp, por permitir a uma “leiga” petulante como eu estar presente em discussões sobre ética médica que só me acrescentaram pessoal e profissionalmente.

E... finalmente...

- ✓ Ao meu adorado marido William Reyes Martins, por me devolver o amor, a fé, e a estrutura de que tanto precisava. Obrigada meu amor, por me ensinar no dia a dia que o Amor é Benigno – e nunca falha. Não poderia ter encontrado alguém mais perfeito...

Quanto à virtude, não basta conhecê-la, devemos tentar também possuí-la e colocá-la em prática. (*Aristóteles*)

O amor ensina-nos todas as virtudes. (*Plutarco*)

Ortona CA. Percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da humanização dos serviços da saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

RESUMO

Introdução – No Brasil, iniciativas de humanização no atendimento em saúde podem ser identificadas desde a década de 1990, mas ganham vulto por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, de 2001), ampliado pela Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), cujas metas incluem, entre outras, diminuição das filas, acolhimento ao usuário e melhora nos processos de comunicação. **Objetivo geral** – Identificar e analisar, à luz da Bioética, a percepção de alguns representantes da imprensa escrita de São Paulo sobre a humanização dos serviços da saúde. **Métodos** – Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, baseada em entrevistas semi-estruturadas. A interpretação do material coletado seguiu ensinamentos da “análise de conteúdo”, utilizando-se ainda técnica inspirada no discurso do sujeito coletivo. O referencial teórico de análise correspondeu a autores que escrevem sobre modelos bioéticos, em especial, Pellegrino e Thomasma (Ética das Virtudes e Beneficência) e Beauchamp e Childress (Principialismo). **Resultados e Discussão /Considerações finais** – Na conceituação de humanização os participantes consideram relevantes aspectos como estrutura adequada para o

atendimento, atendimento integral (holístico), e boa relação médico/paciente, dando pouca importância à autonomia do paciente. A maioria dos participantes afirmou que há diferenças entre humanização prestada no âmbito público e particular de saúde. Nenhum dos voluntários mencionou conhecer uma política governamental estruturada sobre humanização.

Descritores: Humanização da Assistência, Bioética, Meios de Comunicação, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde

Ortona CA. Percepção de Representantes da Imprensa Escrita de São Paulo a Respeito da Humanização dos Serviços da Saúde./Perception of Representatives of the Print Media of São Paulo on the Humanization of Health Services [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

ABSTRACT

Introduction – In Brazil, the humanization initiatives in health care can be identified since the 1990s, but major win by the National Program for Humanization of Hospital Care (PNHAH, 2001), extended by the National Policy of Humanization (HNP, 2003), whose goals include, among others, reduction in queues, host to the user, and improvement in communication processes. **General Objective** – Identify and analyze, according of Bioethics, the perception of some representatives of the press of São Paulo on the humanization of health services. **Methods** – Qualitative research was exploratory, based on semi-structured interviews. The interpretation of the collected material followed the teachings of “content analysis", using still technically inspired by the “collective subject discourse”. The theoretical analysis corresponded to authors who write about bioethical models, in particular, Pellegrino and Thomasma (Virtue Ethics and Beneficence) and Beauchamp and Childress (Principialism). **Results and Discussion/Final Considerations** – The concept of humanizing the participants consider

relevant aspects such as the appropriate structure for the care, integrated care (holistic), and good doctor/patient relationship, giving little importance to patient autonomy. Most participants said that there are differences between humanization provided within private and public health. None of the volunteers mentioned knowing a government policy structured on humanization.

Keywords: Humanization of Care, Bioethics, Media, Knowledge, Attitudes, Practice

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 13
1.1. DA DESUMANIZAÇÃO À HUMANIZAÇÃO 13
1.1.2 Humanismo e Humanização 15
1.1.3 Filantropia e Santas Casas 16
1.1.4 Termo com Muitos Significados 19
1.2. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 20
1.3. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 23
1.4. A HUMANIZAÇÃO E A BIOÉTICA 26
1.5. MEIOS DE COMUNICAÇÃO: JANELA PARA O MUNDO 28
2. JUSTIFICATIVA /RELEVÂNCIA 32
3. OBJETIVOS 34
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 35
4.1. TIPO DE PESQUISA 35
4.2. SUJEITOS DE PESQUISA 37
4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 39
4.3.1 Entrevista 40
4.4. CATEGORIAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE 41
4.4.1 Breves Explicações Sobre as Categorias 44
4.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS 49
4.5.1 Principialismo 50
4.5.2 Ética das Virtudes e Beneficência 54
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 57
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 60
5.1. DIREITOS DOS PACIENTES/USUÁRIOS 60
5.1.1 Direitos, Como Ser Humano 64
5.2. DIGNIDADE HUMANA 65
5.2.1 Estrutura Para o Atendimento 67
5.3. BEM-ESTAR 69
5.4. PROFISSIONAL VIRTUOSO 73
5.5. ACOLHIMENTO 80
5.5.1 Atendimento Holístico 82
5.6. AMBIÊNCIA 84
5.7. ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR 87
5.8. AUTONOMIA DO PACIENTE 89
5.9. PROCESSOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO 90
5.10. CUIDADOS PALIATIVOS 92
5.11. ATENDIMENTO PÚBLICO E PARTICULAR 95
5.11.1 Existem Diferenças... 98
5.12 DESCONHECIMENTO DOS JORNALISTAS 100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 105
ANEXOS
Anexo 1 – Termo de responsabilidade do pesquisador 111
Anexo 2 – Currículos Lattes 112

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as iniciativas identificadas como sendo de “humanização no atendimento em saúde”, na década de 1990, vinculavam-se a temas como assistência compassiva ao parto; direitos reprodutivos das mulheres; e atendimento aos bebês de baixo peso, dentre outras, e pautaram projetos como Maternidade Segura e o Método Canguru, apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Porém, como explica DESLANDES (2004), a legitimidade da temática ganhou novo *status* em 2000, quando o Ministério regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), mesmo ano em que a Humanização foi incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Posteriormente, em 2004, o programa foi expandido para uma perspectiva transversal, constituindo-se em uma Política Nacional de Humanização (PNH), intitulada *Humaniza SUS*.

1.1 DA DESUMANIZAÇÃO À HUMANIZAÇÃO

A ênfase recente dada agora ao termo “humanização”, no entanto, não significa que se constitua em algo novo, ou, como diz DESLANDES (2006), numa espécie de novo modismo ou conceito de ocasião. De acordo com ela, “o

debate, esforço conceitual e luta por novas possibilidades de organização desses cuidados não são, de forma alguma, novos no campo da saúde".

Em textos da década de 1970 já é possível verificar a persistência de alguns dilemas morais, éticos e religiosos relacionados à humanização, como informa DESLANDES (2006). Em décadas anteriores, em especial, na década de 1950, o debate demonstrava-se presente, mas em vez de falar-se em "humanização", a tônica dos textos direcionava-se à "desumanização" no atendimento prestado aos doentes.

Como marco em direção à Humanização DESLANDES (2006) adota o debate de simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), realizado em São Francisco em 1972. Neste encontro buscou-se conceituar (ou identificar) o que seria a humanização e a desumanização do cuidado em saúde.

Segundo DESLANDES (2006), citando Geider *at all* (1975), os presentes ao simpósio, com base em estudos e reflexões de estudos de décadas anteriores, buscaram avaliar o que levava à desumanização do cuidado. Entre as possibilidades foram apontados fatores como relação médico-paciente; formação médica; comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; e fatores psicológicos e subjetivos envolvidos.

1.1.2 Humanismo e Humanização

PESSINI (2002) considera que aqueles que dirigem o olhar à questão da dor e do sofrimento humanos em contexto hospitalar percebem que, em vez de falta de humanização, acontece neste âmbito uma profunda crise de humanismo. “Falamos insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humanas”.

Na verdade, as bases históricas para a humanização são fornecidas pelo humanismo, sendo que ambas as palavras são derivadas do latim *humanus*. Segundo MINAYO (2006), como doutrina filosófica, o humanismo teve seus antecedentes na Grécia Antiga: alguns estudiosos atribuem sua origem a Sócrates, condenado à morte em 399 a. C., “por colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais, fixando suas reflexões sobre os problemas humanos”.

Como diz MINAYO (2006), o humanismo floresceu na era chamada Renascimento, significando uma força contrária ao obscurantismo vivido na Europa devido aos excessos do cristianismo e da Igreja Católica. “Esse movimento constituiu um ponto de inflexão nas preocupações com a falsa moralidade, colocando ênfase na importância de se viver a vida com prazer, de se admirar o belo e de usufruir as coisas boas”.

Já no início do século XVIII, o Iluminismo consagrou as principais idéias da Renascença e aprofundou, como explica MINAYO (2006), algumas concepções originais e importantes como a liberdade de expressão e a racionalidade do

pensamento e da ação humana. Do Iluminismo teve origem a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) que pode ser vista como a primeira real interface entre o Humanismo e a Humanização.

Segundo FORTES (2004), poder-se-ia dizer que a humanização da atenção da saúde tem seu fundamento na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em seu Art. 1°, afirma: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito e fraternidade”.

RIBEIRO (2002) explica que o humanismo (*e, por analogia, a humanização*) está relacionado a uma ética baseada na condição humana e nos ideais partilhados pelos homens, bem como, a um conjunto de valores que fundamenta a compreensão dos empreendimentos científicos e tecnológicos. O humanismo pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

1.1.3 Filantropia e Santas Casas

Iniciativas em saúde voltadas ao humanismo – e, portanto, precursoras da humanização –, ganharam destaque no Brasil, entre outros motivos, pelas atividades das Irmandades Santas Casas de Misericórdia e as instituições filantrópicas.

Ambas tiveram origem medieval: as Irmandades Santas Casas, como explica SANGLARD (2003), eram uma reunião de leigos em torno do culto de um santo determinado, voltadas à beneficência e à ajuda mútua. “A mais famosa, sem dúvida, era a Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia, que contava com hospital, asilo, orfanato, etc., para a realização de suas obras de caridade, um conjunto que forma a Santa Casa de Misericórdia”.

Com tradição vinculada e baseada no humanismo, como explica documento CMB-40 anos (*CMB, Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas* 2003) remonta o século XVI.

> A Santa Casa de Misericórdia do Brasil foi fundada em 1543 pelas mãos do fidalgo e líder do povoado do porto de São Vicente, Braz Cubas, na Capitania de São Vicente, Vila de Santos, no Estado de São Paulo. Em 1551, Braz Cubas conseguiu de D. João III, o “alvará real de privilégios”, o primeiro obtido por uma misericórdia brasileira. Teve como objetivo “ser a casa dos mais carentes, desassistidos e abandonados (CMB-40 anos).

A Santa Casa de Misericórdia, conforme o documento da CMB (2003) teve presença significativa na história do ensino médico no Brasil desde a sua origem: a primeira instituição no país nesta área, a Escola de Cirurgia da Bahia, criada em 1808 e sete anos depois transformada em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, tinha suas aulas teóricas ministradas no edifício sede da Santa Casa e as práticas no Hospital São Cristovão.

Segundo CARNEIRO (1986), ao longo dos séculos, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo tem sido um monumento de ação humanitária e seu compromisso de misericórdia sempre esteve centrado nos serviços de assistência à pessoa humana.

> Sua longa tradição de caridade, beneficência e filantropia, em todas as épocas segmentos sociais, com base no Cristianismo primordial do qual esta tradição é herdeira, foi uma contribuição valorosa e descortinou novos horizontes para o conceito de humanidade e para a prática da humanização. CARNEIRO (1986)

Já a filantropia, diz SANGLARD (2003), a *grosso modo* pode ser entendida como laicização da caridade cristã, ocorrida a partir do século XVIII, e que teve nos filósofos das luzes seus maiores propagandistas.

> O empenho dessas pessoas fez com que o 'fazer o bem', o socorro aos necessitados, deixasse de ser uma virtude cristã para ser uma virtude social. A generosidade passou a ser entendida pelos filósofos como a virtude do homem bem-nascido, que tem inclinação para doar largamente, daí a forte presença das grandes fortunas entre os principais filantropos. SANGLARD (2003).

O resultado das ações da filantropia e da caridade era o mesmo: "ao longo dos séculos foram construídos hospitais, asilos, orfanatos etc", afirma SANGLARD (2003). Como explica a autora, que considera que a maior diferença entre o trabalho das entidades cristãs e o dos filantropos esteja não na ação propriamente dita, mas nos meios de realizá-la, pois a caridade, por ser obra piedosa, "pressupõe a abdicação de toda vaidade de seu autor".

1.1.4 Termo com muitos significados

Nem sempre o conceito e a aplicação da “humanização em saúde” são entendidos da mesma forma e isso vem do fato de tratar-se de um termo polissêmico, ou seja, *de uma palavra que têm muitas significações*.

O Ministério da Saúde admite, em 2001, que “a complexidade da definição (de Humanização) decorre da sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades”.

“Embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de ‘humanização da assistência’ ainda carece de uma definição mais clara”, concorda DESLANDES (2004).

> Geralmente emprega-se a noção de humanização “para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade, e referências culturais”, implicando ainda na valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes. (DESLANDES, 2004).

No campo da atenção em saúde, o termo Humanização tem sido utilizado com diferentes significados e entendimentos, relacionando-os com os direitos dos pacientes e a ética voltada ao respeito ao outro. “A reflexão sobre humanização dos serviços de saúde confunde-se historicamente com a luta pelo direito dos pacientes (FORTES, 2004, 2006)”.

AYRES (2005) considera a humanização em um sentido genérico, e que diz respeito, fundamentalmente, a uma perspectiva filosófica.

> O ideal da humanização pode ser definido como um compromisso das tecnociências da saúde em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como o *bem comum* (AYRES, 2005).

A Humanização é entendida pelo Ministério da Saúde como um valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana.

> A Humanização abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. MS (2001)

Complementando tal raciocínio, em 2004, o MS define a humanização como sendo:

> A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: os usuários, trabalhadores e gestores, norteada por valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (MS, 2004).

1.2 PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A primeira iniciativa oficial no campo da Humanização aconteceu no ano de 2000, quando o então ministro da Saúde, José Serra, constituiu um comitê

técnico, com o objetivo de elaborar um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), após identificar “um número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos em hospitais’ (MS, 2001).

Na ocasião, esses técnicos avaliaram que “a eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde”, quando desacompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista da qualidade no atendimento à saúde (MS, 2001).

O PNHAH tinha como objetivos, dentre outros: difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada ao usuário dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorizasse a vida humana e a cidadania; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade (MS, 2001).

Da forma como foi montado, o programa apresentar-se-ia em sintonia com outras iniciativas e programas voltados para o aperfeiçoamento da qualidade em saúde e da gestão hospitalar, considerados “fundamentais” para ser atingida a melhoria dos resultados no atendimento.

Para o Ministério, “no campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde”, era essencial agregar à eficiência técnica e

científica uma ética que considerasse e respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolhesse o desconhecido e o imprevisível e aceitasse os limites de cada situação.

Em suma, havia a necessidade de valorizar as dimensões humanas e subjetivas presentes em todo ato de assistência à Saúde.

TEIXEIRA (2005), referindo-se ao artigo de Suely Ferreira Deslandes, (publicado em 2004 e que analisa o discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar) sintetiza que os sentidos da humanização encontrados nos documentos do MS convergem, em última instância, para uma mesma questão, a qual ele qualifica como “relações, relações, relações”, seja entre profissionais; usuários e profissionais; e entre hospital e comunidade.

Ao desdobrar tal sentido geral da humanização do atendimento em saúde presente no PNHAH, TEIXEIRA (2005) considera que este abrange fundamentalmente iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento; um maior diálogo e melhoria da comunicação entre o profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e, ainda o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos no processo terapêutico.

1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Em 2003, o MS passou a considerar a Humanização não mais como um programa, “mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS)”, que recebeu o nome de Política Nacional de Humanização.

> Uma política transversal, com os objetivos, entre outros, de traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos e contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (MS, 2003).

Por “políticas públicas” pode-se entender um “conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas”. (GUARESCHI *at all 2004*).

Entre os desafios da implantação da Humanização como “política transversal” (*aquela que tem uma perspectiva integrada com os outros setores de formulação e execução de políticas públicas*) esteve o de ultrapassar fronteiras rígidas dos diferentes núcleos do saber/poder que se ocupam da produção da saúde (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Neste sentido, ao lançar a Política Nacional de Humanização (PNH), o MS considerava que, cerca de 15 anos após a construção do SUS, um dos

aspectos que mais chamavam a atenção quando da avaliação dos serviços “era o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe” (MS, 2004).

Vinculado a tal aspecto, poderia ser destacada a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. De acordo com o documento HumanizaSus (2004) “o MS entende sua responsabilidade de ampliar o debate (sobre humanização em saúde), de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tornar a humanização uma política pública de Saúde”.

Conforme o MS (2004), a PNH implicaria em: traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente, e contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

A PNH se operacionalizaria, enfim, com “a troca e a construção de saberes” (MS, 2004).

Na prática, com a implementação da PNH, em 2003, o governo federal pretendia consolidar marcas específicas, como: reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco (adequar os recursos de acordo com a maior ou

menor probabilidade do paciente desenvolver complicações), e possibilitar que os usuários/pacientes soubessem quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

As unidades de saúde, por seu lado, garantiriam as informações ao usuário/paciente; o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha do atendido); se responsabilizariam por sua própria referência territorial e pelo cumprimento do código dos usuários do SUS (que estabelece direitos, entre outros, como atendimento digno, atencioso e respeitoso; atendimento integral e livre de qualquer discriminação), bem como, garantiriam gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários/paciente e educação permanente aos trabalhadores.

Finalizando este tópico, vale destacar as opiniões de BENEVIDES e PASSOS (2005) – para quem a humanização deveria caminhar para se constituir como vertente orgânica do SUS, fomentando um processo continuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos –; e de DESLANDES (2006) – que considera que a política de humanização se baseia em uma relação que pressupõe a igualdade em algum nível. “As idéias de inferioridade e superioridade seriam antíteses de um cuidado humanizado”.

1.4 A HUMANIZAÇÃO E A BIOÉTICA

É difícil se falar em humanização sem relacioná-la à ética, um dos instrumentos de que o homem lança mão para garantir a coesão social, a cidadania e os costumes sociais e culturais. Segundo FORTES (2004), “humanizar a atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, com necessidades específicas, criando, assim, condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”.

Vale dizer que, como princípio, a Autonomia – ou o Respeito à Autonomia – se faz presente em várias interpretações da Bioética, outro enfoque do trabalho ora apresentado.

Segundo o MS (2001), humanizar refere-se à possibilidade de assumir uma nova postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

> O ponto-chave do trabalho de humanização está em fortalecer este comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, com o cuidado que incorpora a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente, o singular. Trata-se de agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como um ser autônomo e digno.

A exemplo do que ocorre no contexto da Humanização, as ciências da vida e os cuidados em saúde estão relacionados à ética e também à Bioética, neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). PESSINI

e BARCHIFONTAINE (2007) consideram que a Bioética, da forma com que é definida, por exemplo, pela tradição da *Encyclopedia of Bioethics,* integra os aspectos dos cuidados de saúde, sem perder de vista “o contexto maior apresentado pelos cientistas da vida do início dos anos 70, com inquietações ligadas ao meio ambiente e a saúde pública”.

Ao abordar aspectos da gênese e do desenvolvimento da Bioética, PESSINI E BARCHIFONTAINE (2007) baseiam-se na perspectiva da *Encyclopedia of Bioethics* editada em 1978 por Warren T. Reich, do Instituto Kennedy de Ética, da Universidade Georgetown/EEUU. Na ocasião, a Enciclopédia definiu a nova área como “o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais”.

> A Bioética abarca a ética médica, porém, não se limita a ela, já que, em seu sentido tradicional, trata de problemas relacionados com valores surgidos da relação entre médico e paciente. Neste conceito mais amplo a Bioética lida com aspectos importantes, entre outros, os relacionados com valores que surgem em todas as profissões relacionadas à saúde, inclusive nas profissões ‘afins’ e nas vinculadas à saúde mental. (Encyclopedia of Bioethics, REICH, 1978).

A segunda versão da Enciclopédia, de 1995, também editada por Reich, adaptaria a definição de Bioética como sendo um “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.

A terceira edição da Enciclopédia de Bioética, publicada em 2004 e editada por Stephen Garrard Post, editor-assistente das duas primeiras, ancora-se na definição estabelecida pela edição anterior, no sentido de usar como norte o exame moral interdisciplinar e ético das dimensões da conduta humana nas áreas da vida e da saúde.

Disso tudo é possível depreender que vários aspectos bioéticos estão inseridos no contexto da humanização, começando pelo fato de ambas (a Bioética e a Humanização) *não se restringirem* apenas aos âmbitos tecnológicos ou terapêuticos de um atendimento. Vão muito além, incluindo, entre outras, as relações entre os sujeitos envolvidos, a ética no atendimento e "as questões sociais aplicadas às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica" (PESSINI E BARCHIFONTAINE, 2007)

Como explica FORTES (2004), "a reflexão humanística não enfoca somente os problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde".

1.5 MEIOS DE COMUNICAÇÃO: "JANELA" PARA O MUNDO

A comunicação é o que transforma essencialmente os homens em sujeitos.

A partir de tal ponto de vista, o educador e filósofo brasileiro Paulo Freire (citado por BURGOS, 2007) formulou sua proposição fundamental de que a educação, como a construção compartilhada de conhecimentos, constitui um processo de comunicação porque é gerada através de relações dialéticas entre os seres humanos com o mundo.

Porém, é preciso enfatizar que a mensagem encaminhada por um emissor nem sempre é recebida de maneira clara pelo receptor.

> Ainda que, para se realizar, a comunicação dependa integralmente de objetos e práticas bem concretos, a *comunicação* é um conceito que só se define integralmente quando incorpora as dimensões não-dadas do evento comunicacional. Temos, então, um conceito ajustado à dupla natureza da comunicação: a inarredável presença dos meios (não totalmente determinados) e seus usos, entendidos como a exploração de sua margem de indeterminação (TEIXEIRA, 1997).

Em uma relação que parece ser tão intimista como é o evento da comunicação entre emissor e receptor, quais seriam as funções dos meios de comunicação de massa?

Várias são as teorias. Neste trabalho são mencionadas apenas algumas: na obra *Apocalípticos e Integrados,* por exemplo, o escritor e filósofo italiano Umberto Eco (2006) afirma que a TV não é um gênero, é um “serviço”, um jeito de obterem-se informações sobre ferramentas necessárias à vida cotidiana. Tal concepção pode abranger também todos os demais veículos de comunicação, tais como o rádio, as revistas, os jornais, e a comunicação on-line, compreendendo, dessa forma, aquilo que concebemos por mídia.

LASWELL (1987) considera que as funções dos meios de comunicação não se concentram em entretenimento puro em simples, agregando também outras, como vigilância do contexto; correlação social; transmissão cultural e socialização. De acordo o autor, que é também cientista político e professor de psicologia, a função de “vigilância do contexto” funciona como ‘sentinela’ para os indivíduos, alertando-os sobre os fatos que se sucedem ao seu redor.

Outro teórico da comunicação, o filósofo canadense Marshall McLuhan apresenta opinião semelhante – e vai mais longe:

> Os meios servem de janela do mundo (...). Em nossas cidades, a maior parte da aprendizagem ocorre fora da sala de aula. A quantidade de informações transmitidas pela imprensa excede, de longe, a quantidade de informações transmitidas pela instrução e textos escolares (MCLUHAN, 1974).

Neste contexto em que o jornalista adquire a função de “educador” de massas, segundo vários teóricos da comunicação, CASTIEL (2003) assinala a importância de se estudar, em meios acadêmicos, como jornalistas científicos participam da construção de conteúdos simbólicos em saúde, de modo a colaborar eventual e involuntariamente com desinformações, estímulo a posições preconceituosas e, conforme as circunstâncias, com a produção de desnecessárias reações alarmistas.

> Queiram ou não, os jornalistas desempenham o papel de educadores, capazes de influenciar na eventual adoção pública de medidas supostamente protetoras, sem garantias de eficácia (...) Se é indiscutível o alcance e difusão do chamado jornalismo científico na mídia, é preciso estar atento à relação entre cientistas da saúde e a difusão pública de seus achados (CASTIEL, 2003).

Considerado todas as opiniões acima, a indagação *os jornalistas entendem (ou mesmo, valorizam) o que seja um atendimento humanizado em saúde, de forma a estarem capacitados a transmitir informações sobre esse tema?* permeou todas as etapas desse trabalho.

A autora deste trabalho defende que as informações sobre saúde interessam a quase todos os públicos, pois o surgimento de doenças faz parte da vida humana.

Por sua vez, como atinge a uma imensa parcela da população – e também por sua característica de formadora de opinião –, a mídia tem uma grande responsabilidade ao transmitir as chamadas notícias científicas e relacionadas ao atendimento prestado a pacientes.

2 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

Tendo em vista a pluralidade de conceitos e práticas que envolvem a Humanização no atendimento de saúde, a autora deste estudo considerou essencial conhecer as percepções de alguns profissionais da imprensa que atuam em editorias de saúde sobre Humanização, tema até então inexplorado. Uma das suas propostas, então, foi verificar a forma como a mídia escrita percebe a realização de um atendimento humanizado e desumanizado, e, assim, poder transmitir tais informações ao público leigo.

> Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito (que pode ser um profissional de saúde ou um jornalista científico) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (AYRES, 2004).

Entre as intenções do trabalho esteve a de servir futuramente como um ponto inicial para que outros pesquisadores estudem o grau atual de conhecimento de representantes da imprensa sobre a Humanização no Atendimento em Saúde.

A autora levou em conta ainda a relevância social de sua proposta: como se pode depreender dos ensinamentos de AYRES (2004), CASTIEL (2003), ECO (2006), e LASWELL (1987) e MCLUHAN (1974) um processo de informação truncado ou deturpado não prejudica *apenas* os jornalistas, mas, inclusive (e

principalmente) a população, que acaba tomando o que lê como verdade absoluta.

O interesse da autora pelos temas Comunicação, Bioética e Humanização provém dos fatos de a mesma ser formada em jornalismo há mais de vinte anos, atuando profissionalmente há mais de oito anos exclusivamente no campo da Bioética, tema no qual se especializou, em 2005, pelo Instituto Oscar Freire, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

O desejo de enfocar a “Humanização” surgiu do fato de participar de um grupo de estudos sobre o tema, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), participação da qual surgiram algumas dúvidas sobre o real conhecimento das pessoas e de grupos específicos, como profissionais de imprensa, sobre o que seria um atendimento humanizado/desumanizado em Saúde.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

- ✓ Identificar e analisar, à luz da Bioética, a percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da Humanização dos serviços de saúde

Objetivos específicos

- ✓ Identificar a percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo sobre os conceitos e práticas de um atendimento humanizado em saúde
- ✓ Identificar a percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo sobre a existência de eventuais diferenças na prestação de um atendimento em saúde humanizado, por parte dos serviços públicos e privados

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, cujos sujeitos de pesquisa são representantes da imprensa escrita de São Paulo.

Estudos exploratórios acontecem considerando-se raciocínios como o exposto por MINAYO (2004), segundo o qual “o conhecimento *não é* espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”.

Optou-se por usar a metodologia qualitativa, sob o enfoque da análise do conteúdo. Para facilitar a tabulação dos dados utilizou-se ainda técnica inspirada no Discurso do Sujeito Coletivo.

Segundo MINAYO (1993) métodos qualitativos “são aqueles capazes de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

MINAYO (2004) explica que o termo Análise de Conteúdo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Conforme a autora isto corresponde a “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

> A Análise de Conteúdo é definida como uma técnica de tratamento de dados de pesquisa voltada para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo de "comunicações". Trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos, inclusive, transcrições de fitas – como foi realizado na dissertação agora apresentada. Na análise de conteúdo o ponto de partida é a mensagem. (PUGLISI; FRANCO, 2005).

MINAYO (2003) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto e contextualizar os achados. Enfim, com o **ponto de partida** sugerido por MINAYO (2003) tentou-se captar o que estava sendo “escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente)”.

No momento de construir os conteúdos a serem analisados, a autora deste trabalho considerou, ainda, que ficariam muito mais ricos se várias frases expressadas pelos jornalistas – que, de forma particular, convergiam para o mesmo ponto de vista – fossem dispostas e agrupadas em um só discurso.

Por isso, adotou formato **inspirado** no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica de tabulação e organização de dados qualitativos estruturada por

Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, que elabora um discurso síntese elaborado “pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003).

Os Discursos dos Sujeitos Coletivos, como explicam LEFÈVRE & LEFÈVRE (2002), podem ser compostos de um ou mais depoimentos que apresentam um sentido singular que “sob uma forma discursiva, refletem os pensamentos e os valores associados a um dado tema, presentes numa dada formação sócio cultural, num dado momento histórico”.

> A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um as Idéias Centrais e as suas correspondentes expressões chave que, quando semelhantes, compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os DSC. Entende-se pó expressões chave pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso (...) e que revelam a essência do depoimento. (LEFEVRÈ & LEFEVRÈ, 2002).

4.2 SUJEITOS DE PESQUISA

A amostra escolhida foi a de conveniência, sendo constituída por **15** jornalistas que atuam em Saúde, em jornais e revistas produzidos na capital de São Paulo, em publicações estas de alcance nacional.

Optou-se por fazer um recorte composto por jornalistas da imprensa escrita paulistana, mas que atuam em jornais e revistas que circulam em nível

nacional, pois, apesar de se tratar de uma **amostra de conveniência** e limitada, é significativa no contexto brasileiro.

Há os jornais chamados “populares”, direcionados a um público com trajetória educacional inferior ao nível universitário, e outros, destinados a um leitor que apresenta nível cultural mais elevado, do curso médio até a pós-graduação.

A escolha pelas revistas de informação geral de São Paulo, porém, com alcance nacional, ocorreu principalmente pelo fato de cada uma delas atingir pessoas de tendências políticas divergentes entre si.

De forma direta ou indireta, todas as publicações abordadas trazem informações específicas voltadas ao tema “Saúde”, sendo que boa parte delas conta com editorias em saúde, sob os nomes de “Ciência e Saúde”; “Sua Saúde” e “Ciência e Tecnologia”. Quando não é essa a situação, o tema “Saúde” é abordado em outros cadernos e editorias, como “Geral”; “Cotidiano” e até “Mundo”, porém, sempre por jornalistas especializados.

Os sujeitos de pesquisa foram jornalistas dos seguintes veículos:

Jornais: Agora São Paulo; Diário de São Paulo; Folha de São Paulo; O Estado de São Paulo

Revistas: Carta Capital; Época; Isto É; e Veja São Paulo.

Para chegar-se até os sujeitos de pesquisa (jornalistas) utilizaram-se estratégias como levantamento na Internet nos sites das publicações escolhidas; consultas ao *ombudsman*; ao chefe de redação, ou SAC, por

telefone. Responderam ao formulário **dois** jornalistas por publicação, que atuam em Saúde – de maneira exclusiva ou pontual.

A exceção aconteceu com uma importante revista semanal: várias tentativas foram feitas, sem sucesso, para que os dois jornalistas que escrevessem sobre saúde – ou, ao menos, um deles – aceitassem responder às questões propostas, ainda que por telefone. As informações, porém, indicavam não ser "vocação (da revista) permitir que seus funcionários falassem a estudantes, sejam de graduação, sejam de pós-graduação".

Como era considerado um veículo de comunicação bastante expressivo em nível nacional, a alternativa foi entrevistar uma jornalista que durante quatro anos atuou na revista em questão e hoje é repórter da sucursal paulista da mesma. De forma profissional, a jornalista concordou em dar seu depoimento à pesquisadora.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entre os meses de junho e outubro de 2009 foram realizadas 15 entrevistas semi-estruturadas com responsáveis pela pauta, conteúdo e edição das informações publicadas em Saúde e as questões foram, todas de maneira presencial.

Apesar de a postura e abordagem da pesquisadora terem variado de acordo com os sujeitos de pesquisa, cada qual vindo de publicações com estilos e

tendências (políticas, sociais) diferentes, *todas* as perguntas do formulário proposto foram contempladas nas entrevistas realizadas, ainda que parecessem repetitivas em decorrência do que já havia sido dito pelo entrevistado.

Seguiu-se assim o ensinamento de MINAYO (2004), para quem "a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos" (no caso desta pesquisa, entre a investigadora e os atores sociais envolvidos).

> Na pesquisa qualitativa os instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação. "Mas não se pode ir para a atividade de campo sem prever as formas de realizá-la: improvisar significa correr o risco de romper os vínculos com o esforço de fundamentação (MINAYO, 2004),

4.3.1 Entrevista

Tendo sido discutida a questão da Humanização dos Serviços de Saúde, sua implementação, concretização e atual realidade no Brasil, gostaria de saber:

1) Como você informaria ao seu leitor o que é a "Humanização" dos serviços de saúde?

2) Quando está escrevendo (sugerindo uma pauta/editando), o que consideraria como um "atendimento humanizado" em saúde?

3) Quando está escrevendo (sugerindo uma pauta/editando), o que classificaria como um atendimento "desumanizado" em saúde?

4) Conte qual foi a experiência mais marcante verificada durante seu trabalho, relacionada a um atendimento humanizado em saúde.

5) Cite qual foi a experiência mais marcante relacionada a um atendimento desumanizado em saúde.

6) De acordo com sua experiência profissional, vê diferenças relativas à humanização em atendimentos prestados pelos serviços públicos e privados?

4.4 CATEGORIAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE

O conteúdo analisado, obtido das entrevistas, foi classificado por meio de categorias temáticas de análise previamente estabelecidas e outras, identificadas no decorrer da pesquisa.

Em princípio sugeria-se que as categorias temáticas de análise fossem *Respeito e Incentivo à Autonomia*; *Direitos dos Pacientes/Usuários; Promoção do Bem-estar*; *Melhora dos Processos de Informação e Comunicação*; *Garantia de Ambiência Acolhedora*; *Atendimento às Normas Deontológicas/Legais*; *Manifestação do Profissional Virtuoso e Respeito à Dignidade Humana*.

No decorrer da pesquisa, de acordo com as respostas ao formulário proposto, uma categoria não foi encontrada (Atendimento às Normas Deontológicas/Legais), pois a obrigação de se atenderem às normas previstas por Códigos de Ética dos profissionais de saúde ou as resoluções emanadas

pelos conselhos profissionais *não foi evidenciada nos discursos*: nenhum pesquisado sequer citou tal necessidade.

A falta de interesse às normas profissionais em saúde pode-se explicar pelo fato de o trabalho de campo haver acontecido antes do lançamento e a publicização do novo Código de Ética Médica, que posteriormente ganharia grande espaço na mídia. Outra possibilidade: o respeito às normas deontológicas não possui a mesma tradição e relevância entre os profissionais de comunicação, em comparação ao que acontece com trabalhadores da saúde em geral.

Em contrapartida, também em decorrência das respostas, pareceu correto adequar os títulos das categorias temáticas sugeridas. Isso aconteceu com Respeito à Dignidade Humana, que se tornou **Dignidade/Estrutura para o Atendimento** (a falta de estrutura foi apontada pelos sujeitos de pesquisa como uma das causas do desrespeito à dignidade humana), e Garantia de Ambiência Acolhedora, resumida para **Ambiência** (o termo foi empregado com sentidos diversos pelos participantes, variando de “necessidade de ambiência acolhedora” a “garantia de ambiência visando à fidelização do paciente/cliente”, e, por vezes, “melhora na ambiência para disfarçar problemas estruturais dos hospitais ou relativos à falta de humanização de profissionais de Saúde”).

Identificou-se, ainda, a necessidade de incluir como subitens temas presentes nos discursos dos jornalistas pesquisados. À categoria *Acolhimento*, optou-se por agregar o tema **Atendimento Holístico**, por parecer que está

interligado ao âmbito do Acolhimento nos discursos. Quem fala de “cuidar do paciente como um todo”, fala em acolhê-lo em todas as suas dimensões. Tal modalidade de atendimento subjetivo, que valoriza todas as dimensões do ser humano, modernamente é classificada como um “atendimento que valoriza a visão holística” da Saúde.

Durante a análise dos discursos dos sujeitos de pesquisa o tema humanização foi relacionado várias vezes à filosofia dos **Cuidados Paliativos** – motivo que levou à inclusão desta categoria temática de análise.

Por fim, achados de pesquisa foram incluídos no rol de categorias temáticas de análise. A categoria **Diferença entre atendimento público e privado** foi tema presente ao formulário respondido pelos jornalistas e que indicou, de forma implícita e explícita, pontos de vistas e idéias pré-concebidas referentes à humanização no atendimento. A categoria **Conhecimento dos Jornalistas** surgiu porque, como será adiante relatado, vários profissionais demonstraram pouco ou nenhum conhecimento a respeito da existência de uma política estruturada de humanização no atendimento à saúde

As categorias temáticas de análise abordadas neste trabalho foram extraídas do fulcro da PNH e debatidas em profundidade pelo Grupo de Estudo em Humanização da Faculdade de Saúde Pública da USP, além daquelas obtidas no decorrer do trabalho de campo. São elas:

1) Direitos dos pacientes/usuários
2) Dignidade humana/Estrutura para o atendimento

3) Bem-estar
4) Profissional virtuoso
5) Acolhimento/ Atendimento holístico
6) Ambiência
7) Atendimento multidisciplinar
8) Autonomia do paciente
9) Processos de Informação e comunicação
10) Cuidados paliativos
11) Diferença entre atendimento público e privado
12) Conhecimento dos jornalistas

4.4.1 Breves explicações sobre as categorias

1) Direitos dos pacientes/usuários

Durante consultas, exames e internações, todo cidadão tem direitos que precisam ser respeitados. Além da PNA as principais bases destes direitos estão na Constituição Federal (1988); Carta dos Direitos dos Usuários em Saúde (2009) (elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que substituiu e adequou termos da Carta dos Usuários do SUS, de 2006; na Lei Estadual 10.241/99 (que dispõe sobre o direitos dos usuários de saúde); no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); no

Estatuto do Idoso (2003); na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e até em códigos profissionais, como no Código de Ética Médica (2010).

2) Dignidade humana/Estrutura para o atendimento

O termo “dignidade” está no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948): “CONSIDERANDO que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo...”.

Em direção à Humanização na Atenção à Saúde, o respeito à dignidade Humana pode ser visto como “a consideração das necessidades físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais” de cada atendido (MS, 2004).

3) Bem-estar

PELLEGRINO e THOMASMA destacaram, em 1988, que a virtude de agir para o bem, é a mais apropriada para o contexto especial do encontro entre o médico e o paciente.

> O mais amplo passo em beneficência seria a prevenção de danos à saúde de outros, o que significa remover as possibilidades de danos, ou de “prejudicar”(...). tal virtude supera as outras duas dominantes no campo da ética médica contemporânea, que são a autonomia do indivíduo e a utilidade social acima da autonomia individual. (PELLEGRINO e THOMASMA, 1988)

4) Profissional virtuoso

As virtudes habilitam o médico a agir com relação a coisas que são boas para o homem, quando este se encontra em estado existencial específico de

doença, conforme explicam PELLEGRINO E THOMASMA (1988). FERRER e ALVAREZ (2003) citando Aristóteles, explicam que “as virtudes são hábitos (traços permanentes de caráter) pelos quais o homem é bom e exercita bem suas funções”.

5) Acolhimento/Atendimento holístico

De acordo com o MS (2006) em sua publicação “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde”, entende-se por acolhimento o ato de “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”.

A PNH atenta para a necessidade de “formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos, e o acesso aos demais níveis do sistema efetivados”.

6) Ambiência

Entre as diretrizes gerais para a implementação da PNH (2004) encontra-se a que determina que os serviços sejam adequados ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana

7) Atendimento multidisciplinar

Em diversos trechos da PNH é enfatizada a estratégia de valorização do atendimento multidisciplinar. Entre os princípios norteadores da PNH pode-se

mencionar o item que defende o “fortalecimento de trabalho em equipe multidisciplinar, fomentando a transversalidade e a grupalidade”. Também nos Parâmetros para a implementação da PNH no âmbito do atendimento hospitalar é destacada a necessidade de “equipe multidiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social”.

8) Autonomia do paciente

De acordo com MUNÕZ e FORTES (1998) autonomia “é autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom”, ou o que é seu “bem-estar”.

Os autores acrescentam que “além da liberdade de opção, o ato autônomo também pressupõe haver liberdade de ação, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas”.

As ações em humanização devem servir para reforçar a autonomia de pacientes e trabalhadores, determina a PNH.

9) Processos de Informação e comunicação

A PNH (2004) prevê iniciativa para melhora dos processos de informação e comunicação: de suas diretrizes consta a necessidade de se “implementar um sistema de comunicação e informação que promova o auto-desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores da saúde”. Para tanto,

valorizam-se aspectos como mecanismos de escuta para a população e trabalhadores e ouvidoria funcionando, entre outros. Podem ser acrescentadas aqui outras medidas eficazes, como implementação do setor de acolhimento ou similares; serviço de apoio ao cidadão; sistemas de identificação e comunicação visual compreensíveis; e facilitação aos documentos médicos, como prontuário.

10) Cuidados paliativos

Dentro da proposta de integralidade da PNH incluem-se pacientes sem chances de cura, porém, com necessidade de acompanhamento. O Cuidado Paliativo é a abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (Organização Mundial da Saúde – OMS/2002).

11) Diferença entre atendimento público e privado

Ao propor no formulário a questão direta: “de acordo com sua experiência profissional, vê diferenças relativas à humanização em atendimentos prestados pelos serviços públicos e privados?” a pesquisadora pretendeu identificar se os sujeitos de pesquisa têm idéias preconcebidas sobre o tema ou mesmo convicções a partir de sua vivência profissional.

Durante o trabalho de campo notou-se que tal indagação correspondia, na verdade, a uma categoria temática apropriada para a análise dos dados levantados.

12) Conhecimento dos jornalistas

Pelos depoimentos dos sujeitos de pesquisa, identificou-se um grande desconhecimento em relação à existência de uma política governamental estruturada sobre a Humanização ou, mesmo, em relação a o que signifique um atendimento humanizado em saúde.

A exemplo do que aconteceu com a categoria mencionada acima, no decorrer da pesquisa apareceu essa nova categoria temática a ser usada para a análise dos conteúdos obtidos.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O referencial teórico de análise foi estabelecido mediante as bases dos modelos bioéticos de análise trabalhados por alguns autores, em especial, por TOM L. BEAUCHAMP e JAMES CHILDRESS (Modelo “Principialista” ou “Bioética de Georgetown”); EDMUND D. PELLEGRINO; DAVID C. THOMASMA (Ética das Virtudes e Teoria do Bem-Estar). Foram sempre consideradas as possíveis limitações teórico-conceituais de cada modelo trabalhado pelos autores.

4.5.1 Principialismo

O modelo principialista de análise bioética figura como um dos mais divulgados, tendo sido proposto por Tom Beauchamp, professor de Ética e pesquisador sênior no *Kennedy Institute of Ethics,* EUA, e James Childress, professor de Ética na *University of Virginia,* também nos EUA, em sua obra clássica *Principles of Biomedical Ethics* (Os Princípios da Ética Biomédica, editado no Brasil em 2002).

Publicado pela primeira vez em 1979 e atualmente em sua 5ª Edição, o livro baseia-se na defesa de quatro princípios básicos que devem ser empregados durante análises de dilemas de natureza ética: Autonomia; Não-Maleficência; Beneficência e Justiça.

Durante a Introdução brasileira ao livro Os Princípios da Ética Biomédica, de 2002, o bioeticista e teólogo Léo Pessini informa que, em sua obra, o autor Beauchamp (cuja orientação filosófica é utilitarista) beneficiou-se dos resultados do Relatório Belmont (documento que inaugurou um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa com seres humanos) já que ele mesmo, Beauchamp, fez parte da comissão que elaborou o relatório.

Assim, Beauchamp e o colega Childress (cuja orientação filosófica é deontologista) passaram a defender a “abordagem dos quatro princípios”, “também chamada, um tanto pejorativamente, de principialismo” (BEAUCHAMP

e CHILDRESS, 2002). *Quatro*, porque além dos três princípios incluídos no Relatório Belmont (Autonomia, Beneficência e Justiça), foi introduzido o princípio de Não-Maleficência, antes tomado como parte do princípio de Beneficência.

Usando como uma de suas bases teóricas a obra do eticista inglês Sir David Ross, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) classificaram os princípios de Autonomia; Não-Maleficência; Beneficência e Justiça como deveres *prima facie*, isto é, consideraram que não possuem qualquer disposição hierárquica e tem o mesmo valor, ao serem usados em análises éticas.

Ao estabelecerem o lugar dos princípios, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) explicam que o seu objetivo é especificar e ponderar esses princípios, por meio dos métodos da teoria ética previamente discutidos. “Tanto o conjunto de princípios como o conteúdo conferido a eles estão baseados em nossas tentativas de encaixar a moralidade comum como um todo, numa estrutura coerente”.

> Os princípios *não devem* ser usados como diretrizes de ação precisas, que informam como agir em cada circunstância. “São diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos, e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas. BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002)

<u>Autonomia</u>

A palavra Autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei) e adquire várias interpretações, de acordo com a língua e com a

filosofia presentes em determinado contexto. Conforme BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) o indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas. “Uma pessoa com a autonomia reduzida, em contrapartida, é, ao menos em algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos”.

Não-Maleficência

De acordo com BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002) o princípio de Não-Maleficência determina a obrigação de não causar dano intencionalmente. Como o campo de atuação dos autores refere-se especificamente às profissões biomédicas, eles lembram que o conceito de Não-maleficência sempre “esteve intimamente associado com a máxima hipocrática de *Primum non nocere* (acima de tudo não causar dano).

Os autores destacam que, embora a Não-Maleficência e a Beneficência sejam similares e freqüentemente tratadas na filosofia moral como não sendo nitidamente distinguíveis, “combiná-las num mesmo princípio obscurece distinções relevantes”. Ou seja, que as obrigações de não prejudicar os outros (por exemplo, aquelas que proíbem roubar, mutilar e matar) são claramente distintas das obrigações de ajudar os outros (por exemplo, proporcionar benefícios, proteger interesses e promover o bem-estar).

Beneficência

Em sua conceituação do princípio de Beneficência, BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002) entendem a atitude beneficente como aquela que inclui todas as formas de ação que tenham o propósito de beneficiar outras pessoas, provendo seus interesses legítimos e importantes.

> Muitas regras de Beneficência *obrigatória* constituem uma parte importante da moralidade. Citam como alguns exemplos dessas regras de beneficência: proteger e defender os direitos dos outros; evitar que outros sofram danos; eliminar as condições que causam danos a outros; ajudar as pessoas inaptas; e socorrer pessoas que estão em perigo (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002)

BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002) falam de dois tipos de Beneficência: a *beneficência específica* – que se direciona a indivíduos ou grupos específicos, tais como as crianças, os amigos e os pacientes – e *beneficência geral* – que ultrapassa esses relacionamentos especiais, direcionando-se a todas as pessoas.

Justiça

Os autores de Os princípios da Ética Biomédica, com freqüência, se referem ao princípio da Justiça como sendo a expressão da *justiça distributiva.* “Os termos equidade (justiça e igualdade), merecimento (o que é merecido) e prerrogativa (aquilo a que alguém tem direito) foram empregados por vários filósofos na tentativa de explicar o que é justiça”, dizem BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002).

Todas essas concepções, ressaltam, interpretam a justiça como um tratamento justo, eqüitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas. Em seu livro, no capítulo sobre a Justiça, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) destacam “princípios materiais válidos” de justiça distributiva defendidos por outros autores, que são: a todas as pessoas uma parte igual; a cada um de acordo com sua necessidade; a cada um de acordo com seu esforço; a cada um de acordo com sua contribuição; a cada um de acordo com seu merecimento; a cada um de acordo com o livre mercado.

4.5.2 Ética das virtudes e Beneficência

Outros modelos de análise ética incluído neste estudo é chamado de Ética das Virtudes, que tem como seus representantes mais destacados em Bioética os professores Edmund Pellegrino, da Universidade de Georgetown, e David C. Thomasma, da Universidade Loyola, em Chicago.

Em seu livro *The Christian Virtues in Medical Practice*, PELLEGRINO E THOMASMA (1996) admitem que “os princípios dominantes em ética biomédica são os quatro princípios *prima facie* de Justiça, Autonomia, Beneficência e Não-Maleficência”. Apesar de concordarem “que muito dos progressos ocorridos nos recentes anos (no âmbito sanitário) podem ser atribuídos a aplicação criativa desses princípios”, consideram-nos limitados.

“Com a divulgação do método no contexto das éticas médicas e clínicas, as limitações dos princípios *prima facie* se manifestaram, em decorrência das nuances e complexidades presentes nas decisões éticas a serem adotadas ‘à beira do leito’”. Com isso, PELLEGRINO e THOMASMA (1996) propuseram a análise com base nas *virtudes*, apesar de admitirem que, a partir de suas experiências, “uma análise feita com base somente nas virtudes parece insuficiente”.

As definições de “virtudes” e do que seja uma pessoa virtuosa, segundo PELLEGRINO E THOMASMA (1996) ocupam os filósofos desde que Platão trouxe à tona a questão das virtudes. “Apesar de várias tentativas, ninguém conseguiu ainda derrubar a definição de virtude trazida por Aristóteles, que, apesar de imperfeita, continua útil”. Aristóteles identifica as *virtudes morais* como estados de caráter que determinam se nós agimos bem ou mal, de acordo com nossas paixões.

Em outra de suas obras, PELLEGRINO E THOMASMA (1995) referem-se ao *médico virtuoso* (*e os demais profissionais de saúde*) como aquele que, de certa forma, é capaz de atender às expectativas de seus pacientes.

> A promessa de salvar, por parte do médico, suscita no paciente a esperança de que o médico tenha a competência e a perícia necessárias para aquele caso, e que as coloquem a seu serviço. O médico deve interceder pelo paciente, a fim de assegurar tal confiança (PELLEGRINO E THOMASMA, 1995).

Ainda segundo PELLEGRINO E THOMASMA (1995), um médico virtuoso deve ser capaz de colocar-se ao lado do paciente, elevando-o acima de seus

próprios interesses; não deve servir-se da vulnerabilidade do atendido, própria da condição de enfermo, para aumentar seu próprio poder, prestígio e benefício.

Se existem médicos virtuosos, quem seriam os pacientes virtuosos, na visão desses autores?

> Um paciente virtuoso pode ser descrito como aquele escrupuloso sobre dizer a verdade; uma pessoa que compreende e concorda com o que deve ser feito para sua recuperação ou paliação; que evita manipular (*os sentimentos e emoções*) de outros pacientes e de profissionais de saúde, quando internado; e que crê piamente que seu vínculo com o médico e outros profissionais de saúde não será claramente violado (PELLEGRINO E THOMASMA, 1988).

Sem dúvidas, a obra de PELLEGRINO e THOMASMA elege como o principal princípio do contexto ético o da *Beneficência*, em especial, nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, pois acreditam que os modelos da autonomia e paternalismo apresentam mais limitações e deficiências do que o modelo da Beneficência. Em seu livro *For the Patients Good* (1988) os autores mencionam algumas características do modelo de Beneficência que explicam o porquê de a considerarem a mais adequada a este contexto. Entre estas características figuram:

O objetivo da medicina é beneficente. A situação excepcional da doença leva à necessidade de ajudar a pessoa doente, pois sem essa ajuda o paciente pode sofrer dor desnecessária, deficiência ou até morrer. A obrigação de ajudar o doente envolve não apenas os “professos curadores”, mas todos os seres humanos. Outra característica citada é a **primazia da condição existencial do**

paciente sobre os tradicionais códigos médicos, ou seja, os médicos e demais profissionais de saúde devem fazer “o bem” porque isso é intrínseco em seu ser – e não porque são obrigados por regras profissionais.

O modelo de Beneficência também tem como características o **consenso**, ou seja, não há imposição de valores ou decisões tomadas no “melhor interesse do paciente” sem a sua participação; e a **prudência moral**, na tentativa de resolver dilemas éticos difíceis, preservando, o quanto possível, tanto os valores do médico quanto o do atendido.

Além desses autores, em alguns casos foi necessário utilizar-se como referenciais de análise teórica os ensinamentos de outros bioeticistas como CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE, LEO PESSINI e DIEGO GRACIA.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Antes de começar o trabalho de campo propriamente dito, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/ FSP-USP, que o aprovou para implementação sem quaisquer restrições. O projeto passou em Exame de Qualificação da Área de Concentração de Serviços de Saúde Pública em **fevereiro de 2009**.

Invertendo um pouco a lógica de fazer cada participante assinar um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, como é freqüente em estudos com a participação de voluntários, a autora do projeto e seu orientador optaram por entregar aos sujeitos um Termo de Responsabilidade do Pesquisador (VIDE ANEXO). Tal decisão parecia vir ao encontro da cultura profissional do jornalista, na qual "se uma pessoa está respondendo a uma entrevista, é porque está autorizando a sua participação".

Na entrega do termo, antes de cada entrevista e após uma breve explicação sobre os objetivos do trabalho, foi avisado aos voluntários que a opção pela não-participação – ou desligamento do projeto – seria respeitada a qualquer tempo, bem como, o direito de recusa de identificar-se, pois a identidade não foi considerada relevante em termos de interpretação dos dados da pesquisa. Pouco antes das entrevistas, na frente do entrevistador, todos os sujeitos de pesquisa leram o **Termo de Responsabilidade do Pesquisador**, aceitaram ficar com ele para o esclarecimento posterior de quaisquer dúvidas, mas não realizaram novo contato com esse fim.

Como as entrevistas foram gravadas, a pesquisadora garantiu que os dados obtidos não seriam conhecidos por terceiros – obviamente, incluem-se aqui os superiores hierárquicos dos jornalistas e as instituições nas quais atuam – pois ela mesma, a pesquisadora, seria pessoa responsável por fazer as transcrições e edições dos depoimentos, e se comprometeu a guardar em lugar seguro as fitas-cassete resultantes das entrevistas.

Conforme o garantido, todas as transcrições foram feitas pela pesquisadora entre os meses de outubro de 2009 e janeiro de 2010, e só depois da concretização desta fase do trabalho foi iniciada a Análise do Conteúdo, o que permitiu que a pesquisadora tivesse idéia do “todo” dos discursos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estrutura adotada para a apresentação dos dados e a discussão do presente trabalho segue como padrão mencionar as categorias temáticas de análise identificadas, com explicações detalhadas sobre cada uma delas; destacar alguns trechos dos discursos obtidos (cuja disposição é inspirada no Discurso do Sujeito Coletivo); e realizar a análise em si, com base nos autores de referência em Bioética ou, quando é o caso, em ditames éticos contidos na Política Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar (PNH).

5.1 DIREITOS DOS PACIENTES/USUÁRIOS

Não é possível falar sobre Direitos dos Pacientes no país sem recordar a base do SUS, o princípio constitucional que estabelece que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, ou a lei 10.241/99, conhecida como “Lei Covas”, pioneira ao abordar o direito do cidadão de escolher seu local de morte. Além destes, vários outros textos normativos brasileiros versam sobre o tema, como a Carta dos Direitos e Deveres em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em junho de 2009, que modificou algumas especificidades do texto anterior, A Carta dos Usuários do SUS, elaborado em 2006 também pelo Ministério da Saúde.

Na nova versão da Cartilha (2009), o termo “usuário” foi substituído por “pessoa”, e houve a inclusão de questões importantes, como a garantia de atendimento agendado e o direito a acompanhante nas consultas e exames. Entre outros pontos, a carta estabelece que toda pessoa tem o direito “ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde”, bem como, “direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”.

Em seus princípios, a PNH (2003) demonstrou-se inovadora, ao ressaltar, entre outros pontos, a intenção de diminuir filas, contagiar os profissionais de saúde e gestores na direção de ações humanizadoras, e na troca de saberes. No entanto, mantêm-se, com vigor, no imaginário de boa parte dos jornalistas paulistanos pesquisados, *apenas* as primeiras iniciativas consideradas como “humanização”, vindas da década de 90, relacionadas ao parto, atenção aos cuidados pré-natais e pós-natais e, também, a assistência psiquiátrica.

Logo na primeira pergunta, ao serem questionados sobre o conceito de humanização, ou sobre como explicariam aos seus leitores o que seriam atitudes humanizadoras, **mais da metade dos sujeitos** pesquisados relacionaram humanização ao parto e aos cuidados com recém-nascidos.

> *O maior exemplo que temos a dar a um leitor para que ele entenda o que significa a humanização é o parto humanizado. Trouxe à mulher o direito de ficar com seu filho no quarto, de ter o parto em um lugar adequado, com a presença de um acompanhante, uma série de coisas que alguns hospitais já cumprem. Porém,* não há regulamentação*: sabe-se que o contato entre mãe e bebê é pequeno, que existem altos índices de cesarianas, um parto mais*

complicado, porque não respeita a naturalidade do processo; e não há permissão ao acompanhante, ignorando que aquela atendida tem suas particularidades, apesar de paciente. (E.1)

Quando falo sobre humanização da área da saúde da mulher abordo o parto humanizado, a questão do parto natural, da criança o tempo inteiro com a mãe, a permissão de o marido ou companheiro para acompanhar a mulher neste momento, como preconiza o Ministério da Saúde. (...) Hoje já existem diversas práticas em relação à humanização nas maternidades, como usar as técnicas da mãe canguru; evitar o barulho excessivo (horário do psiu) à mãe e seu bebê e os procedimentos dolorosos ao recém-nascido, como ficar tirando sangue desnecessariamente. Pensando por aí, eu definiria como práticas que trazem uma qualidade de vida ao paciente, com embasamento científico, e que realmente se reverterão em melhora do tratamento (E.3, E.5)

Nos discursos dos jornalistas, a vinculação entre parto e humanização apareceram, em especial, para discutir a *desumanização.*

Existem áreas que deveriam funcionar, mas não funcionam. Por exemplo, parto humanizado. Tem uma portaria que fala sobre o direito da parturiente de ter, sei lá, a companhia do marido, companheiro.... Mas quem cumpre? Ouvi relatos muito impressionantes. Mulheres que diziam como sonharam passar por este momento e a decepção que se seguiu a tudo. (...) Uma me contou uma história de horrores: quando exigiu que o marido acompanhasse o parto, além de não permitirem, como represália insinuaram que o bebê iria morrer. Retiraram da moça seus óculos de oito graus de miopia. Não conseguiu ver o filho, ficou sozinha, com pontos de cesárea, tendo que cuidar de um recém-nascido. Outra teve seis filhos, todos sem a presença do marido. Em uma das vezes estava com tuberculose e estava apavorada achando que ia morrer sozinha no quarto. Implorou que o companheiro ficasse junto para ajudar, mas o médico não permitiu. Muitas foram maltratadas no trabalho de parto, por causa de uma

> *cultura de cesariana: queriam o filho em parto normal, mas não foi permitido. Difícil acreditar que as crianças tenham hora e dia marcado para nascer, não é? É uma enorme desumanização em relação aos bebezinhos, à mãe, à família. Uma grávida peregrinou por três maternidades, não achou vaga. Quando conseguiu atendimento, o bebê havia morrido por falta de oxigenação. Foi triste, porque tinha lutado para engravidar. Hoje a situação parece ter mudado um pouco, com programas como o Mãe Paulistana, focado na humanização (E.2, E.3, E.4, E.7, E. 9)*

Tais opiniões vêm ao encontro do que contam PELLEGRINO E THOMASMA (1988): “quase semanalmente algum colunista da imprensa expõe detalhadamente e com paixão a ‘insensibilidade para com os desejos dos pacientes’ ou percebem a forma maléfica com que os médicos tratam os pacientes”. Citam como exemplo um artigo escrito pela jornalista norte-americana Gloria Chaines, do *Chicago Tribune*, afirmando que “eles (os médicos) nos colocam como se estivéssemos de fora do processo de atendimento médico. Sua arrogância é injustificável, sua falta de sensibilidade é insuportável e eu não gosto nada disso”.

A respeito do atendimento em saúde mental, destacaram:

> *É na área psiquiátrica que a humanização se demonstra mais forte e marcante, depois de todo o processo de desospitalização. Ainda que existam ainda hoje pacientes confinados, há bons exemplos, como as residências terapêuticas, não apenas focadas na patologia, mas na reinserção do indivíduo na sociedade. (E.2, E.8)*

5.1.1 Direitos, como ser humano

A defesa dos direitos dos cidadãos marcou a tônica das falas de sujeitos de pesquisa, concordando com o que diz DALLARI (1998), em texto sobre direitos humanos e Bioética, para quem existem razões objetivas para se acreditar que a história da humanidade está caminhando para melhor. “O que reforça essa crença é a constatação de que vem aumentando incessantemente o número dos que já tomaram consciência de que, para superar resistências, cada um deverá ser um defensor ativo de seus próprios direitos humanos”.

> *A humanização passa pelo respeito ao paciente como um indivíduo, e pressupõe atitudes básicas, como chamá-lo pelo nome. Está na lei. É pejorativo referir-se a uma gestante ou à mãe de paciente pediátrico como “mãezinha”: É mais fácil perguntar o nome dela, já que é lógico que não dá para lembrar o de todos. Atitudes humanizadoras significam ainda compartilhar informações de maneira que o paciente possa entender, é designar alguém a quem ele possa perguntar... e, fundamentalmente, a não se referir a ele como se fosse um idiota. “A senhora está muito ansiosa, oh, veja se melhora heim?”; ou “o senhor vai fazer um esforçozinho para levantar, tá?”; “deixe eu ver aí sua agulhinha”. Há capacitações ao pessoal da Saúde, para que, por exemplo, se identifiquem ao entrar. Faria toda a diferença. (E.4, E.12, E.13)*

5.2 DIGNIDADE HUMANA

As reflexões filosóficas sobre o conceito de dignidade têm entre seus grandes pensadores Immanuel Kant: interpretado por SANTOS (2001), Kant diz que o caracteriza o ser humano e o faz dotado de dignidade especial é que ele nunca pode ser meio para os outros, mas fim em si mesmo. Em um de seus pensamentos mais conhecidos, Kant determina, então: “age de tal modo que trates a humanidade, tanto na sua pessoa como na do outro, sempre e ao mesmo tempo, como um fim e nunca simplesmente como um meio”.

Segundo BARCHIFONTAINE (2004), o conceito de dignidade é evolutivo e dinâmico, tendo sido “alargado” a grupos diferenciados. Em relação à Declaração dos Direitos Humanos de 1948, o autor explica que esse “alargamento” de dignidade leva a uma associação a outros princípios inseridos na declaração, como o da **não-discriminação**; o direito **à vida;** a **proibição de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes** entre outros. A desumanização enquanto discriminação foi lembrada por boa parte dos jornalistas pesquisados.

> *Exemplo de indignidade aconteceu quando um morador de rua procurou atendimento, mas morreu na porta do hospital. A secretária da Saúde de São Paulo falou algo que ficou célebre: “morreu aonde vivia” (...) Já relatei situações de transexuais que chegam para ser atendidos, mas são destratados por todos desde a recepção, inclusive médicos. Mulheres em situação de aborto, mesmo aquelas vindas por intervenção judicial, sendo maltratadas pela equipe, deixadas sangrando. Médicos e enfermeiros não estão lá para julgar e, sim,*

> *para cuidar (...). Cobrimos o caso de uma "senhorinha" de 60 e poucos anos que deslocou o ombro em uma queda quando foi tomar vacina contra a gripe. Ficou meses perambulando atrás de atendimento, que só foi dado quando nosso jornal revelou sua situação na capa e a Prefeitura e o Estado resolveram se mexer. A partir de então o atendimento passou a ser humanizadíssimo: em uma semana a velhinha estava curada (...). Sou jornalista, mas me dói quando, em virtude de uma matéria, o médico vai entrando na enfermaria e expondo pacientes a mim e ao fotógrafo, sem pedir permissão. (E.1,E.7, E.9, E.11)*

Além destes princípios, BARCHIFONTAINE (2004) destaca que a abordagem atual da dignidade humana se faz, sobretudo, pela negativa, pela negação da banalidade do mal: é por se estar confrontado com situações de indignidade ou de ausência de respeito que se tem indício de tipos de comportamento que exigem respeito.

Segundo o autor, "nesse sentido, ela (a dignidade) é fundamental na definição dos direitos humanos". E completa: já que a dignidade se relaciona com o respeito, as desigualdades sociais e econômicas nas sociedades modernas fazem com que uma parte destas sociedades não se possa respeitar a si mesma.

> *Humanização é propiciar um tratamento humano com cidadania e dignidade ao paciente e/ou a pessoa que procura preventivamente um serviço. Informo ao leitor que tem o direito a um atendimento digno desde a porta de uma unidade de saúde até a saída. Com diagnóstico, tratamento encaminhado, medicamento disponível. Infelizmente em São Paulo isso caminha a passos muito lentos. (E. 13, 15)*

5.2.1 Estrutura para o atendimento

BEAUCHAMP E CHILDRESS (2002), focalizando o princípio de **não-maleficência** nas práticas de saúde, reconhecem que “muitas vezes é difícil delimitar a linha entre a assistência que é inferior ou que excede aquilo que é devido. (...) Ainda resta, contudo, a importante questão de se saber até onde têm de ir os médicos, os empregadores e os outros para evitar ou reduzir os riscos e, assim, satisfazer os critérios de devida assistência”.

Em seu artigo *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*, ao mencionar as “práticas produtoras de desumanização dos cuidados”, DESLANDES (2006) inclui o ato de “tomar as pessoas como recipientes de cuidados subpadronizados”, que denuncia a possibilidade de “que se dispense a determinada pessoa ou grupo – seja por indiferença, discriminação ou negligência – um cuidado inferior, de menor qualidade quanto ao conhecimento ou tecnologia disponível para cuidar de determinado agravo de saúde. No país uma das queixas mais freqüentes da população em geral (ou específica, como nossos sujeitos de pesquisa) ocorre em relação à falta de estrutura para atendimento, em especial, na rede pública. Como pode ser observado nas opiniões a seguir:

> *Fizemos uma matéria sobre portadores de doenças raras no Brasil, como Doença de Fabrini, Síndrome de Williams... O problema começa pelo fato de eles, em geral, serem absolutamente ignorados pelo sistema de saúde. Mencionamos a história de uma família que passou mais de vinte anos*

buscando tratamento, até o momento em que alguém simplesmente olhou para ela, parou para ouvir e tentar, de alguma forma, resolver. (E.12)

A verdadeira indignidade acontece quando é necessário chamar a polícia para o atendimento. Quando é o segurança que faz triagem, e decide: quem está chorando, desmaiando, entra. Quem parece bem, não entra. O segurança está lá para zelar pelo patrimônio, é a função dele, não é ficar na porta, como uma barreira! Quando um hospital ou UBS não têm um ginecologista e obstetra durante as 24 horas do dia, ou, no mínimo, no horário comercial. Quando não se sabe explicar o porquê de a fila estar enorme, e de não existir alguém para acolher àquela pessoa e sua família. Durante uma reportagem em hospital, deparei com uma moça que estava com peritonite, urrando de dor, mas ninguém chegou perto para perguntar, pelo menos, se podia ajudar. Já vi pacientes sendo atendidos, por exemplo, no domingo, no meio do corredor. No meio da visita, apareceram religiosos evangélicos para distrair os doentes, com violão e tudo. Só que, ao mesmo tempo, estava lá um médico, tentando fazer ausculta em pacientes graves. Uma bagunça, uma desumanidade. (E.1, E.2, E,13, E.14, E.15)

A humanização passa pelo conforto ao acessar um serviço. Às vezes são pessoas de 70, 80 anos que mal conseguem andar, e não recebem a atenção de uma enfermeira a lhes dizer, "tudo bem, não tem leito, mas vamos ver como o senhor está". (...). É uma indignidade que pacientes, pessoas tão fragilizadas, enfrentem longas filas, demorem um tempão para marcar exames e, enquanto isso, sua doença vai progredindo. É ser largado no corredor – e não receber atendimento naquele corredor. Todos sabem que atendimento em PS público acontece nas macas. O problema não são as macas, é a disposição delas, a falta de ventilação, de informação a sujeira do ambiente, como acontece no maior hospital público da América Latina. E não é só lá drama: em uma Santa Casa de Belém do Pará, referência para partos, as condições de higiene e estruturais são super precárias. Mães e bebês dividem espaço com ratos e baratas. Há superlotação, mulheres dividindo leitos, funcionários sem paciência.

Médicos perdidos e exaustos que nem te olham, perguntam o seu nome ou dedicam meia hora de atenção a você, coisa que seria o básico, mas que é vista como luxo. Em alguns locais, os médicos fazem aquela consulta que, coitados, conseguem fazer em cinco minutos, e já vão dando receita. Mas se é o sistema que está errado, o profissional tem a opção de ficar ou não ficar. (E.1,E.2, E.4 E.6, E.8, E.10, E.11, E.12, E.15)

Como jornal popular, faz parte de nosso dia a dia acompanhar o serviço público de saúde. O poder público não atende o que se espera dele. O atendimento é uma vergonha: ou falta médico, ou o hospital está fechado ou desativado. Quando você procura outro, fila de cinco horas. Nunca chega a um especialista e, se conseguir, não conta com um tempo digno de consulta, depois de ter esperado seis meses por ela. Tem gente que morre, não é? Em postos de saúde, a pessoa vai para marcar uma consulta em atenção básica e tem que ir embora, porque o dia de marcação já passou. "Você tem que vir no mês que vem para agendar para daqui a dois meses". E não tem argumento "abro a agenda em tal dia do mês". É um absurdo. (E.9, E.12, E.15)

5.3 BEM-ESTAR

Em seu livro *For the Patient's Good*, PELLEGRINO e THOMASMA (1988) avaliam que há duas teorias dominantes no campo da ética médica contemporânea. A primeira, que surgiu como conseqüência do iluminismo, valoriza a liberdade e a autonomia do indivíduo. A segunda enfatiza a utilidade social acima da autonomia individual, tendo sua ascendência durante a revolução industrial. "Aplicada à relação médico/paciente a primeira teoria indica ao médico a obrigação de respeitar a autodeterminação do paciente. A

segunda exige que o médico atue para maximizar os benefícios e bem do paciente, ainda que isso demande agir sem o consentimento daquela pessoa".

Os autores afirmam que existe uma "terceira teoria, mais antiga, formulada a partir de ensinamentos de Sócrates, Platão e Aristóteles, revisada pelos estóicos romanos (*estoicismo, Sistema filosófico, que aconselha a indiferença e o desprezo pelos males físicos e morais*) e modificada por São Tomás de Aquino, baseada em Beneficência", que é agir para o bem do paciente.

Segundo os autores, "O fim imediato da medicina não é simplesmente um desempenho tecnicamente proeficiente, mas a forma com que esse desempenho é empregado para alcançar o resultado esperado, o bem do paciente, o bem de uma pessoa humana que ainda quer traçar seu plano de vida, o bem de uma pessoa com destino espiritual, se essa for sua crença".

Essa visão de "bem", "bem-estar" e "beneficência" direcionada ao paciente, com atitudes que vão além do simples tratamento correto, é o que almejam alguns participantes desse trabalho.

> *A Humanização é um processo cuja finalidade é proporcionar bem-estar a todos os atores da saúde, aos pacientes, familiares, trabalhadores... Ainda que seja um doente terminal, sem chance, não precisa sofrer desnecessariamente. Se os doentes se sentem confortáveis e cuidados, isto contribui para a evolução positiva da doença e pode fazer com que sejam, inclusive, diminuídos os gastos públicos. Por que o médico, às vezes, se recusa que seu paciente esteja acompanhado de alguém de sua família, em enfermaria? Por que só pacientes com mais de 65 anos podem ter acompanhante? Há outras pessoas com debilidade até maior, com mais medo, e que são obrigadas a ficar sozinhas. Por que o profissional de saúde não chega naquele velhinho que está ali, sozinho,*

esperando para passar pela quimioterapia, não demonstra interesse, conta uma piada, fala de futebol? (E.3, E.8, E.10)

BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) concordam com a idéia de que pacientes esperam condutas que proporcionem o bem-estar, que vão muito além do ato médico. Os autores consideram que proporcionar o bem-estar a doentes não é atitude exclusiva dos médicos, cabendo à sociedade como um todo.

> A ação beneficente é classificada por BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) como aquela "realizada em benefício dos outros" (...) "as obrigações de conceber benefícios, de prevenir e reparar danos e de pesar e ponderar os possíveis benefícios contra os custos e os possíveis danos causados por uma ação são centrais na ética biomédica.

Ações em voluntariado e as promovidas pelas instituições de saúde para este fim foram mencionadas pelos entrevistados.

Os Doutores da Alegria talvez sejam nosso maior exemplo de humanização, na tentativa de tornar as internações mais doces. Há muitas coisas semelhantes, atividades artísticas para pacientes pediátricos, com câncer. Você não pode ir lá e simplesmente submetê-los a um tratamento pesado de quimioterapia, tem que fornecer acompanhamento psicológico, trazer a família para dentro do hospital, transformar aquele ambiente em algo bacana para que a criança se recupere melhor. E nisso, até grupos de voluntários podem ajudar. Chamam-me a atenção situações muito específicas dentro de UTIs pediátricas que permitem a presença da mãe por 24 horas, propiciando uma tranqüilidade enorme às crianças. Há outras atitudes interessantes para dar bem-estar, como UTIs com janela, brinquedoteca, projetos de música... Muitos serviços estão implantando a pet-terapia, o que é uma coisa interessante, mas é preciso ver qual é a

> *intenção disso: é verdade que os jornais adoram tudo o que tem cachorro. Aliás, tudo isso é bom, mas creio que a humanização vá muito além. (E.1, E.6, E.8, E.12, E.13)*

Já o enfoque de PELLEGRINO e THOMASMA, em geral, direciona-se aos profissionais de saúde, dos quais esperam a virtude da Beneficência e/ou da Benevolência desprovidas de interesses sociais.

> Queremos argumentar que a Beneficência em transações médicas deve incluir algum grau de doação e que os médicos deixem de lado alguns de seus interesses próprios em prol dos doentes. (...) O que a doença faz à pessoa doente, a quebra de vínculos e certezas, exige do médico um grau de beneficência que vai além da não-maleficência passiva. Ela inclui, em nosso ponto de vista, alguma obrigação de atuar no interesse do paciente, ainda que isso custe seu próprio conforto, poder e prestígio.

Esse profissional que atua bem além de suas obrigações profissionais, é a tradução de “humanização” conforme opinou o participante abaixo.

> *Fiz uma matéria sobre um serviço do Estado, em Mogi das Cruzes, que conta uma UTI destinada a pacientes pediátricos, antes dispersos na rede, junto de pacientes agudos e crônicos. Como jamais vão sair dali, foi montada uma estrutura como se fosse uma residência, com possibilidade de acolher os parentes que vão visitá-los nos finais de semana. Claro que tem camas de hospital e aqueles equipamentos todos, mas há um grande aquário para distrair as crianças. Também existem casos no HC: contamos a história de Paulo e Eliana, já adultos, que tiveram pólio quando pequenos e que não iam mais sair do hospital, porque suas famílias não tinham condições de cuidá-los; seus quartos tinham geladeira, microondas, videogame, laptop – pois o Paulo se interessa por informática. A Eliana, tetraplégica, prefere escrever e pintar com a boca e tem tudo o que precisa. Já aconteceu de eles saírem para passear com*

a equipe médica, ligados a um respirador, com todo o aparato. Isso é humanização". (E.2)

5.4 PROFISSIONAL VIRTUOSO

PELLEGRINO E THOMASMA (1996) lembram que, apesar de noções diferenciadas de ética, vários filósofos, como Platão, Aristóteles, Santo Agostinho e Confúcio, dentre outros, demonstraram convicções de que "é da natureza humana buscar o que é bom, a felicidade e ter uma vida baseada em bons princípios morais". Ser uma boa pessoa (ou uma pessoa *virtuosa)* e viver uma boa vida, enfim, são "aspirações dos seres humanos".

Uma pessoa virtuosa, enfim, é alguém em quem os outros podem confiar, e que costuma ser corajosa, honesta, e modesta. Ele ou ela permanece em busca da perfeição, tanto na vida pessoal quanto na profissional, e é alguém que vai atuar bem, ainda que não existam pessoas para aplaudir, simplesmente porque, de forma contrária, violariam o que é ser um "um bom ser humano". Esta avaliação sobre uma pessoa virtuosa, realizada por PELLEGRINO E THOMASMA (1988), é a mesma que os autores esperam de "um médico virtuoso?".

Ao responder à sua própria pergunta os autores afirmam que, com certeza, um médico virtuoso deve ser uma "pessoa virtuosa". Um profissional virtuoso empenha-se para cumprir seu trabalho com excelência e esforça-se para fazê-lo da melhor maneira possível. Citando Aristóteles, PELLEGRINO e

THOMASMA (1996) explicam “A virtude de um homem também será o estado de caráter que o faz um bom homem, e que o leva a fazer seu trabalho bem-feito”.

Para PELLEGRINO E THOMASMA (1988), os conceitos de “Beneficência” e de “Profissional Virtuoso” estão **sempre vinculados** pois o primeiro é um requisito primordial ao segundo. Desta forma, os autores desenvolveram *uma lista de virtudes próprias** de um ato médico, quer dizer, “excelências de caráter exigidas para o exercício da medicina, em particular, e às profissões em saúde, em geral”. Lembrando que as virtudes *não são caracterizadas* em termos de resultados.

*Essa lista, que agrega noções de “virtudes” publicadas em livros de Pellegrino e Thomasma como *For the Patients Good* (1988); *La Medicina Por Vocación* (1995) e *The Christian Virtues in Medical Practice* (1996), foi publicada da forma com que está sendo apresentada no artigo *Toward a virtue-based normative ethics for the health professions*, de Edmund D. Pellegrino, no *Kennedy Institute of Ethics Journal* (1995 Sep;5(3):253-77).

São elas: **Fidelidade à Promessa** (atender àquilo que garantiu ao paciente, a partir de sua confiança estabelecida pelo vínculo médico/paciente); **Benevolência** (procurar o bem integral do paciente); **Abnegação** (os interesses pessoais do profissional, como o lucro, o prestígio, o poder, devem se subordinar "ao fim próprio da medicina", que é o bem do paciente); **Compaixão** (é "o que conserva a empatia e a disposição habitual para compreender a singularidade daquele paciente e compreender sua situação"); **Humildade intelectual** (para reconhecer os limites de seus conhecimentos e admitir sua ignorância, quando não sabe); **Justiça** (é preciso que o profissional se ajuste às necessidades específicas de cada paciente, inclusive, quando estas necessidades particulares possam se exceder naquilo que é devido ao paciente, em um sentido estrito); **Prudência** (devem-se avaliar todas as possibilidades. A prudência não garante que a decisão seja a mais correta, porém, que seja a mais razoável e ponderada para chegar-se aos resultados mais eficazes).

Nas opiniões abaixo se pode depreender que os jornalistas concordam com PELLEGRINO e THOMASMA, no sentido de pretenderem (e avaliarem que a população em geral também pretenda) que um médico seja *prudente, justo* e *fiel à promessa*, além de *abnegado*, empenhando-se para superar falhas estruturais das instituições.

> *Não conheço bem o conceito de humanização, mas acho que o cerne da questão é a relação médico/paciente. Do ponto de vista do paciente, um bom médico é aquele que vai examinar, pedir exames e resolver seu problema: é ter*

um doutorzinho que esteja lá para passar uma receitinha e curar. Nesse contexto, então, a figura principal é o médico. Minha visão sobre um atendimento adequado (não sei se humanizado), é que quem vai procurar atendimento tenha o direito de contar com um especialista na área, que lhe dê a atenção necessária. Você pode até estar em um hospital com estrutura precária, mas se contar com profissionais atentos a questão da humanização, envolvidos com o que estão fazendo, o problema será menor. (E.2; E.9; E.10, E.14)

O bom profissional deve ser atento a detalhes e saber relacioná-los ao quadro clínico do paciente. É um profissional que olha para você, pergunta o seu nome, sua história, a forma com que você se relaciona com a sua família, dedica pelo menos meia hora de atenção, o que seria o básico, mas, infelizmente, muita gente vê como luxo. Precisa saber ouvir o paciente, além de examinar... Não sei tem treinamento para isso, creio que seja muito da personalidade dele. Fazer-se disponível, criar um vínculo, de tal forma que o paciente venha a aderir ao tratamento. Pessoas já me contaram que seu médico se importou a ponto de ligar para a casa delas, para saber como foi a sua evolução! Às vezes, um atendimento de dez minutos consegue ser adequado, se o profissional conseguir ser objetivo suficiente, fazendo um bom exame clínico e explicar para pessoa o porquê de estar pedindo certo exame e prescrevendo certo medicamento. (E.2, E.6, E.7, E. 8, E.10. E.15)

Fizemos uma matéria no Instituto da Criança, do HC, e eu fiquei encantada com a forma com que os médicos e as enfermeiras lidam com prematuros minúsculos, tentando evitar a dor, para que não existam repercussões no futuro, até mesmo, no aprendizado. Era permitido às mães que ficassem mais tempo na UTI, o que é algo bastante humanizador. O médico e outros profissionais devem estar atentos a outras questões, como se o acompanhante tem dinheiro para pagar sua alimentação, se há condições para dormir... Tem gente que não agüenta mais! Por que o médico, o enfermeiro, não podem

contatar a assistência social para solicitar um almoço gratuito, uma cama de montar? (E.6, E.8)

Tem muitas coisas a serem resolvidas como o estresse que essas pessoas (os profissionais da saúde) vivem. Porque eles levam as pessoas a passarem uma borracha em tudo, acabando com seu senso de humanidade. O médico precisa ter um suporte emocional e psicológico para enfrentar situações difíceis, acho que hoje se tem uma visão muito limitada sobre tudo isso... (E.12, E.13)

Além disso, os participantes destacam as virtudes da *benevolência*, *compaixão* e *humildade intelectual* – em relação à última, quando se menciona que os "pacientes estão bem informados e os médicos devem aprender a discutir situações clínicas com eles"; a necessidade de "enxergar o paciente como igual"; e de "explicar com paciência as minúcias do tratamento recomendado.

Humano é um médico que enxerga o paciente como igual. Não é aquela coisa de dizer: "Eu sou o médico, 'o senhor', o paciente está lá embaixo": a relação deve ser linear, de igual para igual: hoje, especialmente na rede privada, o paciente já chega para falar com o médico com informações que ele já viu na internet, não está totalmente cru, ou vai aceitando suas ordens. A humanização corresponde a uma abordagem mais próxima, menos distante, da relação entre o médico e o paciente, numa perspectiva de que o paciente deve ter cuidados que vão além do quadro clínico específico. Para isso, o médico precisa enxergar o paciente, ser treinado para olhar o outro lado, compreender a dor do outro... Uma vez o Dr. Adib Jatene que me disse que o doente, seja da classe social que for, é uma pessoa muito frágil. Pode ser até o chefe de algum lugar. É isso que levo em conta na hora que penso em humanização: o médico saber

que o doente está num estado muito vulnerável e pense nisso na hora de lidar com ele. (E.3, E.4, E.8)

O princípio da humanização é conseguir um diálogo acessível entre médico e paciente. É a base. Então, explico ao meu leitor que ele deve esperar do médico uma explicação detalhada sobre sua doença e tratamento, se necessário, duas, três vezes, e numa linguagem que seja acessível, sem termos científicos, pois não temos a obrigação de entender tudo aquilo! Um atendimento problemático acontece quando o paciente não é cuidadosamente orientado sobre diagnóstico, alternativas de tratamento. Para fazer com que você se sinta seguro, o médico precisa ter paciência, alma, não pode responder de uma maneira estúpida a uma pergunta que você fez, ficar trabalhando feito uma máquina e te enxotar, quando a consulta acaba. Às vezes, o paciente fica muito perdido com tantos detalhes, mas nem pergunta, pois fica com vergonha: acha que o médico é o supra-sumo, que não pode ser questionado. Quando é informada, a pessoa não vai deixar de estar doente, mas se capacita a enfrentar a doença de forma diferente. Sei disso como paciente: quando me é explicado o que eu tenho, o porquê de estarem me dando aquele remédio, fico mais tranqüila, consigo aderir melhor ao tratamento. (E.4; E.5; E.14).

PELLEGRINO e THOMASMA (1988) consideram que, ainda que cultivem as habilidades técnicas necessárias, os profissionais podem estar exercendo a medicina por motivos outros que não o bem do paciente, como seu próprio orgulho, lucro, prestígio e poder. “Estes não podem ser considerados profissionais virtuosos, como seriam aqueles que estariam dispostos a agir contra o seu próprio interesse para o bem do paciente”, ressaltam.

> Muitos médicos hoje diriam que algum grau de beneficência profissional é questionável – ou mesmo repreensível. Querem assegurar seus direitos à

> recreação, à vida em família, à atividade social, ao afastamento do trabalho, à liberdade para tratar somente aqueles que lhe pagam, à greve, ou o de atuar como investidores nas empresas em que trabalham. (PELLEGRINO e THOMASMA, 1988)

Essas podem não ser abertamente práticas antiéticas, dizem os autores, mas “estão frequentemente à margem moral, enquanto a auto-doação ditaria alguns limites aos interesses dos médicos”. Da mesma forma que vários sujeitos de pesquisa centram sua visão de “tratamento humanizado” na figura de um médico, relacionam o que é “tratamento desumanizado” à figura deste profissional.

> *Um atendimento desumanizado é aquele em que o médico nem olha para o paciente, nem o toca, nem conversa, não quer saber exatamente o que ele tem, nem se importa, não ouve suas queixas, não o deixa falar. Escutamos histórias de médicos que mal fazem uma anamnese e concluem as consultas em dois minutos. Pedem um montão de exames porque aí fica fácil, não ficam comprometidos com nada: preocupam-se só com aquela consulta, não com o “pacote”. Um atendimento desumanizado é um cara te atender em cinco minutos, no máximo dez, porque há 35 pessoas lá na sala de espera, o que favorecem diagnósticos furados. Vale lembrar que um tratamento desumanizado pode nem ser ruim, mas apenas frio: a pessoa conta os segundos para sair daquele consultório, e nunca mais procurará o médico. Um tratamento adequado tem que passar por um contato, uma relação de preocupação, não estritamente com o quadro clínico. (E.3, E,4, E.5, E.11, E.12, E.13)*

5.5 ACOLHIMENTO

O acolhimento é considerado como uma das diretrizes de maior relevância Ética, Estética e política da PNH (2008). *Ética*, no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na sua atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; *estética,* porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver, e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; *política*, porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste "estar com", potencializando os protagonismos e vida nos diferentes encontros.

Segundo o documento, "o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, "uma atitude de inclusão", sendo considerado como uma das "diretrizes de maior relevância da PNH".

O ato de "acolher", no sentido de trazer conforto, tranqüilidade, e bem-estar ao paciente, pode ser analisado com base nas três obrigações específicas de um médico beneficente, (ou um profissional de saúde beneficente) apontadas por PELLEGRINO e THOMASMA (1988). "Em primeiro lugar os problemas do paciente e suas necessidades devem constituir-se na **principal preocupação do médico**, tendo precedência, exceto em raras circunstâncias, sobre outras preocupações" – inclusive o respeito à autonomia do paciente. Mesmo porque

os conceitos de autonomia e paternalismo, para os autores, devem ser substituídos pela obrigação de agir de forma beneficente.

Em segundo lugar, uma ação beneficente do profissional de saúde exige que **o mal seja evitado**, porque, se causar danos ao paciente, não estará cumprindo a promessa de ajudar. Em terceiro lugar, o médico deve reconhecer a **primazia da condição existencial** do paciente, mesmo acima do que regem os tradicionais códigos profissionais. Vários dos entrevistados atentaram-se a esse conceito.

> *Humanização, pelo que eu entendo e conheço, tem como primeiro passo o acolhimento. Ter funcionários que escutem, que saibam dirimir as dúvidas, que tranqüilizem o paciente e evitam que fique nervoso e estressado. É encaminhar a pessoa ao local correto, empenhar-se para fazer com que se sinta melhor, pela simples noção de que aquela pessoa ali está fragilizada, com medo. Exemplo: em um hospital da Zona Leste havia uma senhora, profissional da saúde, que atuava no local fazia tempo e que ficava na porta da emergência, tentando organizar minimamente o fluxo. Esta tarefa não envolve apenas a equipe de saúde: começa pela recepção do hospital, os seguranças... Há o programa Jovens Acolhedores com estudantes, implantado pelo Estado que também é uma ótima medida: o paciente está lá tão sofrido, mas consegue se sentir amparado quando existe alguém para acolhe-lo, orientá-lo, dizer para onde deve ir. Coisas como "olha, o senhor é aqui, nesta fila, neste guichê"; ou "este remédio tem aqui no serviço, este outro, não". (E.1, E.15)*

5.5.1 Atendimento holístico

A palavra “holismo” foi utilizada pela primeira vez em 1928 no livro *Holism and Evolution* escrito por SMUTS, conforme relata PIETRONI, 1988. Holismo neste livro representa os preceitos filosóficos que consideram os sistemas como um todo, e não as suas partes, e demonstram a importância de se estudar a maneira como as partes se relacionam (PIETRONI, 1988). Como informa Minayo (1988) o termo holístico que vem do grego "holos", significa totalizante. Refere-se à compreensão da realidade como totalidades integradas que nem do ponto de vista analítico pode ser reduzida a unidades menores.

A necessidade do chamado **Atendimento Holístico (ou integral)** foi mencionada por boa parte dos entrevistados de forma direta ou indireta, como, por exemplo, pelo entendimento de que o paciente “precisa ser visto como um todo, não como um órgão”, ou “o atendimento não se resume apenas ao aspecto clínico e, sim, demanda de atenção a outras áreas da vida do doente. Tais pontos de vista concordam com uma das características de “desumanização” no atendimento em saúde, à qual DESLANDES (2006) chamou de “ver a pessoa como problema”, algo que denota a “perseverante prática em saúde de reduzir a pessoa doente à sua patologia”.

> *A verdade é que boa parte dos serviços pensa na pessoa como um número, mais um no SUS, que vai passar por um atendimento em série, não é? Isso não é desumanização no sentido de atentado aos direitos individuais, é desumanização pela atitude de considerar o indivíduo apenas como um*

portador de uma síndrome, de uma doença em um órgão específico, sem olhar para ele como um todo. É enxergá-lo em partes, e não como um ser humano. O cara chega lá com uma dor de cabeça, é visto como se fosse apenas uma cabeça. O paciente não é um órgão defeituoso, é um sistema que, por algum motivo, está apresentando um problema! Humanizar, então, é focar o indivíduo em suas necessidades, anseios e particularidades, que vão além de uma única especialidade médica e/ou de uma doença específica. Demanda que os profissionais de saúde tenham um olhar diferenciado: medicina humanizada deveria ser sinônimo de cuidado especial. (E.1, E.2, E.3, E.5, E.6, E.7, E.9, E.10)

Nas últimas décadas, a medicina centrou-se muito na descoberta de novos medicamentos e perdeu-se um pouco a visão de um paciente como um ser completo. O resultado desta super-especialização é que você pode ter um neurologista fantástico, mas que não consegue clinicar além de sua especialidade... Veja: um tratamento desumanizado não é necessariamente é um tratamento ruim, como seria se fosse negligente, imprudente: aliás, do ponto de vista clínico, o atendimento pode ser perfeito, mas no humano, deixar muito a desejar. Sempre que tenho problemas, procuro um homeopata com quem criei um laço muito forte e quem, enfim, eu consigo chamar de "meu médico", o médico da minha família, para quem acabo telefonando quando estou absolutamente enrolada. (E.2; E.3, E.6, E.8)

Vou dar um exemplo real sobre como os médicos podem ver o paciente como se fosse algo segmentado: uma vez entrevistei cirurgiões transplantadores logo depois de uma cirurgia meio longa, intervivos, de parte do fígado. Ao vê-los, perguntei quem era o paciente, ao que responderam: "uma criança". Questionei se era um menino ou uma menina, mas ambos não souberam dizer (E.11).

A humanização perpassa muito ao simples atendimento: vai da relação médico/paciente, até a questão de se criarem ambientes que permitam a troca de saberes e de emoções. Quando você humaniza, individualiza o tratamento e

> *atende todas as questões humanas que compreendem não só o atendimento em si, mas uma série de circunstancias que acontecem quando você adoece. Incluem-se o medo, a angústia, e, até, como gerenciar o orçamento em função da doença. Humanizar é procurar saber se a pessoa tem recursos para chegar à fisioterapia prescrita, interar-se da forma com que vai lidar com a ausência no trabalho, permitindo a manutenção de seu sustento. (E.3, E. 8, E.10, E.12, E.13).*

Por fim, a necessidade de atendimento integral ou holístico apontada por vários pesquisados vem ao encontro da opinião de PESSINI (2002), quando diz que “num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual. Para além da difícil resposta à questão do ‘porquê’ da dor/sofrimento, campo das filosofias e religiões, o cuidado solidário, que alia competência técnico-científica e humana, em meio à dor e sofrimento do outro é uma chance preciosa para nos deixarmos tocar em nossa sensibilidade e nos humanizarmos no processo”.

5.6 AMBIÊNCIA

A PNH (2004) tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Ambiência na saúde compreende, segundo o MS (2004), o espaço físico, social,

profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Tal compreensão de ambiência como diretriz da PNH é norteada por ações que propiciem confortabilidade; facilitem o processo de trabalho e criem espaço de encontros entre os sujeitos.

Como “confortabilidade” a PNH deixa clara a importância de se conceberem ambiências confortáveis e acolhedoras, de modo a favorecerem a privacidade e a individualidade dos usuários do serviço e trabalhadores que usam o espaço, valorizando a utilização de componentes do ambiente que interagem com as pessoas, em especial, a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas mais diferentes formas de expressão.

Como “espaço para facilitar o processo de trabalho”, avalia que a ambiência isoladamente não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma ferramenta que contribua para mudanças positivas. Como “espaço de encontros entre os sujeitos”**,** atua como um dispositivo de transformação, que propicie a criação de espaços coletivos (oficinas, rodas) para discussão.

Alguns sujeitos de pesquisa destacaram a Ambiência como essência da humanização dos serviços da saúde:

> *A questão da ambiência ajudou bastante em alguns hospitais particulares que eu fui visitar. Eles usam conceitos de hotelaria e tal, que podem até parecer futilidade, mas ajudam quando você está doente. Alguns hospitais se esforçam para tornar os ambientes menos frios e agressivos. Para isso, promovem até mudanças em sua arquitetura, na organização dos quartos... Um bom exemplo é o hospital do Tucca, na Zona Leste, destinado a crianças com câncer e cuja*

> *reforma foi financiada pela iniciativa privada: é totalmente adaptado em termos de cores, de bichinhos nas paredes... Enfim, é um ambiente bem alegre, com motivos da Arca de Noé. Há atividades também para as mães que precisam ficar esperando pelos filhos que estão fazendo quimioterapia, como culinária, corte e costura. (E.1; E.4)*

Vários voluntários, porém, avaliam iniciativas nesse sentido como mais uma "forma de se obter clientela", adotando termos como "ambiência como fachada", ou mesmo, "pseudo-humanização". Os resultados finais desta inversão de valores (melhoria da ambiência com finalidade de lucro) podem em última instância, causar dano ao paciente ou atendido, ainda que muitas instituições e/ou profissionais não enxerguem isso com clareza.

De acordo com BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) as obrigações de não-maleficência envolvem não prejudicar e não impor riscos. Uma pessoa pode prejudicar outra ou expô-la a um risco sem intenção maldosa. Porém, salientam, o modelo de "devida assistência" só pode ser satisfeito se as metas perseguidas justificarem os riscos que tenham de ser expostos para alcançá-las.

> *Nós, jornalistas, temos até um pouco de resistência quando chega alguém com aquela de "eu tenho um projeto em humanização". É o cúmulo: uma secretária da Saúde de São Paulo chamava de "humanização" a colocação de carrinhos de chá em serviços públicos. Em primeiro, isso não é humanização. Em segundo, a idéia é risível perto de todos os problemas que se tinha, envolvendo infra-estrutura, e em organização da rede. Eu mesma fico com a "pulga atrás da orelha" quando alguém tenta "vender" alguma coisa muito específica em relação à aparência do hospital, à hotelaria, porque pode ser uma maneira de*

disfarçar as falhas sérias, de tapar o sol com a peneira. Aí, existe uma pseudo-humanização: o lugar tem televisão, está bonitinho, tem enfermeiras simpáticas, certa hotelaria... mas será que conta com estrutura adequada para atender? Vemos serviços com uma linda fachada e um controle de infecção terrível. (E.1. E.6)

Os hospitais privados, às vezes, investem muito em hotelaria, mas não se interessam de verdade por humanização. O sistema particular tem hoje uma série de deficiências e muito descaso: relatos de valorização da ambiência, em detrimento do atendimento. Isso aparece muito em cirurgia plástica, por exemplo: tem serviços arquitetonicamente maravilhosos, com jardim de inverno, mas que não contam com equipamento de emergência. Sei que é bacana uma brinquedoteca bonitinha, mas a questão é nos provar como tudo isso se traduz em custos e benefícios. (E.1, E.7, E.13)

5.7 ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

De acordo com GRACIA (1998), classicamente a relação clínica é tida como relação médico/paciente. “Hoje, como temos visto, utilizam-se preferencialmente outras denominações, pois se passou a notar que a anterior é pouco precisa, em primeiro lugar, porque o médico não é o único profissional de saúde existente”. Indo nesta direção, figura entre as propostas da PNH (2004) o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, incentivando a transversalidade e a grupalidade, na medida em que ela perpassa as diferentes áreas e grupos de trabalho em saúde.

Conforme opina ROSA (2005), para que se dispense um bom atendimento é necessário o domínio de várias disciplinas, de diferentes áreas do saber, que vão além daquelas catalogadas classicamente como ciências da saúde. “Neste século 21, em plena era do conhecimento, tornou-se um problema ainda maior ter acesso ao máximo de informações (...). Isso é o mínimo necessário para que se assista um ser humano de forma adequada, independentemente do diagnóstico firmado e até mesmo em condições de eutrofia, em que se objetiva a manutenção da saúde e a prevenção de doenças”.

Alguns entrevistados elevaram atendimento multidisciplinar como um dos centrais nas iniciativas de humanização.

> *Eu explicaria a humanização não como um atendimento estanque como o promovido por uma especialidade, mas um atendimento integrado com as diversas especialidades da medicina e multidisciplinar, o que é extremamente benéfico: ficar hospitalizado já é tão difícil e se os profissionais não colaborarem para que o paciente se sinta bem e acolhido, tudo fica pior. Por exemplo: existem pessoas que ficam o dia inteiro passando por hemodiálise. Seria bacana se o ambiente fosse favorável, com os enfermeiros tratando os atendidos como amigos. Sei que eles não têm a menor obrigação de fazer isso. Não se deve perder de vista que o maior contato que o paciente internado tem não é com o médico, é justamente com o enfermeiro, além do fisioterapeuta, assistente social, profissional fundamental para o apoio de famílias que ficam desestruturadas por conta da doença de um de seus entes. Enfim, o cuidado deve ser prestado como em uma engrenagem: todos os atores devem estar envolvidos, incluindo médicos, enfermeiros e até faxineiros. (E.1, E.2, E.3, E.4, E.6, E. 8, E.9, E.10).*

Essa coisa de valorização da equipe multidisciplinar de saúde em humanização às vezes é só uma fachada. Muitas vezes o médico não aceita que a nutricionista venha dar ordens a ele, pois se sente o chefe. Além do mais, por vezes, a relação entre paciente e profissional da saúde parece que funciona como se um achasse que está fazendo um favor, e o outro recebendo. Recentemente, dentro de um hospital, ouvi uma senhora falando "não briga com a enfermeira, porque senão ela vai te tratar mal. Não reclama, porque se reclamar piora tudo". Outra coisa, alguns serviços orientam seu pessoal para ser cortês, mas, por trás, ali está uma equipe despreparada. (E.1, E.3, E.13)

Quando falo sobre humanização vem à minha mente o programa Saúde da Família que conta não com um profissional, mas sim, com uma equipe. Além do tratamento do sintoma, age no contexto social. (E.9)

5.8 AUTONOMIA DO PACIENTE

Em sua visão particular, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) apontam aquilo que consideram "essencial" à Autonomia pessoal, enquanto distinta do autogoverno político: trata-se do "governo pessoal do eu que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada". De acordo com os autores o indivíduo autônomo age livremente segundo um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma com que um governo independente administra seu território e define suas políticas.

No campo da Saúde, BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002) falam mais no princípio do Respeito à Autonomia – que exige as obrigações de não-

intervenção nas decisões das pessoas, pois inclui obrigações para sustentar as capacidades dos outros para escolher autonomamente.

No início deste trabalho, a autora indagava se os jornalistas pesquisados valorizariam a questão do respeito à autonomia, como opinam PELLEGRINO e THOMASMA (1988) que dizem que este é “um dos princípios mais valorizados da ética contemporânea”. Porém, ao contrário, a autonomia do paciente no contexto hospitalar foi pouco valorizada entre os entrevistados. Apenas **um** deles direcionou seu discurso a tal linha, relatando:

> *Fiz uma matéria sobre decisão compartilhada no tratamento, algo que eu achei extremamente avançado e que vinha ao encontro do conceito de Humanização. Achei bárbaro e deduzi que a pessoa quer ter além do básico, que é o conforto, ser bem tratado pelo médico e tal. Quer certa autonomia, poder ser informada sobre seu tratamento e ajudar nas decisões concernentes a ela. Entrevistei pessoas que foram atendidas dessa forma, que se sentiram extremamente bem por haver exercido esse tipo de autonomia. Disseram, por exemplo, “sei que o outro tratamento disponível apresenta resultados mais rápidos, mas tem muitos efeitos colaterais. Como não quero estes efeitos e não me importo muito com a rapidez, optei, junto com meu médico, pelo segundo ”. (E.4)*

5.9 PROCESSOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Projeto-piloto realizado pelo MS na ocasião do lançamento do PNHAH (2001) demonstrou a carência de comunicação e integração entre profissionais dos hospitais. De acordo com tal projeto “a comunicação deficitária diz respeito

ao mundo vivido pelos profissionais em seu dia a dia, aos acontecimentos que poderiam interessá-lo, motivá-lo enquanto sujeitos e agentes de sua prática". Indica então que "o processo de humanização deve cuidar da montagem de espaços comunicativos que permitam a circulação de temas de interesse para os coletivos dos hospitais, favorecendo o laço social e a troca de experiências significativas de cada um no mundo vivido no trabalho".

Os pesquisados neste trabalho não se ativeram muito a este âmbito do processo de comunicação e integração: apenas o entrevistado 13 contou uma história sobre comunicação abrangente em saúde, que envolveu trabalhadores da saúde:

> *No outro dia, soltamos um livro feito em um hospital público infantil, abordando qual era a idéia das crianças sobre sua internação. O livro tinha desenhos, frases, era bárbaro. Então eu perguntei: ele foi dado a todos os funcionários? Não! É incrível: se os funcionários soubessem quais eram as demandas dos pacientes, seus desejos, provavelmente trabalhariam para satisfazê-los (E.13)*

Os demais que mencionaram em seu discurso a comunicação no contexto da humanização em saúde deram preferência ao enfoque da facilitação do entendimento dos pacientes, propiciada por profissionais da saúde. Aquilo que permite aos usuários dos serviços o exercício da autonomia e participação em seus próprios tratamentos. Como diriam BEAUCHAMP e CHILDRESS (2002), as teorias sobre a autonomia têm como essência a *liberdade* (independência de influências controladoras), e a *qualidade de agente* (capacidade de agir intencionalmente).

Os pacientes têm o direito de ter informações sobre sua saúde, seu prontuário, receber as melhores terapias, ter uma fila minimamente organizada. Por isso, é preciso deixar uma pessoa só para tirar dúvidas e diminuir a ansiedade dos pacientes. "Olha, o senhor é padrão vermelho, então vai entrar logo. A senhora é padrão, azul, tem condições de esperar". Um local humanizado é onde a pessoa está segura apesar do momento frágil, pois recebe informações sobre o que tem – e o que irá acontecer com ela. Já a desumanização passa principalmente pela falta de informação, da consciência de que, mesmo que aquele seja um serviço público, está sendo pago e, portanto, de que o paciente tem tantos direitos do que se estivesse em serviço particular. Quando existe boa vontade, seja do governo, seja daquele funcionário da saúde que está ali, há uma grande diferença. O resultado de um atendimento humanizado é segurança e tranqüilidade. (E.1, E.2, E.15)

Outra iniciativa interessante: o Centro de Referência do Idoso, unidade estadual na Zona Leste, tem um programa que orienta ao paciente sobre como tomar corretamente os remédios o que é muito importante, já que os remédios disponibilizados pelo SUS são apresentados em cartelas muito parecidas. Muitas vezes o velhinho mora sozinho, ou a família trabalha fora, e ele pode se confundir, e até se matar. O programa então fornece etiquetinhas, a serem grudadas nas cartelas, com símbolos como o sol (remédio a ser tomado pela manhã), lua (à noite), colherzinhas (na hora das refeições), possibilitando que o paciente idoso tome tudo certinho. (E.13, E.15)

5.10 CUIDADOS PALIATIVOS

A categoria temática de análise "Cuidados Paliativos" foi adicionada ao rol sugerido pela repetição com que apareceu, de maneira espontânea, nas falas dos jornalistas pesquisados. Em verdade, vários deles pareceram não dissociar

tal modalidade de cuidados da prática de atendimentos humanizados, e nem mesmo da Bioética, (sob o enfoque da Beneficência e da Não-Maleficência); de BEAUCHAMP e CHILDRESS, e da Beneficência e da Ética das Virtudes, (da forma com que defendem PELLEGRINO e THOMASMA).

Uma das interpretações de Cuidados Paliativos o classificam-nos como cuidados que “têm um papel fundamental desde o momento do diagnóstico de uma doença incurável” (MCCOUGHLAN, 2005). PESSINI e BERTACHINI (2004) informam que a medicina paliativa afirma a vida e reconhece que o morrer é um processo normal do viver, não apressando nem adiando a morte, aliviando a dor e outros sintomas angustiantes, oferecendo sistemas de apoio tanto para pacientes como para familiares.

> *A necessidade de um atendimento humanizado vai do nascimento à morte. Do nascimento, refere-se ao bebê estar perto da mãe e receber todos os cuidados necessários, até a morte, com área de cuidados paliativos. Já fiz uma reportagem que se manteve em minha mente como uma baita atitude de humanização: pacientes tratados com a administração da dor e dos sintomas e não com cirurgias dolorosas, invasivas. Ninguém precisa ficar entubado e inconsciente. (E.3, E.7)*

Os discursos abaixo convergem ainda mais para o que dizem PESSINI e BERTACHINI (2004), que resumem os cuidados paliativos em algumas iniciativas como cuidar integralmente da pessoa, levando em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; trabalhar com a família do doente, que é o núcleo fundamental de apoio; promover a autonomia e a dignidade do

doente, o que implica em elaborar com ele os objetivos terapêuticos, estabelecendo uma relação franca e honesta; promover o conceito ativo de terapia: não se pode aceitar como válida a atitude que diz “não há mais nada a fazer”; propiciar em torno do doente uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação, que influi muito no controle dos sintomas e contar com o trabalho multidisciplinar dos profissionais.

> *Vejo como um bom exemplo de atendimento humanizado as unidades de cuidados paliativos (acho que isso também é humanização, não?) usadas quando não se tem mais nenhum recurso terapêutico, está tudo esgotado. Lá, os pacientes recebem um olhar mais sob o aspecto emocional, pois se cuida que aquela pessoa não sinta dor, viva seus últimos meses da forma menos dolorosa possível, tanto emocionalmente quanto fisicamente. Escrevi uma reportagem especial que explicava a diferença entre a luta a qualquer preço para a manutenção de respiração e funções vitais e a visão mais humanitária do atendimento. Todo mundo, inclusive os médicos, está esquecendo de que as pessoas têm o direito de morrer! Os cuidados paliativos correspondem justamente a você tratar em primeiro lugar da dignidade da vida humana – não apenas seguir um protocolo e um diagnóstico médico;* (E.4. E.5, E.6, E.7, E.11)

> *Um trabalho humanizado é, por exemplo, o trabalho dos paliativistas, dos médicos que dão preferência ao parto natural, dos médicos de família. Não foram muitas as minhas experiências profissionais em que verifiquei um trabalho realmente humanizado. Posso relatar um encontro que tive com uma médica do Hospital do Servidor Público Estadual que, para mim, foi quem realizou o trabalho mais humanizado que observei em toda a minha vida. Ela consegue passar sua doçura aos doentes sem chances. (E.11)*

5.11 ATENDIMENTO PÚBLICO E PARTICULAR

Logo em sua apresentação, a PNH (2004) admite que, “num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com graves lacunas”.

Em uma breve análise, isso pode significar que existem desigualdades relativas à prestação de atendimento em saúde aos brasileiros, acompanhando a tendência dominante de desigualdade em vários setores do país. Como o contexto da humanização da saúde é inserido no atendimento como um todo, pode-se deduzir que existem variações, de acordo com os recursos disponíveis.

Sabe-se que o atendimento particular em saúde, sem o uso do sistema público ou dos planos de saúde, contempla uma pequena parcela dos cidadãos: vale citar levantamento promovido em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo o qual, naquele ano, cerca de 5 milhões de pessoas gastaram dinheiro do próprio bolso para serem atendidas por um médico.

Pela lei, o SUS deve oferecer atendimento a todos os cerca de 192 milhões de indivíduos que moram no país (estimativa do IBGE). O orçamento do sistema direcionava, em 2003, de acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa

do Consumidor (IDEC) menos de R$ 20,00 mensais, dez vezes menos do que é destinado pelos sistemas de saúde dos países desenvolvidos.

Isso não significa, no entanto, que os cerca de 35 milhões de brasileiros que possuem planos de saúde e têm uma situação perfeita em saúde. Segundo o IDEC em sua cartilha *O SUS Pode Ser Seu Maior Plano de Saúde* (2003), os planos estão longe de representar a solução para a saúde no Brasil. “É ilusão achar que os planos prestam serviços de qualidade. Além de custarem caro, muitas vezes negam o atendimento quando o cidadão mais precisa: deixam de fora medicamentos, exames, cirurgias e muitas vezes dificultam o atendimento dos cidadãos idosos, dos pacientes crônicos, dos portadores de patologias e deficiências”.

Numa análise simplista, então, poder-se-ia imaginar que, se onde existem mais recursos há mais empenho por humanização. Porém, como avaliam essa questão os sujeitos de pesquisa entrevistados, envolvidos por obrigação profissional na questão do atendimento em saúde?

Ao se questionar, de maneira direta: “de acordo com sua experiência profissional, vê diferenças relativas à humanização em atendimentos prestados pelos serviços públicos e privados?” **seis** dos **15** entrevistados responderam, sem hesitar, que “não, não vejo diferenças”. No entanto, seus discursos indicam que pensam o contrário

Para chegar a tal observação, a pesquisadora valeu-se do ensinamento de BOURDIEU *at all* (2002) para quem um dos grandes obstáculos quando se

parte para a análise dos dados recolhidos no campo é a chamada “ilusão da transparência”, isto é, o perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao observador.

Notam-se respostas contraditórias vindas dos entrevistados **dois**, **três**, **sete** e **dez**, que, em princípio, afirmavam não ver diferenças significativas entre a prática da humanização em serviços públicos e privados: houve referências ao “pré-julgamento negativo” que “os profissionais da imprensa costumam fazer”, ao classificarem “isso aqui é SUS é ruim, isso é particular, é ótimo” No entanto, na seqüência das respostas, apareceram comentários do gênero:

> *Pensando bem... no serviço público a desorganização é maior, em especial, na periferia;* ou *tal hospital público não deixa nada a desejar em termos de humanização, em comparação aos privados, de ponta... Está certo que tem parceria com a rede privada, o que faz com que seu nível atinja quase o dos hospitais particulares*.

O entrevistado 10, ainda que diga não existirem diferenças entre o atendimento humanizado nas duas redes, afirma que hospitais tradicionalmente públicos promovem, em si mesmos, diferenciações entre atendimento aos usuários do SUS e atendidos pelo âmbito privado.

> *Não há diferenças entre o público e o privado. Só que as coisas ficam injustas quando se acessa um serviço público que tem “porta” aos convênios. Se você for pelo SUS, precisa pegar senha para ser atendido sei lá que horas. Se tiver convênio, em cinco minutos*.

5.11.1Existem diferenças...

Das **nove** pessoas que confirmaram diferenças entre atendimento humanizado nas realidades públicas e privadas da saúde **oito** manifestaram preferência à segunda. Somente o sujeito de pesquisa **11** afirmou ver diferenças em favor do serviço público.

> *Ao contrário do que muita gente imagina, um hospital público pode ser muito mais humanizado do que um particular: por exemplo, no hospital público o médico tem a possibilidade de fazer partos normais, que são mais humanos. No privado, a preferência absoluta vai para a cesariana, por ser mais rentável*.

Os conteúdos das respostas foram semelhantes, em relação à falta de estrutura do atendimento SUS, ao despreparo e/ou falta de vontade dos trabalhadores públicos da saúde; ao reconhecimento de que nem sempre um serviço público é desumanizado e um serviço privado é humanizado; e à valorização da qualificação, ambiência e do bem-estar por parte dos serviços particulares.

> *Vejo diferenças, infelizmente, sempre em favor do serviço privado, porque, no público, não há tempo de atender aquele sujeito, oferecer a mínima atenção. A estrutura é tão precária, que você mal tem tempo de exercer a humanização" (E.4, E.5, E.12).*

Somente o entrevistado **nove** afirmou categoricamente haver uma "diferença abissal" entre os dois serviços:

> *O serviço privado, quando se tem convênio, presta um serviço intermediário, e quando você paga um médico particular consegue um serviço de excelência*. (E.9)

Os demais participantes que no início afirmaram que a humanização é mais valorizada pelo âmbito privado demonstraram-se contraditórios em suas respostas:

> *O dinheiro é importante, mas não garante a humanização. Às vezes estamos em um hospital caríssimo, com toda a estrutura e hotelaria, mas que não conta com um bom atendimento, o que prova que a humanização passa por outras coisas, além da questão dos recursos. Não acho que um médico de um hospital público seja pior do que um de hospital particular: o primeiro pode até ser melhor, porque precisa lidar com mais pacientes sem dispor de tantos avanços, o que lhe dá certo jogo de cintura. Tanto públicos como privados tem como oferecer coisas que ajudam na humanização, passando pela qualidade da comida, pela limpeza, ambiente, disponibilidade em atender... Veja, há servidores da saúde, funcionários públicos, que se empenham, dão um jeito de explicar pacientemente trâmites hospitalares, diagnósticos e tratamentos.* (E.1, E.4, E.5, E.8, E.11, E.12, E.13, E.15)

Mas se os serviços particulares, na opinião desses jornalistas, empenham-se mais em direção a atitudes humanizadoras, por que então as reportagens costumam ser mais freqüentes e críticas ao serviço público? Um dos motivos foi indicado pelo entrevistado **um**:

> *É preciso reconhecer que alguns hospitais privados de ponta unem a humanização com a equipe de qualidade de forma impressionante. Só que contar isso ao meu leitor é contar para ninguém, já que pouquíssimos vão ter acesso a tais instituições (E.1).*

5.12 DESCONHECIMENTO DOS JORNALISTAS

Conforme o já mencionado, este estudo exploratório incluiu apenas jornalistas que têm a saúde como foco profissional – ou, ao menos, incluem esse assunto no rol rotineiro de temas abordados.

No entanto, parcela significativa **admitiu desconhecer o conceito de humanização e/ou que práticas seriam consideradas humanizadoras** no contexto sanitário. Vários optaram por narrar situações próprias, *como paciente*, ou de algum conhecido ou familiar, ou, até mesmo, histórias que tiveram conhecimento em outros veículos de comunicação, apesar de essa alternativa não haver sido esboçada no formulário de perguntas ou explicações sobre a pesquisa. – o que pode indicar vivência reduzida sobre o tema em seu dia a dia profissional.

Não foi incomum relatos como o do entrevistado cinco, que contou:

> *Tem um programa que passa na TV Bandeirantes que mostra atendimentos. Geralmente os médicos querem parecer atenciosos, mas eu me pergunto como seria se a câmera estivesse desligada. Existiram coisas que aconteceram comigo como paciente, como uma consulta não demorar quinze minutos, o médico nem me deixar falar direito. Isso é desumanização, não? (E.5)*

Os profissionais demonstram ainda desconhecimento em relação à legislação existente sobre a humanização. **Nenhum jornalista** citou a

existência de um Programa governamental ou de uma Política Nacional de Humanização estruturados.

Para ilustrar tal afirmação, vale citar trecho de um dos discursos obtidos dos sujeitos de pesquisa:

> *Realmente é preciso deixar mais claro para a gente o que é humanização, para que possamos fazer matérias... Hoje a humanização parece englobar tudo, desde levar o cachorrinho para o hospital para as crianças brincarem, até cuidados paliativos, dirigidos às pessoas que estão morrendo e a suas famílias, na questão do luto, etc. É um grande balaio. Alguém pode, por favor, nos explicar qual é a importância da humanização em pediatria? O que pode acontecer, como a criança deve ser tratada? Como o pai e a mãe devem agir, que tipo de informações eles deveriam receber, quais seriam os cuidados para se caracterizar um atendimento humanizado, em pediatria, em ginecologia e obstetrícia, em oncologia? Enfim, está definido que a humanização é legal para todo mundo, não há dúvida. Mas do que se trata? É a mesma coisa quando falam de 'atendimento multidisciplinar'. Tudo agora é 'atendimento multidisciplinar'" (E.3).*

> *Em outros países, onde já existem normas sobre a humanização, políticas estabelecidas, lá humanização deve funcionar. Acho que a gente deveria falar mais sobre isso, é só falando que as pessoas vão assimilar o conceito. Humanização, essa coisa, é bonita no papel, mas é super difícil. É lindo na teoria, mas na prática, como isso vai funcionar de fato? Tem amparo legal? (E.3)*

> *Sinto como se a humanização fosse um termo muito restrito... Ele deveria ser mais abrangente, não? Toda vez que você tem um esforço interessante como Mãe Canguru, a imprensa acha bonito e cria notícia, mas as coisas são muito pulverizadas, pontuais, não acho que existam notícias mais difundidas sobre isso tudo. (E.5, E.6)*

Para ser sincero, nunca fiz matéria a respeito disso e não sei exatamente o que significa o conceito de humanização no atendimento. (E.8)

Não dá para entender direito aquilo que chamam de humanização... Aqui, a gente fica recebendo um mosaico de coisinhas, que não-sei-aonde foi aberta uma brinquedoteca, que paciente de mais de 65 anos tem direito a ter um acompanhante, que as UTIs, agora, precisam ter janelas. Pegamos tudo isso e pensamos: ok, vamos humanizar a saúde. Mas... o que isso significa exatamente? Gostaria de saber de alguém se tudo isso está sendo discutido mais amplamente, porque, de vez em quando a gente escuta de colegas, 'ah, não sei o que é humanização'. Nós da imprensa não lidamos muito com isso porque, em geral, os veículos têm dificuldades de lidar com informações abstratas. Nosso negócio são fatos. Como os gestores poderiam demonstrar que a humanização é uma política importante? Acelera a recuperação dos pacientes em quantos dias? Dá conforto psicológico? Como os gestores da saúde podem demonstrar que a humanização é uma política importante? Qual é a durabilidade dos projetos de humanização? O Ministério da Saúde investe muito nisso? Não sei, nunca perguntei... acho até que vou perguntar. (E.13).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a proposta foi a de promover um estudo exploratório cabe à pesquisadora levantar alguns pontos de vista dos entrevistados sem formular quaisquer juízos de valor. No entanto, as informações provenientes dos jornalistas evidenciaram alguns aspectos a respeito de seu conhecimento (ou desconhecimento) e vivência, relativos à humanização do atendimento em saúde. Figuram entre eles:

- Os jornalistas pesquisados associam com vigor a humanização às primeiras iniciativas de humanização, como parto humanizado e atendimento psiquiátrico.
- Houve algumas suposições durante a pesquisa que não foram confirmadas ao seu término. 1) Os pesquisados *não* indicaram relevância às normas deontológicas. 2) O incentivo à autonomia do paciente *foi pouco valorizada* pelos entrevistados.
- A prática dos Cuidados Paliativos foi vinculada, com freqüência, à humanização.
- Vários participantes relacionaram a melhora na ambiência e na hotelaria como forma de se obter lucro.
- A comunicação no contexto da humanização em saúde foi vista pela maioria dos participantes que tocaram no assunto sob o enfoque da comunicação entre médico e paciente, e não no sentido de facilitadora

do diálogo e das relações entre gestores, trabalhadores e pacientes, como pretende a PNH.

- Os jornalistas consideram que existem diferenças entre um atendimento humanizado prestado em serviço público e em um particular em favor do último. Porém vários deles demonstraram-se contraditórios em suas respostas, esboçando discursos diferentes das respostas às questões propostas.
- Parcela significativa dos entrevistados reconheceu desconhecer o conceito e/ou prática da humanização em saúde; ou optou por narrar situações próprias, como paciente; ou de algum conhecido ou familiar; ou, até mesmo, histórias que tiveram conhecimento em outros veículos de comunicação – o que pode indicar vivência reduzida sobre o tema em seu dia a dia profissional, apesar da totalidade dos sujeitos pesquisados escrever a respeito de saúde.
- Apesar de conhecerem, muitas vezes, de maneira informal, itens da Política Nacional de Humanização (PNH), – como o benefício trazido pelo voluntariado, a importância de um atendimento integral, e de uma ambiência adequada durante os cuidados de saúde – *nenhum* dos 15 pesquisados mencionou de maneira direta a existência de uma política governamental estruturada sobre o tema.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rev Saúde e Sociedade. 13 (3) São Paulo. Sept./Dec. 2004. [on-line]. [Acessado em: 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 549-554

- Barchifontaine CP. *Bioética e início da vida*. São Paulo, SP: Idéias e Letras; 2004. Dignidade humana: uma reflexão ética; p. 20-23

- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Rev Interface. 2005; 9(17). [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Beuchammp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo, SP: Loyola; 2002.

- Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron. *A Profissão de Sociólogo Preliminares Epistemológicas*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002

- Burgos, CC. Paulo Freire e as teorias da comunicação. 2007. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. http://www.ciranda.net/spip/article1196.html.

- Castiel LD. Insegurança, ética e comunicação em saúde pública. Rev de Saúde Pública. 2003; 37 (2). p. 161-167 [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000200001),

- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). A História das Santas Casas no Brasil. Revista CMB 40 Anos. [on-line]. [Acessado em: 4 junho 2010]. Disponível em:http://www.cmb.org.br/saladeimprensa/cmb40anos.pdf

- Dallari D de A. Bioética e Direitos Humanos. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à Bioética.* Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 239

- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9 (1). [on-line]. [Acessado em 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=pt

- Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2006

- Eco H. *Apocalípticos e Integrados.* São Paulo: Editora Perspectiva; 2006

- Ferrer JJ, Álvarez JC. El Paradigma de Las Virtudes. In: Ferrer JJ, Álvarez JC, autores. *Para fundamentar la bioética: teorias y paradigmas teóricos em la bioética contemporânea*. Madrid, ES: Universidad Pontifícia de Comillas; 2003. p. 184, 194

- Fortes PA de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Rev Saúde e Sociedade. 2004; 13(3) p.30-35. [on-line]. [Acessado em: 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_arttext

- Fortes PA de C. Ética, cidadania e humanização. Rev Humanização em Saúde. Instituto de Saúde. 2006. [on-line]. [Acessado em: 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.isaude.sp.gov.br/index.php?cid=1275&revista_id=3

- Gracia D. *Bioética Clínica*. Bogotá, Colombia: Editora EL Buho; 1998 p.71

- Guareschi NMF, Nardini M, Comunello LN, Hoenisch JC . Problematizando as Práticas Psicológicas no Modo de Entender a Violência. In: Strey MN, Azambuja MPR de, Jaeger FP, organizadores. *Violência, Gênero e políticas Pública,* 1 ed. Porto Alegre, RS: Edipucrs; 2004

- Laswell, Biography of Harold Dwight. [on-line]. [Acessado em: 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.answers.com/topic/harold-lasswell

- Laswell H. A estrutura e a função da comunicação na sociedade. In: Cohn G, organizador. *Comunicação e indústria cultural: leituras de análises dos*

meios de comunicação na sociedade contemporânea das manifestações da opinião pública, propaganda e cultura de massa nessa sociedade. São Paulo, SP: Queiroz; 1987.

- Lefèvre AMC, Lefèvre F, Cardoso MRLC, Mazza MMPR. Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. Rev Saúde e Sociedade. 2002; 11(3). [on-line]. [Acessado em: 19 julho 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000200004&script=sci_arttext

- Lefèvre AMC, Lefèvre F. Pesquisa Qualitativa Levada a Sério. [on-line]. [Acessado em: 19 julho 2010]. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm

- Marshall McLuhan e Edmund Carpenter. 1974. *Revolução na Comunicação.* Rio de Janeiro. RJ: Zahar

- Minayo MCS. *Pesquisa Social-teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ):Vozes; 1993

- Minayo MCS. 1998. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec/ABRASCO

- Minayo MCS. Sobre o humanismo e a humanização. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde, conceitos dilemas e práticas*, Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2006 . p. 24

- Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. 2000. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PHPN.htm

- Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. 2001. [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://www.portalhumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc

- Ministério da Saúde/Idec. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde. 2003. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus_plano_saude.pdf

- Ministério da Saúde. Política nacional de humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2004. [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

- Ministério da Saúde. Cartilha dos direitos dos usuários da saúde. 2006. [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_ilustrada.pdf

- Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2008. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf

- Ministério da Saúde/CNS. Carta dos Direitos dos Usuários em Saúde. 2009. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/informativo/2009/28/informe_28.htm

- Ministério da Saúde. Dicas em Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. 2009. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/dicas/170_ambiencia.html

- Muñoz DR, Fortes PA de C. O princípio da autonomia e o consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à bioética.* Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 57

- Oliveira, P. A Pesquisa em Sociologia da Comunicação. 2005. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010].Disponível em: http://www.sociuslogia.com/scomunic/pesq01.htm

- Pechula**,** MR. A Ciência nos meios de comunicação de massa: divulgação de conhecimento ou reforço do imaginário social. 2003. [on line]. [Acessado em 5 junho 2010].Disponível em http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt16/t167.pdf

- Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good*. New York, US: Oxford University Press; 1988

- Pellegrino ED, Thomasma DC. *La medicina por vocación*. Quito, ECU: Ediciones Camilianas; 1995

- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The christian virtues in medical practice*. Washington, US: Georgetow University Press; 1996

- Pessini L, Barchifontaine, CP. Contexto do nascimento da bioética na perspectiva da enciclopédia. In: Pessini L, Barchifontaine, CP, autores. *Problemas atuais de bioética*, 8.ed. São Paulo, SP: Loyola; 2007. p.37-41

- Pessini L, Bertachini, L. *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo, SP: Loyola; 2004 p.8

- Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev Bioética. 2002; 10(2). p. 51-72. [on-line]. [Acessado em: 10 setembro, 2008]. Disponível em: http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf

- Pietroni, P. *Viver holístico*. São Paulo, SP: Summus, 1988.

- Puglisi ML, Franco *B. Análise* de *conteúdo, 2 ed. Brasília, DF: Líber Livro,* 2005

- Ribeiro CR. O Conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004

- Rosa, TT. A multidisciplinaridade no atendimento ao paciente. 2005. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em: http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=7975

- Sanglard G. Filantropia e assistencialismo no Brasil. 2003. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300017&script=sci_arttext

- Santos FF.Princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Jus Navegandi. 2001.[on-line]. [Acessado em: 10 novembro. 2008]. Disponível em: http://jus2.uol.com.br/Doutrina/texto.asp?id=160

- Silva JR. Funções dos Meios de Comunicação (Citando Marshall McLuhan e Harold Dwight Lasswell.2006. [on-line] . [Acessado em 10 setembro 2008]. Disponível em: http://www.viamaohoje.com.br/content/view/105/29/

- Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Rev Interface. 1997; 1(1): 8-40. [on line]. [Acessado em: 5 junho 2010]. Disponível em http://www.interface.org.br/revista1%5Censaio1.pdf

- Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 585-597. [on-line]. [Acessado em: 10 novembro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016

ANEXO 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Prezado colega,

Estou realizando, pela Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo FSP/USP, pesquisa de mestrado voltada a identificar qual é a percepção de representantes da imprensa escrita de São Paulo a respeito da Humanização dos Serviços de Saúde.

Sua participação é voluntária e não é preciso que você se identifique, já que o relevante aqui é perceber a forma com que lida com o tema, a partir de sua experiência profissional. Como conseqüência, quero adquirir uma breve noção sobre como a Humanização dos serviços de saúde chega ao seu público leitor.

Os dados obtidos serão gravados, transcritos e armazenados por esta que vos fala, e utilizados apenas para os propósitos explicitados nesta pesquisa. Comprometo-me ao segredo profissional em relação às fontes: os sujeitos de pesquisa, como você, serão identificados nas gravações apenas por um número específico.

Esta pesquisa conta com o aval da instituição, sendo que em qualquer momento você pode se desligar da mesma.

Coloco-me à sua inteira disposição para esclarecimentos das dúvidas que surgirem em qualquer das etapas da pesquisa, por meio do celular (11) 9653-9878, bem como, pelos e-mails concilia@usp.br e conciliaortona@uol.com.br.

Caso queira, pode também contatar o Departamento de Prática de Saúde Pública, FSP, tel. 3061-7796.

São Paulo,

Pesquisador responsável: _____

Concília Aparecida Ortona

Orientador da Pesquisa: _____

Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes

Concília Aparecida Ortona

Diretório de grupos de pesquisa

Está encerrando Mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), com defesa de dissertação marcada para o dia 19 de agosto de 2010, no tema Percepção dos Jornalistas a Respeito da Humanização em Saúde. Possui especialização em Bioética pelo Instituto Oscar Freire/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP, completada em 2005. Desde o ano de 2002 trabalha exclusivamente com Bioética, como jornalista do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), escrevendo sobre os assuntos como: Bioética Clínica; Cuidado Paliativo; Doente Terminal; Clonagem; Meio Ambiente; e Conflito de Interesses em Pesquisa Clínica. Tem interesse especial nos temas Humanização (faz parte de grupo de estudos na FSP/USP desde 2008) e Cuidado Paliativo (contribuiu na edição de um livro sobre o assunto, publicado em 2008 pelo Cremesp). É responsável pela organização, edição e revisão do livro Bioética Clínica (2008, Cremesp). Foi responsável pelas entrevistas, edição e texto final do livro Entrevistas Exclusivas com Grandes Nomes da Bioética, editado pelo Cremesp em 2009, que inclui entrevistas exclusivas com especialistas estrangeiros de renome como Adela Cortina, Tristam Engelhardt, Giovanni Berlinguer, Diego Gracia e Peter Singer, entre vários outros. Atua na área de Comunicação e Saúde desde 1996 como Editora, Redatora, Repórter e Editora Plena e Assessora de Imprensa. (Graduação em Jornalismo pelas Faculdades Integradas Alcântara Machado, no ano de 1987). Como militante do movimento de luta contra a Aids, aprecia escrever sobre o tema "Aids", presta frequentemente trabalho voluntário como jornalista aos Cadernos Pela Vidda, da ONG Grupo Pela Vidda/São Paulo desde o ano de 1996.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 20/07/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/0680862612429712

Certificado pelo autor em 20/07/10

Dados pessoais

Nome Concília Aparecida Ortona

Nome em citações bibliográficas ORTONA, CA

Sexo Feminino

Endereço profissional Conselho Regional de Medicina de SP.
Rua Domingos de Morais, 1810
Vila Mariana
04010-200 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 59085648
URL da Homepage: http://www.bioetica.org.br

Formação acadêmica/Titulação

2008 Mestrado em andamento em Saúde Pública .
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Título: Percepção de Representantes da Imprensa Escrtia de são Paulo a Respeito da Humanização dos Serviços de Saúde, *Orientador:* Paulo Antônio de Carvalho Fortes.
Palavras-chave: Bioética; Saúde Pública.
Grande área: Outros / *Área:* Bioética.
Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais; Outros Setores; Edição, Impressão, Reprodução e Gravação Industriais de Jornais, Revistas, Livros, Discos, Fitas, Vídeos e Filmes.

2004 - 2005 Especialização em BIOÉTICA . (Carga Horária: 360h).
Faculdade de Medicina da USP - Instituto Oscar Freire.
Título: A Ética e As Mulheres com HIV e Aids que Optam pela Maternidade.
Orientador: Prof. Dr. Gabriel Wolf Oselka.

1984 - 1987 Graduação em JORNALISMO .
Faculdades Integradas Alcântara Machado.

Formação complementar

2007 - 2007 Extensão universitária em Ética da Saúde Pública. (Carga horária: 44h).
Faculdade de Saúde Pública da USP.

2005 - 2005 Extensão universitária em Temas de Ética e Humanização. (Carga horária: 48h).
Faculdade de Saúde Pública da USP.

1996 - 2004 Inglês Avançado.
Cultura Inglesa.

1996 - 1996 High Intermediated Course.
EF School.

Atuação profissional

Conselho Regional de Medicina de SP, CREMESP, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Funcionária Concursada - Editora Plena, Carga horária: 25, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações - Tenho vínculo empregatício com o Conselho Regional de Medicina desde o ano de 2000. - No ano de 2002 passei a atuar como Assessora de Imprensa do Centro de Bioética do Cremesp, sendo que minhas funções incluem a editoria de todo o conteúdo do site do Centro, www.bioetica.org.br, com destaque para as entrevistas exclusivas promovidas com grandes nomes da Bioética Mundial, incluindo o australiano Peter Singer; os norte-americanos H. Tristam Engelhardt e os espanhóis Adela Cortina e Diego Gracia, entre vários outros. - Por exigência operacional da autarquia pública Cremesp, em agosto de 2005 tive que me submeter a concurso público para permanecer na vaga até então ocupada. Fui aprovada em primeiro lugar, conforme Edital de Concurso Público 004/2005 - Cremesp

Vínculo institucional

2002 - 2005 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Assessora de Imprensa, Carga horária: 25, Regime: Dedicação exclusiva.

Vínculo institucional

2000 - 2001 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Assessora de Imprensa, Carga horária: 25, Regime: Dedicação exclusiva.

Editora Globo e Editora Trama, GLOBO E TRAMA, Brasil.

Vínculo institucional

1998 - 1999 Vínculo: Jornalista free lancer, Enquadramento Funcional: Repórter e redatora

Outras informações Atuação como repórter especializada em Saúde (colaboradora), em revistas leigas. Matérias principais: envolvendo a saúde da Mulher e a saúde da Criança.

Associação Paulista de Medicina, APM, Brasil.

Vínculo institucional

1996 - 1999 Vínculo: Jornalista free lancer, Enquadramento Funcional: Editora do jornal Hospital-Escola (APM), Carga horária: 20

Outras informações Fui jornalista responsável e editora do jornal Hospital-Escola, publicação da Associação Paulista de Medicina, direcionada ao jovem médico (interno, recém-formado e residente).

Vínculo institucional

1996 - 1997 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Jornalista free-lancer, Carga horária: 30

Outras informações Neste período, trabalhei como profissional free-lancer, sendo uma das responsáveis pelo Jornal da APM. No mesmo período - até 1999- fui a jornalista-responsável pelo periódico hospital-escola, dirigido ao médico jovem.

Grupo de Comunicação Três, EDITORA TRÊS, Brasil.

Vínculo institucional

1995 - 1996 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Repórter, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações Repórter e redatora, escrevendo principalmente sobre Saúde.

Empresa Jornalística A Gazeta da Zona Norte, AGZN, Brasil.

Vínculo institucional

1992 - 1994 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Repórter e redatora, Carga horária: 30, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações Repórter e redatora, escrevendo principalmente sobre temas relacionados à Saúde.

Vínculo institucional

1988 - 1990 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Repórter e redatora, Carga horária: 30

Outras informações Escrevendo especialmente a respeito de temas vinculados à Saúde.

Membro de corpo editorial

2002 - Atual Periódico: Jornal do Cremesp

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências Sociais Aplicadas / *Área:* Comunicação.
2. *Grande área:* Outros / *Área:* Bioética.

Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Bem.

Português Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Espanhol Compreende Bem, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Livros publicados/organizados ou edições

1. ORTONA, CA ; OSELKA, G. . Entrevistas Exclusivas Com Grandes Nomes da Bioética. 1. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina (Cremesp), 2009. v. 3.000. 175 p.
2. OSELKA, G. (Org.) ; ORTONA, CA (Org.) ; ROSA, C. A. P. (Org.) ; Lisbeth Ferrari Dutch (Org.) ; Max Grinberg (Org.) ; Reinaldo Ayer de Oliveira (Org.) ; Sérgio Gomes de Souza (Org.) . Bioética Clínica. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina (Cremesp), 2008. v. 6.000. 266 p.

Textos em jornais de notícias/revistas

1. ORTONA, CA . O importante não é tomar decisões clínicas corretas e, sim, prudentes - Entrevista com Diego Gracia. Revista Ser Médico, 02 fev. 2006.
2. ORTONA, CA . Índia vive descompasso demográfico entre os sexos. Revista Ser Médico, São Paulo, 02 fev. 2006.
3. ORTONA, CA . Estudo com célula-tronco adulta traz esperança. Jornal do Cremesp, Página interna, 10 mar. 2005.
4. ORTONA, CA . Quando não há atenção ao sofrimento do paciente, não existe compaixão . Jornal do Cremesp, Página interna, 10 jan. 2003.
5. ORTONA, CA . Longe do rótulo de Doutor Morte. Jornal do Cremesp, Página interna, 10 dez. 2002.

Resumos publicados em anais de congressos

1. ORTONA, CA . A Ética e As Mulheres com HIV e Aids que Optam pela Maternidade. In: VI Congresso Brasileiro de Bioética, 2005, Foz do Iguaçu. Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética. Foz do Iguaçu, 2005.

Demais tipos de produção bibliográfica

1. ORTONA, CA . Volnei Garrafa: Uma das vozes mais vigorosas da Bioética brasileira. São Paulo: Centro de Bioética/Cremesp, 2010 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
2. ORTONA, CA . José Roberto Goldim: bioeticista gaúcho explica qual é a diferença entre Autonomia e Autodeterminação. São Paulo: Centro de Bioética/Cremesp, 2010 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
3. ORTONA, CA . Congresso Brasileiro de Bioética foi sucesso em Búzios. Centro de Bioética/Cremesp, 2009 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
4. ORTONA, CA . Marlene Braz, a primeira presidente da SBB. São Paulo: Centro de Bioética/Cremesp, 2009 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
5. ORTONA, CA . Susana Vidal: Uma workaholic da Bioética. São Paulo: Centro de Bioética/Cremesp, 2009 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
6. ORTONA, CA . Entrevista com José Eduardo de Siqueira. São Paulo: Centro de Bioética/Cremesp, 2009 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
7. Reinaldo Ayer de Oliveira ; ORTONA, CA . Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2008 (Bioética/Humanização/Medicina).
8. Gabriel Oselka ; Reinaldo Ayer de Oliveira ; ORTONA, CA . Cadernos de Bioética do Cremesp/ Conflito de Interesses em Pesquisa Clínica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2007 (Periódico).
9. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com o bioeticista Paulo Antônio de Carvalho Fortes 2007 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
10. ORTONA, CA . Deveremos tomar cuidado para não cairmos no fundamentalismo bioético , entrevista com Diego Gracia 2007 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
11. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva feita com o professor e bioeticista Marco Segre 2006 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
12. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com o bioeticista espanho Diego Gracia 2006 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
13. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva realizada com a filósofa e bioeticista espanhola Adela Cortina 2006 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
14. Gabriel Oselka ; Reinaldo Ayer de Oliveira ; ORTONA, CA . Cadernos de Bioética do Cremesp/Doente Terminal/Destino de Pré-Embriões/Clonagem/Meio Ambiente. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2005 (Periódico).
15. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com Arthur Caplan, titular de Bioética e coordenador do Centro de Bioética da Universidade da Pensilvânia 2005 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
16. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com o bioeticista iraniano radicado argentino Victor Penchaszadeh 2005 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
17. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com o bioeticista norte-americano H. Tristam Engelhardt 2005 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).
18. ORTONA, CA . Entrevista exclusiva com o bioeticista e médico mexicano José Maria Cantú 2005 (Mídia eletrônica (site do Centro de Bioética do Cremesp)).

Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (1974), Mestrado em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (1986) , Especialização em Droit de la Santé pela Universidade de Bordeaux I, França(1989), Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1994) e Livre Docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000). Atualmente é Professor Titular e Vice-Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Membro dos conselhos editoriais: Revista Bioética (CFM), Revista da Associação Médica Brasileira, Revista Brasileira de Bioetica e O Mundo da Saúde. Membro da Câmara Técnica de Bioética do CREMESP (2000-2010). Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e em Bioetica, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética, ética institucional, alocação de recursos, saúde pública e humanização. Pesquisador CNPq 1B. Presidente da Sociedade de Bioética de São Paulo (2005-2008) e membro do Conselho Diretor da REDBIOETICA/América Latina e Caribe/UNESCO. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2009-2011)
(Texto informado pelo autor)

Rede de Colaboração

Diretório de grupos de pesquisa

SciELO - artigos em texto completo

Última atualização do currículo em 13/07/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/4664602204847193

Certificado pelo autor em 13/07/10

Dados pessoais

Nome Paulo Antonio de Carvalho Fortes

Nome em citações bibliográficas FORTES, P. A. C.;Fortes, Paulo Antonio de Carvalho

Sexo Masculino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667743 Fax: (11) 8813501
URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/Titulação

2000 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O DILEMA BIOÉTICO DE SELECIONAR QUEM DEVE VIVER: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde, *Ano de obtenção:* 2000.
Palavras-chave: bioética; ética institucional; alocação de recursos; seleção de pacientes; dotação de recursos para unidades de saúde; ética.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1988 - 1994 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A RESPONSABILIDADE MÉDICA NOS TRIBUNAIS, *Ano de Obtenção:* 1994.
Orientador: SUELI GANDOLFI DALLARI.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
Palavras-chave: ética médica; responsabilidade; jurisprudência; médico.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

1982 - 1986 Mestrado em Medicina (Pediatria) (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA ASMA GRAVE NA CRIANÇA, *Ano de Obtenção:* 1986.
Orientador: MAGDA MARIA SALLES CARNEIRO SAMPAIO.
Palavras-chave: asma; doença respiratória; pediatria.

1988 - 1989 Especialização em Dea Droit de La Santé .
Universite de Bordeaux I, U. BORDEAUX I, França.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

1984 - 1984 Especialização em Saúde Pública . (Carga Horária: 760h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1969 - 1974 Graduação em Medicina .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação complementar

1984 - 1984 Extensão universitária em Saude Publica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação profissional

Sociedade Brasileira de Bioética, SBB, Brasil.

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Vice-Presidente, Enquadramento Funcional: membro

Outras informações Membro do Conselho Fiscal - 2005-2007

REDBIOETICA/UNESCO, REDBIOETICA/UNES, México.

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: membro Conselho Diretor, Enquadramento Funcional: membro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - Atual Vínculo: Bolsa produtividade 1B, Enquadramento Funcional: bolsista

Sociedade de Bioetica de São Paulo, SBSP, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - Atual Vínculo: Presidente, Enquadramento Funcional: membro

Outras informações Presidente da SBSP - gestão 2005 - 2008

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1985 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Associado, Carga horária: 40

Atividades

3/2006 - Atual Pesquisa e desenvolvimento .

Linhas de pesquisa
O princípio ético da justiça distributiva e sua aplicação no sistema público de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros.

8/1994 - Atual Pesquisa e desenvolvimento , Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

Linhas de pesquisa
Etica da Saúde Pública
Bioética e Saúde Pública

8/1994 - Atual Ensino, Saúde Pública, Nível: Pós-Graduação.

Disciplinas ministradas
Vice presidente da Comissão de Pós Graduação 2007-2009
Bioetica e Saúde Pública
ETICA APLICADA À ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ETICA DA SAÚDE PÚBLICA
ETICA E LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

8/1985 - Atual Pesquisa e desenvolvimento , Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

Linhas de pesquisa
Políticas, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde

2008 - 2010 Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, .

Projetos de pesquisa
TOMADA DE DECISÃO ENVOLVENDO ALOCAÇÃO DE RECURSOS ESCASSOS EM SAÚDE
Bioetica e Humanização dos serviços de saúde

2006 - 2008 Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, .

Projetos de pesquisa
O princípio ético da justiça distributiva e sua aplicação no sistema público de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros.

3/1998 - 12/2003 Conselhos, Comissões e Consultoria, Departamento Pratica de Saúde Pública, .

Cargo ou função
Coordenador Comite Etica em Pesquisa.

Ministério da Saúde, MS, Brasil.

Vínculo institucional

1998 - 2003 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: , Carga horária: 0

Atividades

3/1998 - 12/2003 Conselhos, Comissões e Consultoria, Comissão Nacional de Etica Em Pesquisa, .

Cargo ou função
membro de colegiado superior.

Linhas de Pesquisa

1. Políticas, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde

2. Etica da Saúde Pública

3. Bioética e Saúde Pública

4. O princípio ético da justiça distributiva e sua aplicação no sistema público de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros.

Projetos de Pesquisa

2008 - 2010 TOMADA DE DECISÃO ENVOLVENDO ALOCAÇÃO DE RECURSOS ESCASSOS EM SAÚDE

Descrição: Objetiva a identificação e a análise ética de critérios sociais, escolhas e justificativas para seleção de pacientes no atendimento da saúde a partir da visão de múltiplos atores sociais relacionados ao campo da saúde..
Situação: Em andamento; *Natureza:* Pesquisa.
Integrantes: Paulo Antonio de Carvalho Fortes - Coordenador.
.

2008 - 2010 Bioetica e Humanização dos serviços de saúde

Descrição: Pretende identificar e analisar aspectos teórico-conceituais e práticas de humanização das ações de saúde referidas por diversos grupos de atores sociais envolvidos no campo da assistência à saúde.
Situação: Em andamento; *Natureza:* Pesquisa.
Alunos envolvidos: Mestrado acadêmico (2) *Doutorado* (1) .
Integrantes: Paulo Antonio de Carvalho Fortes - Coordenador.
.

2006 - 2008 O princípio ético da justiça distributiva e sua aplicação no sistema público de saúde na visão dos bioeticistas brasileiros.

Descrição: Conhecer e analisar, mediante referencial da bioética, as linhas de pensamento ético sobre justiça distributiva no campo da saúde pelas quais se guiam bioeticistas brasileiros..
Situação: Em andamento; *Natureza:* Pesquisa.
Integrantes: Paulo Antonio de Carvalho Fortes - Coordenador.
Financiador(es): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Bolsa..

Membro de corpo editorial

2000 - Atual Periódico: O Mundo da Saúde

2001 - Atual Periódico: Revista da Associação Médica Brasileira

2006 - Atual Periódico: RBB. Revista Brasileira de Bioética

2007 - Atual Periódico: Bioethikos

2010 - Atual Periódico: Bioética (Brasília) (Cessou em 2006. Cont. ISSN 1983-8042 Revista Bioética

Revisor de periódico

2000 - Atual Periódico: O Mundo da Saúde

2002 - Atual Periódico: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)

2006 - Atual Periódico: RBB. Revista Brasileira de Bioética

2000 - Atual Periódico: Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health

2005 - Atual Periódico: Saúde e Sociedade

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
2. *Grande área:* Outros / *Área:* Bioética.
3. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.

Idiomas

Espanhol Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Francês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Inglês Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo