

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
JUSSARA ALVES RIBEIRO**

**HOSPITALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO
GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE
INTERLAGOS**

São Paulo
2013

JUSSARA ALVES RIBEIRO

**HOSPITALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO
GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE
INTERLAGOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade na área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Josiane Tonelotto e coorientação da Profa. Dra. Elizabeth Kyoko Wada.

São Paulo
2013

JUSSARA ALVES RIBEIRO

**HOSPITALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO
GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE
INTERLAGOS**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade na área de concentração em Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Josiane Tonelotto e coorientação da Profa. Dra. Elizabeth Kyoko Wada.

Aprovado em

Profa. Dra. Josiane Tonelotto/ Universidade Anhembi Morumbi

Profa. Dra. Elizabeth Kyoko Wada /Universidade Anhembi Morumbi

Nome do convidado/titulação/ IES

Nome do convidado/titulação/ IES

RESUMO

Esta pesquisa busca uma melhor compreensão do atendimento da rede de saúde pública paulistana. O objetivo geral foi verificar as contribuições das ações de hospitalidade e da humanização no ambiente hospitalar. Inicialmente, buscou-se conhecer a oferta de serviços de saúde do extremo sul da cidade de São Paulo. As instituições observadas no estudo de casos múltiplos foram o Hospital Geral do Grajaú, o Hospital Maternidade Interlagos e o AME de Interlagos. Entrevistas semiestruturadas com os *stakeholders* (FREEMAN, 1984) foram aplicadas com o intuito de observar quem influencia ou é influenciado pelos serviços estudados. O problema proposto foi: Quais *stakeholders* contribuem para a humanização do ambiente hospitalar? Os pressupostos foram: a humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e da ambiência; os *stakeholders* das instituições de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários, e as intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar. A mudança no clima organizacional e a implantação de uma cultura de gestão distinta da atual, mediante embasamento sob a luz da teoria dos *stakeholders* e os conceitos de hospitalidade direcionaram o olhar da pesquisadora. Os resultados apontam que o tema é relevante e gera reflexão para os gestores, e a Hospitalidade contribui para a humanização do serviço de saúde.

Palavras-chave: Hospitalidade, Humanização, *Stakeholders*, Serviços e Serviço Público de Saúde.

ABSTRACT

This research supports the search for better understanding of the care in the public health system. The overall objective was to assess the contributions of the shares of hospitality and humanization in the hospital environment. Initially, we tried to meet the supply of health services in the extreme south of the city of São Paulo. Institutions observed in multiple case study were the Grajaú General Hospital, Interlagos Maternity Hospital and AME Interlagos. Semi-structured interviews with stakeholders (Freeman, 1984) were applied in order to observe who influences or is influenced by the services studied. The problem posed was: What stakeholders contribute for the humanization in the hospital? The assumptions were: the humanization and hospitality contribute to the improvement of the service and ambience; stakeholders of health institutions practicing hospitality actions in routine which ultimately reflect on users satisfactions and artistic interventions contribute for the humanization in the environment of the whole hospital. The change in organizational climate and implementation in the new way of management culture from current through bedrock under the light of stakeholder theory and the concepts of hospitality directed the view of the researcher. The results show that the topic is relevant and generates reflection for managers, Hospitality contributes for the humanization of health service.

Keywords: Hospitality, Humanization, Stakeholders, Services and Public Health Services.

LISTA DE ABREVIATURAS

AME - Ambulatório de Especialidades
ANS - Agência Nacional de Saúde
BP - Base da Pirâmide
CIH - Centro Integrado de Humanização
DDI - Distúrbio por Deficiência de Iodo
ESF - Estratégia Saúde da Família
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FSP - Folha de São Paulo
FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GTH - Comissão de Humanização
HCFMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HumanizaSES - PEH - Política Estadual de Humanização
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MS - Ministério da Saúde
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG - Organização não governamental
ORGANICOM - Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas
OSS - Organização Social de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PMS - Programa Metropolitano de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PS - Pronto-Socorro
RSI International - Stanford Research Institute
SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados
SES-SP - Secretaria do Estado de Saúde do Estado de São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atividades Relacionadas com a Hospitalidade	29
Figura 2 - Evolução do Conceito Humanização.....	33
Figura 3 - Cenário Atual dificuldades na implementação do SUS.....	47
Figura 4 - Fluxo geral de funcionamento do Programa dos CIH nas unidades de saúde.....	49
Figura 5 - Linhas de Ação.....	50
Figura 6 - Complexo - Alguns Números.....	51
Figura 7 - <i>Stakeholders</i> Primários.....	56
Figura 8 - <i>Stakeholders</i> Secundários.....	56
Figura 9 - Mapa de <i>Stakeholders</i>	57
Figura 10 - <i>Stakeholders</i> dos serviços público de saúde.....	66
Figura 11 - Organograma Geral HGG.....	76
Figura 12 - Organograma Geral AME Interlagos.....	79
Figura 13 - Mapa dos <i>Stakeholders</i> dos serviços de saúde.....	89
Figura 14 - Nuvem de palavras-chave para construção da saúde pública citadas nas entrevistas.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Humanização - Atenção à saúde.....	34
Quadro 2 - Os Sete Pecados do Serviço.....	42
Quadro 3 - Doutrina dos Contratos Equânimes.....	61
Quadro 4 - Princípios para uma nova Lei das Corporações.....	61
Quadro 5 - Princípios do Capitalismo de <i>Stakeholder</i>	62
Quadro 6 - Comparativo entre gestão da Humanização em serviços de saúde visão de Fortes (2012) e a gestão baseada em <i>stakeholders</i> na visão de Blair e Fottler (1998).....	71
Quadro 7 – Ações Humanizadoras HMI.....	84
Quadro 8 - Identificação e classificação dos <i>stakeholders</i>	88
Quadro 9 - Síntese de resultados - primeiro pressuposto.....	101
Quadro 10 - Síntese de resultados - segundo pressuposto.....	101
Quadro 11 - Síntese de resultados - terceiro pressuposto.....	102

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	22
CAPÍTULO 1 – HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	27
1.1 Hospitalidade	27
1.2 Hospitalidade e Humanização.....	31
1.3 Humanização: Política Pública.....	37
1.4 Serviços Públicos de Saúde.....	40
1.4.1 O SUS (Sistema Único de Saúde)	44
CAPÍTULO 2 – <i>STAKEHOLDERS</i> EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	54
2.1 <i>Stakeholders</i>	54
2.2 <i>Stakeholders</i> e os Serviços de Saúde.....	58
2.3 <i>Stakeholders</i> dos Serviços Públicos de Saúde.....	63
2.4 <i>Stakeholders</i> e Humanização.....	67
CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS.....	73
3.1 Estudo de Casos	73
3.2 Hospital Geral do Grajaú	74
3.3 AME Interlagos.....	78
3.4 Hospital Maternidade Interlagos.....	81
3.5 Identificação e classificação dos <i>stakeholders</i> dos serviços de saúde.....	87
3.6 Hospital Geral do Grajaú – (HGG) – pressupostos.....	90
3.7 AME de Interlagos - pressupostos.....	94
3.8 Hospital Maternidade Interlagos – (HMI) – pressupostos.....	97
3.9 Comparações dos resultados obtidos nos três serviços de saúde.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES.....	117
APÊNDICE 1	117
APÊNDICE 2	121
ANEXOS.....	125

“Nesta vida devemos ter cara de pau, pés de coelhos e a coragem dos heróis.”

(Provérbio Chinês)

INTRODUÇÃO

O tema Hospitalidade em serviços de saúde: uma visão dos *stakeholders* e saúde pública foi escolhido depois que a autora começou a trabalhar em um hospital em São Paulo. A Instituição fica localizada na capital dentro do complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, que é composto por treze hospitais de diversas especialidades para atender a população do Estado e provenientes de outras regiões do País.

A pesquisadora também possui experiência nas áreas artística e cultural. Algumas ferramentas de linguagem teatral foram utilizadas naquele hospital para auxiliar a abordagem entre a instituição e os pacientes: como arte de contar histórias, a música e a *persona* do *clown*¹. Essas intervenções ocorreram com o intuito de sensibilizar o paciente e o seu acompanhante durante a permanência no hospital e com o objetivo de viabilizar a expressão emocional, proporcionando um canal de comunicação informal e direto, no qual se propõe a construção de um elo humanizado entre o hospital e os seus usuários.

O estudo foi realizado com três instituições prestadoras de serviços assistenciais públicos: um ambulatório de especialidades, um hospital maternidade e um hospital geral. A metodologia utilizada foi a de estudo de casos múltiplos, proposta por Yin (2005), com as seguintes instituições: o AME Interlagos, o Hospital Maternidade Interlagos e o Hospital Geral do Grajaú. A escolha da localidade foi motivada pela facilidade de acesso e o foco desta pesquisa foi conhecer a percepção de hospitalidade dos *stakeholders*² dos serviços de saúde oferecidos para a população.

As instituições foram escolhidas para o estudo de casos múltiplos após uma visita na região, em 10 de julho de 2012. O Hospital Geral do Grajaú (HGG) e o Ambulatório de Especialidades (AME) de Interlagos são Organizações Sociais de Saúde (OSS), sob a direção do Instituto de Responsabilidade Social Sírrio-Libanês e a maternidade foi implantada pela Associação Espírita Recanto de Interlagos, em 1954, e é administrada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP).

¹ *Clown* – técnica de intervenção artística. *Clown* tradução para o português – palhaço.

² *Stakeholders*. (FREEMAN, 1984)

Segundo a Secretaria da Saúde, as Organizações Sociais de Saúde representam um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, previsto no Programa Metropolitano de Saúde (PMS), formalizado pela lei complementar nº 846 de 4 de junho de 1998.

A legislação estadual regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. Este modelo de gestão introduziu novos conceitos de relacionamento com o setor filantrópico, que se mostraram eficientes. (SES- SP, 2012)

Segundo dados da Secretaria de Saúde (SES-SP, 2012), atualmente, 37 hospitais, 38 ambulatórios, um centro de referência, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados nessa forma de gerenciamento³. Os novos hospitais colocaram a serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) cerca de 4.300 leitos para o Estado de São Paulo.

De acordo com o Censo de 2010, o distrito do Grajaú tem 444.593 habitantes. O relatório de Política Nacional de Atenção Básica do SUS aponta como parâmetro para atendimento da população, em atenção básica, uma Unidade Básica de Atendimento (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF) para cada 12 mil habitantes ou uma UBS sem a ESF para cada 30 mil habitantes. Com base em dados disponíveis no *site* da prefeitura de Capela de Socorro e informações obtidas nas próprias UBS's, a região do Grajaú tem a ESF em todas as unidades.

Na Relação de Estabelecimentos de Saúde da SES-SP, de abril de 2012, constam 12 UBS's no Grajaú. Dessa forma, a partir de um cálculo simples, há mais de 35 mil pessoas atendidas para cada UBS na região, um número quase três vezes maior que o parâmetro estabelecido pelas diretrizes do SUS. Existe, portanto, uma carência de 24 unidades básicas de atendimento.

O único hospital da região, o Hospital Geral do Grajaú (HGG), atende aproximadamente um milhão de pessoas que abrange a população de Cidade Dutra,

³ OSS

Marsilac, Parelheiros e Grajaú. Os prontos-socorros de Parelheiros e Maria Antonieta F. de Barros (Grajaú) são insuficientes para a alta densidade populacional da região.

A região estudada apresenta, ainda, outras questões pendentes de solução, como, por exemplo, as ambientais: de acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (SEADE, 2008), os padrões de expansão populacional observados têm causado grande pressão nas áreas de mananciais e preservação ambiental, principalmente nos distritos de Parelheiros, Marsilac e Grajaú, acentuando-se a desigualdade ambiental em função da ocupação populacional desordenada nessas áreas.

A metodologia adotada para a presente pesquisa foi o estudo de casos múltiplos.

Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. (YIN, 2005, p. 20)

Para Yin (2005, p. 33), o estudo de caso como estratégia de pesquisa “compreende um método que abrange tudo - tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos”. O autor propõe a preparação de um protocolo de estudo de caso com a finalidade de auxiliar o pesquisador, pois apresenta o procedimento e as regras gerais a serem seguidas. Portanto, o protocolo é um aliado para aumentar a confiabilidade da pesquisa e destina-se a orientar o pesquisador na coleta de dados⁴.

A investigação teve sua fase inicial na realização de pesquisa bibliográfica para a composição do referencial teórico, bem como a escolha dos casos, dos instrumentos e documentação para a coleta de dados.

O problema considerado para a presente pesquisa foi: Quais *stakeholders* contribuem para a humanização do ambiente hospitalar?

Os pressupostos levantados para este estudo foram: i. A humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência; ii. Os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de

⁴ O protocolo detalhado encontra-se nos apêndices 1 e 2

serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários e iii. As intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar.

O objetivo geral foi o de analisar os *stakeholders* dos serviços de saúde estudados e suas influências na humanização do ambiente hospitalar. Já os objetivos específicos foram o de analisar se as ações do setor de hospitalidade e humanização contribuem para a melhoria do ambiente hospitalar; verificar se as intervenções de hospitalidade refletem na qualidade de vida dos usuários (pacientes e acompanhantes), dos funcionários do hospital e observar se as intervenções artísticas e lúdicas auxiliam na humanização das relações entre os funcionários e os usuários da instituição de saúde.

A presente investigação, resultado preliminar de reflexões sobre o segmento da hotelaria hospitalar, buscou respaldo em hospitalidade, humanização e a relação entre tais conceitos, bem como os reflexos na qualidade dos serviços prestados pelas instituições hospitalares da rede de saúde pública.

Os fatores ligados à humanização geram, influenciam e transformam uma visão de gestão no atendimento hospitalar, ao quebrar paradigmas e dogmas na relação médicos e pacientes. Cabe ressaltar que o paciente se posiciona como um agente participativo no seu processo de cura e o serviço de saúde passa a ter a preocupação em promover a saúde e o bem-estar dos usuários.

Buscou-se respaldar o referencial teórico com temas associados à pesquisa: humanização, hospitalidade, *stakeholders*, hotelaria hospitalar e saúde pública, com autores como Deslandes (2004), Mezzomo (2010), Boeger (2009), Rios (2010), entre outros.

Na medida em que se analisou o termo *stakeholders* como elemento estratégico de gestão de negócios, utilizaram-se autores como Freeman (1984), Koga (2011) e Camarinha (2010). Importante observar que a contribuição de Camarinha (2010) se revela também na relação entre saúde e seus *stakeholders*.

Para o tema humanização foram utilizados autores como Mezzomo (2010), Deslandes (2004), além de manuais e impressos disponibilizados pelo governo no *site* da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2001).

No primeiro capítulo, discutem-se os conceitos de hospitalidade e

humanização em serviços de saúde.

No segundo capítulo, apresenta-se o estudo de *stakeholders* e sua relação com o segmento de saúde. No terceiro capítulo, apresenta-se a caracterização detalhada dos objetos de estudos relacionados, a descrição e análise dos dados coletados.

As considerações finais do trabalho são apresentadas de forma a retomar as etapas da pesquisa e seus aspectos mais relevantes na condução do desenvolvimento da investigação teórica e empírica, além de sugestões para outras investigações sobre a abordagem voltada para a gestão de *stakeholders* em serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 - HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Quando o assunto é o serviço público de saúde, o senso comum remete às filas, à demora para conseguir um agendamento de consulta nas especialidades, ao descaso e maus tratos por parte dos funcionários. Esse capítulo pretende discorrer sobre a hospitalidade e humanização em serviços de saúde e as ações que as instituições de saúde estão implantando para amenizar tais problemas.

1.1 Hospitalidade

Lashley e Morrison (2004, p. 5) informam que “a hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade”. Para os autores, em uma definição mais ampla, a hospitalidade pode ser manifestada nos domínios “social”, “privado” e “comercial”.

O domínio social da hospitalidade considera os cenários sociais em que a hospitalidade e os atos ligados, condição de hospitalidade ocorrem junto com os impactos de forças sociais sobre a produção e o consumo de alimentos, bebidas e acomodações. O domínio privado considera o âmbito das questões associadas da “trindade” no lar, assim como leva em consideração o impacto do relacionamento entre anfitrião e hóspede. O domínio comercial diz respeito à oferta de hospitalidade enquanto atividade econômica e inclui as atividades dos setores tanto privado quanto público. (LASHLEY e MORRISON, 2004, p. 5-6)

Quando se trata de hospitalidade, Camargo (2004) informa que existe a tendência de se criarem dois eixos de tempo/espaço para delimitar o campo de estudo entre eixo cultural e eixo social. O eixo cultural são as ações que abrangem a noção de hospitalidade em recepcionar ou receber pessoas, hospedar, alimentar e entreter. O eixo social, por sua vez, diz respeito aos modelos de interação social e circunstâncias físicas ambientais envolvidas.

A hospitalidade pode ser definida como um ato humano, exercido nos três espaços: doméstico, público ou profissional, nos atos de recepcionar, hospedar,

alimentar e entreter pessoas temporariamente deslocadas de seu *habitat* (CAMARGO, 2004).

Camargo (2004), por sua vez, afirma que dar, receber e retribuir são também os três deveres que funcionam como uma chave que orienta as relações sociais nas sociedades arcaicas. Para ele, “o contato humano não se estabelece como uma troca [...] Começa com uma dádiva que parte de alguém para alguém. A retribuição é uma nova dádiva que implica um novo receber e retribuir, gerando dons e contra dons, num processo sem fim”. (CAMARGO, 2004, p. 16)

A dádiva só poderia ser encontrada em lugares onde acontece o que é chamado de hospitalidade genuína, ou seja, aquela proveniente da doação que difere daquela chamada de encenada, onde os atos de hospitalidade fazem parte de uma rotina obrigatória e não de uma ação em prol das relações. (CAMARGO, 2008)

A dádiva para Camargo (2008) também tem leis não escritas porque a hospitalidade começa com uma dádiva (sacrifício), essa dádiva deve ser aceita e quem faz a dádiva não deve esperar retribuição; quem recebe deve retribuir, a retribuição é uma nova dádiva, o anfitrião é o senhor do espaço – o hóspede deve respeitar o direito do anfitrião sobre o espaço e, sendo assim, a dádiva confere vantagem ao doador (assimetria).

No estudo de Camargo (2004), ainda verifica-se a manifestação dos espaços da hospitalidade que pode ser Doméstica, Urbana (hospitais, escolas, estações de trens, museus, praças, etc.); Comercial (hotéis, bares, restaurantes, entre outros) e nos dias de hoje, observa-se ainda a hospitalidade Virtual.

Define-se Hospitalidade Doméstica como receber bem, proporcionar aconchego e a essência da palavra acolhimento. Aceitar que o visitante se sinta bem, dentro da sua individualidade e privacidade.

Camargo (2008) informa que a Hospitalidade Comercial é a oferta de acomodação, alimentação e diversão mediante trocas monetárias. Wada (2012, p. 421) adverte que a “hospitalidade comercial por si só não resultará em serviços completos de hospitalidade”. Para ela, a hospitalidade, “quando tratada de forma superficial, confunde-se com ações óbvias, como sorrir ou depositar flores nos ambientes”.

Caillé (2002, p. 21) esclarece as três categorias da hospitalidade; o de acolher, proporcionar contato e trocas entre os humanos e de entretenimento. Para Caillé (2002, p. 21), dádiva é “toda prestação de serviços ou bens efetuada sem garantia de retribuição com o intuito de criar, manter ou reconstituir o vínculo social”.

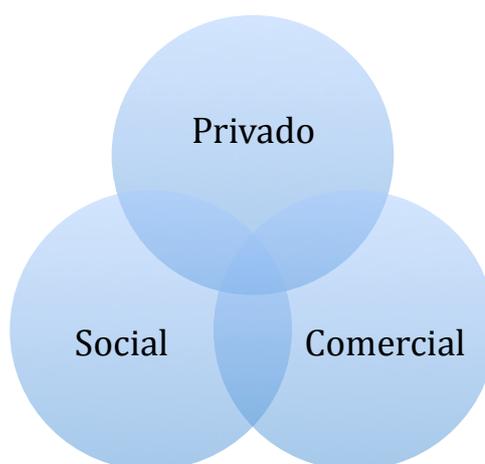
Para Bueno et al (2010, p. s/n), a hospitalidade social “seria o espaço das associações, do voluntariado etc. que no dizer de Ruth Cardoso engloba múltiplas experiências de trabalho nas quais cidadãos exprimem sua solidariedade através da doação de tempo, trabalho e talento para causas sociais”.

As autoras ainda informam que

Como a hospitalidade é uma dimensão da dádiva onde está em jogo a questão de espaço e de fronteira, cabe nesse domínio a questão do imigrante, do excluído e, de certa forma a questão do turista e do urbanismo. (BUENO ET AL, 2010, p. s/n)

Segundo Lashley e Morrison (2004, p. 4), existe uma área de intersecção denominada “Gestão de experiências em hospitalidade”, conforme a Figura 1 abaixo. Para Wada (2012, p. 421), é somente nessa região de sobreposição das três atividades – privada, social e comercial, que ocorre a condução planejada da hospitalidade.

Figura 1 – Atividades Relacionadas com a Hospitalidade



Fonte: LASHLEY E MORRISON, 2004 A-p. 6

Nos hospitais, o setor de hospitalidade integra a equipe de hotelaria hospitalar

com o objetivo de diferenciar os serviços prestados, atender bem e encantar o cliente. A hospitalidade oferecida pelo hospital tem em sua missão “um conjunto de valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”. (CAMARGO, 2004, p. 44)

Frozé (2010, p. 38) menciona que ao se falar de hospitalidade em uma instituição hospitalar, “os termos mais utilizados seriam: paciente, que é o cliente externo e colaborador ao qual se pretende que seja acolhido e recebido em seu local de trabalho e a estrutura física, tal como cliente”. A autora (2010, p. 45) observou que ao se implantar a hotelaria hospitalar, verifica-se uma preocupação com o atendimento, o que gera valor aos serviços prestados. “A implantação da hotelaria hospitalar tem sido a atração de uma demanda qualificada, a procura de serviços complementares ao tratamento médico.”

Boeger (2003, p. 24), por sua vez, define a hotelaria hospitalar como sendo: “a reunião de todos os serviços de apoio, que associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação”.

A hospitalidade começa a ser vista como uma aliada da equipe assistencial, na qual o funcionário realiza um atendimento informal e procura estimular no paciente o resgate da sua individualidade a partir do momento que este apresenta os serviços disponíveis, como por exemplo, ao se oferecer uma revista, livros, histórias e até mesmo filmes.

A angústia e ansiedade provocada por internações prolongadas podem ser aliviadas com atividades planejadas, voltadas para a humanização no atendimento e resgate dos valores culturais. Pode-se buscar o favorecimento do convívio familiar, mediante atividades como artes plásticas, pintura e desenho, contos, história da arte, musicoterapia, jogos, literatura, trabalho corporal e artes folclóricas. Quando profissionais de área do turismo e hotelaria proporcionam atividades de entretenimento e lúdicas, os educadores físicos e fisioterapia elaboram atividades físicas e corporais, de artes e história entre outras, atuando no ambiente hospitalar, causam uma mudança de cenário interno e externo. (GODÓI, 2008, p. 16 -17)

Godói (2008, p. 41) informa que: “a hospitalidade pode e reduz radicalmente o sofrimento de pacientes e clientes ao minimizar a dor para pacientes e familiares, em momentos de fragilidade”. Para o autor (2008, p. 44), “a empatia percebida desde a

marcação de consultas, exames, o *check-in* e *check-out*, o tratamento respeitoso provoca uma impressão permanente no usuário”.

A organização hospitalar é a empresa mais complexa e desafiadora para se administrar, de acordo com Vecina Neto (2012), que afirma que é mais fácil administrar uma empresa de ônibus, bancos ou petrolíferas, entre outras, do que um hospital. O mesmo autor complementa ainda que a primeira coisa que o paciente vê ao entrar num hospital ou unidade de saúde, não é o médico, mas sim uma pessoa do atendimento com baixa remuneração, mal formada e treinada.

As ações do setor de hospitalidade tendem a contribuir para a melhoria da ambiência hospitalar no âmbito de serviços de saúde pública e privada que têm similaridades no objetivo de atender bem o usuário, oferecer acolhimento e compreensão.

1.2 Humanização e Hospitalidade

Para Lepargneur, a tendência atual é de reduzir o prazo de hospitalização, graças aos progressos da medicina, não apenas em razão da melhor eficácia terapêutica, mas também em razão do melhor conforto, sobretudo psicológico, do próprio lar. (2003, p. 301)

O termo humanização gera uma reflexão sobre a ética, valores e atitudes incentivando a observação do cotidiano e do entorno, o que acaba por afetar e influenciar diretamente a sociedade.

Embora o termo laico humanização possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos, ou solapados em tempos de frouxidão ética. No nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. Não é possível pensar a humanização na saúde sem antes dar uma olhada no que acontece no mundo contemporâneo[...]. (RIOS, 2009, p. 8)

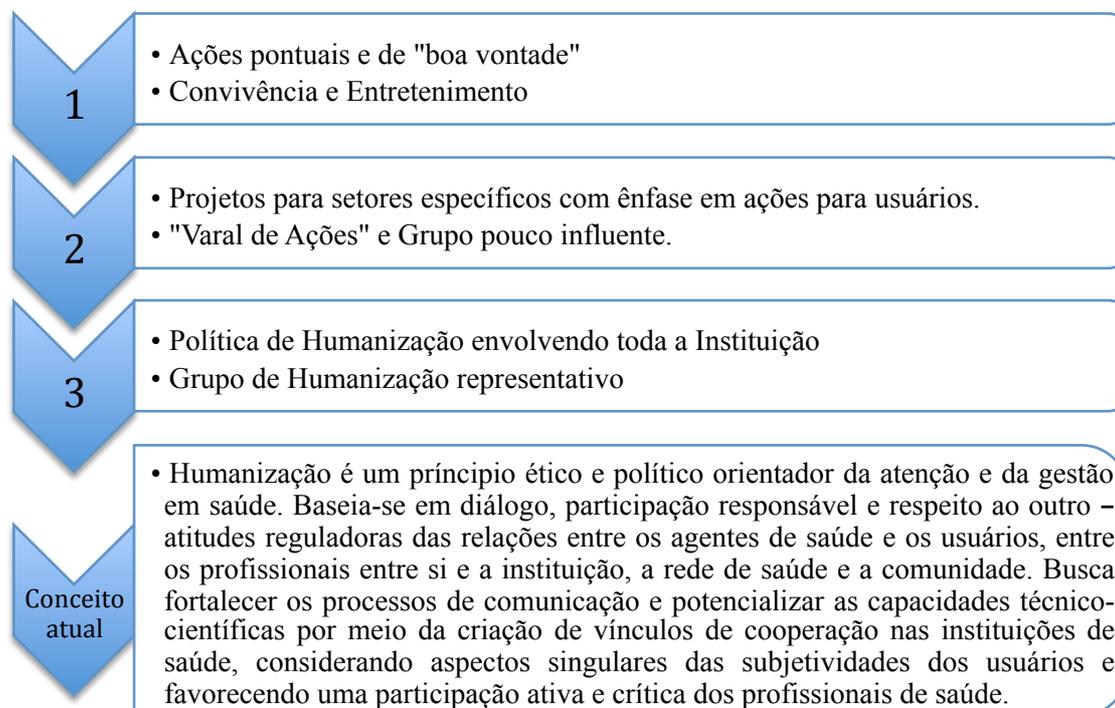
Além de envolver o cuidado ao paciente e para o acompanhante, a humanização abrange todos os que estão envolvidos no restabelecimento da saúde, que podem ser os usuários, equipe multiprofissional e a instituição. Batistella (2009) revela que a “humanização é ferramenta de gestão, pois valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais.” (BATISTELLA, 2009, p. 5).

Muito embora não seja um assunto recente, nos últimos anos o termo humanização tem recebido destaque cada vez maior. Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, trazendo pela primeira vez o assunto para discussão nacional. No mesmo ano, o tema ganha um novo direcionamento institucional, fundamentado, principalmente, no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH e posteriormente na Política Nacional de Humanização – PNH trazendo proposta de mudança nos modelos de atenção e gestão em todo o sistema e serviços de saúde. (POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO, 2012, p. 4).

A evolução do conceito humanização, que primeiramente por volta do ano 2000, era visto como ações pontuais e de “boa vontade” focada na convivência e entretenimento. Em um segundo momento, os projetos foram idealizados para os setores específicos e para os usuários. O grupo de humanização era considerado pouco influente e as ações ocorriam de forma isolada chamada de “varal de ações”.

Na terceira fase, a política de humanização engloba toda a instituição e essa unificação fortalece cada vez mais o Grupo de Humanização até chegar à Política Estadual de Humanização e no conceito atual. Observe a figura 2 a seguir.

Figura 2 - Evolução do Conceito Humanização



Fonte: RIOS (2010)/ HumanizaHCFMUSP

O tema hotelaria hospitalar⁵ também está em foco como um diferencial competitivo para agregar valor ao negócio e segmentar funções que anteriormente sobrecarregavam a equipe assistencial: hotelaria entra como um aliado estratégico à humanização na saúde tanto em instituições privadas como nas públicas.

Nos hospitais particulares, a hotelaria está focada em luxo e serviços, uma oferta bem parecida com o que acontece nos grandes hotéis no intuito de agregar valor ao serviço oferecido. No setor público de saúde, por outro lado, a hotelaria está atrelada com a humanização e a ações de sustentabilidade.

A hospitalidade e a humanização podem ser consideradas sinônimas, quando o assunto é saúde pública. Na abertura do X Fórum de Hotelaria Hospitalar⁶, Pollara (2011) enfatizou que existe “um limbo entre as áreas de hospitalidade e humanização na saúde pública gerando confusão muitas vezes do pertencimento das ações”. O

⁵ A palavra hospital (italiano *ospedale*, inglês *hospital*, francês *hôpital*, alemão *spital*) vem do latim *hospitale* com a palavra hotel. (LEPARGNEUR, 2003, p. 301)

⁶ Ocorrido no Centro de Convenções Rebouças, inserido no Complexo HCFMUSP, nos dias 24 e 25 de outubro de 2011.

autor comentou, ainda, sobre a importância de disseminar os valores da hotelaria hospitalar para todos os funcionários do hospital. Esses valores seriam: “humanização, comprometimento com a melhoria do ambiente de trabalho, com acolhimento do usuário, investir na qualidade de vida do colaborador e com a responsabilidade socioambiental”.

Rios (2010) informa que os modelos de atenção à saúde no ano 2000 ao redor do mundo eram a medicina integral (EUA), medicina centrada no paciente (Canadá), medicina baseada na narrativa (Inglaterra), educação terapêutica (França) e a medicina do cuidado (Brasil).

As ações e os conceitos da humanização e atenção à saúde, descritos no quadro abaixo, demonstram alguns dos resultados coletados durante a implantação das cartilhas⁷ com o enfoque em cuidado, acolhimento, ambiência, hospitalidade, entre outras.

Quadro 1 – Humanização – Atenção à saúde

Conceito	Ações	Resultados Observados	Indicadores (proced. /result.)
Cuidado	Relação profissional / paciente qualificada	Diminuição de consultas e exames desnecessários	% Redução do pedido de exames
Ambiência e Hospitalidade	Programas de intervenção lúdica/ artística	Redução do tempo de internação	% Redução do tempo médio de permanência hospitalar
Acolhimento	Acolhimento com avaliação de risco	Melhora do atendimento ao usuário	% Aumento da resolução satisfatória dos casos segundo usuários

Fonte: RIOS (2010) / Humaniza HCFMUSP.

De acordo com quadro acima, verifica-se que as ações de cuidado, acolhimento, ambiência e hospitalidade tendem a reduzir o tempo de internações,

⁷ Refere-se às cartilhas elaboradas para a Política Nacional de Humanização.

auxiliando na diminuição de consultas e exames desnecessários, o que acaba por impactar na redução do tempo médio de permanência no hospital, melhorando o atendimento e reduzindo filas, o que aumenta o índice de resolutividade e satisfação do cliente, segundo dados de ouvidorias e relatos dos próprios usuários do sistema público.

Na leitura de Godói (2008, p. 45), observa-se, por intermédio da humanização do ambiente, que “o restabelecimento do doente é maximizado num menor período de tempo, havendo ao final um sentimento de satisfação e realização para as equipes médicas e a administração perceberá os resultados nos seus relatórios mensais”. O autor com esta citação acaba por constatar a assertiva mencionada por Rios, apresentada no quadro 1.

Nas palavras de Frozé (2010, p. 39), ao se “discutir a humanização no ambiente de trabalho tornou-se uma necessidade a vivência num ambiente organizacional cujos valores maiores incluem a humanização que podem trazer grandes benefícios para o indivíduo e para o grupo”. A autora enfatiza a semelhança no termo humanização e hospitalidade, “quando as ações estão alinhadas com conceitos que permeiam a Hospitalidade” (FROZÉ, 2010, p. 36).

Rios (2010) destaca que a Hospitalidade está relacionada com a Ambiência, o que acaba por englobar intervenções lúdicas e/ou artísticas. Essa abordagem dos termos Hospitalidade e Humanização, que Frozé (2010) e Rios (2010) informam, demonstram as confluências de ideias e a abrangência de possibilidades de conceitos e atributos relacionados que podem desabrochar em novos campos de estudos e modelos de gestão organizacionais.

A hospitalidade tem sido utilizada como instrumento para acolher o usuário, agregar valor e promover a diferenciação nos serviços de saúde. Já a humanização apoia todas as ações de hospitalidade ao auxiliar na elaboração de projetos, na integração da equipe multidisciplinar e ao criar indicadores de resultados para as atividades implantadas nos hospitais.

Dessa forma, Frozé (2010, p. 39) informa que “a humanização nos serviços de saúde baseia-se fundamentalmente em criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente”.

A humanização pode ser um processo que transcende o atendimento técnico do paciente, com compreensão e cuidado integrais do usuário.

A cura integral do ser humano é tão importante que demanda um prolongamento da nossa reflexão anterior. Nas grandes tradições terapêuticas da humanidade sempre houve a percepção de que a cura é um processo global, envolvendo a totalidade do ser humano e não apenas a parte enferma [...] Essa compreensão deixa para trás o dualismo corpo-alma e inaugura uma visão mais globalizante. Entre matéria e espírito está vida que é a interação da matéria que se complexifica, se interioriza e se auto-organiza. Corpo é sempre animado. “Cuidar do corpo de alguém”, dizia um mestre do espírito, “é prestar atenção ao sopro que o anima.” (BOFF, 1999, p. 142-145)

Quando se abordam as diversas facetas que integram o cuidado, Boff (1999, p. 109) acrescenta que o simples ato de cuidar tem muitas ressonâncias. “Trata-se de conceitos afins que se desentranham do cuidado e o trazem em distintas concreções.” O mesmo autor complementa, “Privilegiamos estas sete: o amor como fenômeno biológico, à justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a convivialidade e a compaixão. Poder-se-ia acrescentar ainda a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza” (BOFF, 1999, p. 109).

Para Ghellere (2001), o processo de implantação da humanização visualiza como uma tarefa contínua, devido aos processos tecnológicos e as mudanças culturais envolvidas. A implantação da hotelaria em um hospital não cura a doença, mas ameniza o sofrimento do paciente e auxilia no tratamento cativando os acompanhantes como aliados. A humanização e a hotelaria contribuem para a melhora do “clima” no hospital, tornando-o um espaço digno para a recuperação da saúde.

Godói (2008) afirma que a humanização no atendimento é uma política pública que deve estar presente nos diversos níveis de atenção à saúde, tanto no domínio público quanto no privado por intermédio do acolhimento e sem discriminação, que contemple a integridade de ser humano.

1.3. Humanização: Política Pública

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que consiste em uma política ministerial que busca “promover uma nova cultura de atendimento à saúde.” (MS, 2000).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. (DESLANDES, 2004, p. 3)

Deslandes (2004, p. 3) informa ainda que o objetivo da PNHAH seria “aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face a face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições”.

No campo da humanização da atenção à saúde, o principal avanço verificado foi a adesão dos Estados e municípios às ações propostas pelo Ministério da Saúde. “Esta adesão resultou em melhorias na humanização da atenção para aproximadamente 80% da população que utiliza os serviços públicos de saúde.” (MS, 2009).

Para aprimorar a qualidade da assistência e formular estratégias para promover as mudanças de forma planejada foi lançada no dia 24 de maio de 2012 a Política Estadual de Saúde no Estado de São Paulo, que visa expandir as diretrizes da Humanização em todos os níveis de assistência, defendendo o seguinte conceito:

Humanização é um princípio ético e político orientador da atenção e da gestão em saúde. Baseia-se em diálogo, participação responsável e respeito ao outro – atitudes reguladoras das relações entre os agentes de saúde e os usuários, entre os profissionais entre si e a instituição, a rede de saúde e a comunidade. Busca fortalecer os processos de comunicação e potencializar as capacidades técnicas – científicas por meio da criação de vínculos de cooperação nas instituições de saúde, considerando aspectos singulares das subjetividades dos usuários e favorecendo uma participação ativa e crítica dos profissionais de saúde. (POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO, 2012, p. 9)

A humanização com a transversalidade promove integração entre equipes e abre um canal de comunicação com os usuários, no qual o simples ato de ouvir, compreender as necessidades do cliente interno e externo do hospital reduz custos e burocracias, aumenta a eficácia e a receptividade ao tratamento, essa qualidade de atenção diminui filas e amplia a eficiência da equipe.

A comunicação dos profissionais com o usuário depende de outro tipo de iniciativa, como capacitação e programas que incentivem humanização e a qualidade no atendimento, uma das nossas grandes metas. Na Atenção Básica temos um programa de qualificação que premia quem melhor atende na área hospitalar e temos o SOS Emergência, que, entre outras ações, propõe a criação do acolhimento com classificação de risco já na chegada do paciente no hospital. Além disso; estamos a cada dia buscando programas e ações estratégicas para aumentar o acesso e qualificar o serviço. Um bom exemplo é nosso projeto de implantar uma sucursal do Canal Saúde em Brasília, melhorando a programação, aumentando sua capilaridade e disponibilizando o sinal em todas as salas de espera do Brasil. (PADILHA, 2012⁸)

A Humanização é apoderamento⁹ dos usuários, no que diz respeito a tomadas de decisões e no diálogo compartilhado. Campos (2005) afirma:

A Humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitaria: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e em maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. Sempre que falo em Humanização, estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia. (CAMPOS, 2005, p. 398)

Padilha conclui a discussão informando que “no tratamento de saúde a

⁸ ORGANICOM – Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas – Ano 9 – Edição Especial – Números 16/17 – 2012 – ISSN 2238 2593 – Comunicação e Saúde.

⁹ Segundo Campos (2005), informa que “no SUS a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias.”

comunicação, o acolhimento, a humanização são compreendidos como partes integrantes. Acreditamos e perseguimos isso: um cuidado mais humanizado, mais carinhoso”. O autor complementa ainda que “Incentivamos em nossas capacitações, que ocorrem frequentemente nas mais diversas áreas do Ministério da Saúde, que os profissionais escutem e acolham os pacientes e seus problemas, porque isso pode ser crucial na sua cura e na devolução de sua autonomia”. (PADILHA, 2012, p. 287)

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP, 2012) informa que irá investir R\$ 40 milhões nos próximos quatro anos para humanizar o atendimento. Em maio de 2012, foi lançada a Política Estadual de Humanização (HumanizaSES), que irá atuar em todos os hospitais e AMEs¹⁰. A Secretaria do Estado também pretende expandir projetos de humanização para toda a rede estadual, beneficiando pacientes, acompanhantes e os funcionários das unidades. (SES-SP, 2012)

Outro foco para melhorias e investimento é em ambiência com objetivo de oferecer espaços que garantam acolhimento, conforto, privacidade, sinalizações e fluxos de pacientes entre as diferentes áreas e serviços dos hospitais.

Além disso, deverão ser implantados programas terapêuticos e culturais para a saúde e defesa de direitos e deveres dos usuários da rede estadual de saúde, a exemplo de grupos de orientação e prevenção em saúde nas salas de espera dos ambulatórios, apresentação de filmes em circuito interno de TV, exposições artísticas e musicais nos serviços de saúde, brinquedoteca, empréstimo de livros para pacientes e acompanhantes nas unidades de internação e apoio espiritual, entre outras ações. (Saúde Web, 2012)¹¹

A previsão é de que em 2012 sejam beneficiados 57 serviços de saúde. A proposta é que até 2015 a rede estadual de saúde esteja executando plenamente projetos de humanização integrados e sustentáveis. (Saúde Web, 2012)

1.4 Serviços Públicos de Saúde

¹⁰ Ambulatórios Médicos de Especialidades

¹¹ Saúde Web – Disponível em <http://saudeweb.com.br/29970/saude-investe-r-40-milhoes-para-humanizar-atendimento-em-hospitais/> acesso dia 27 de junho de 2012.

Camarinha (2010) informa que toda grande instituição da sociedade que presta serviços à população precisa de estratégias para renovar as políticas públicas e conseguir alcançar seus objetivos como empresa.

Prahalad (2005) afirma que nenhum setor está imune à necessidade de envolver o cliente e outros *stakeholders* no processo de criação de valor, impactando, inclusive, em áreas tradicionais como educação, seguros e assistência médica.

Na área da saúde, Prahalad (2005) sugere soluções criativas para problemas conhecidos. “Os dois problemas, DDI¹² e diarreia são grandes preocupações da saúde pública. São também uma oportunidade de criar e abastecer mercados de sal fortificado ou mais sabonete bactericida”. (Prahalad, 2005, p. 170). Ele complementa ainda que “O trabalho de esclarecimento necessário para ajudar os consumidores da BP¹³ a reconhecer o risco à saúde e mudar seus hábitos é responsabilidade não apenas da empresa, mas das organizações governamentais e não governamentais (ONGs) que trabalham nessa área”. (PRAHALAD, 2005, p. 170)

[...] e cabe à indústria como um todo – não apenas a empresas isoladas – a responsabilidade de criar a consciência da existência desses problemas. [...] As organizações da sociedade civil, os governos (tanto locais quanto nacionais), programas internacionais de assistência e a indústria devem trabalhar em conjunto. [...] Cada um dos integrantes deste consórcio começa com pautas muito diferentes, embora possam até concordar sobre o conjunto do problema. Construir consenso é um processo complicado e que demanda tempo. Os casos de que estamos tratando ilustram maneiras de transpor esses graves obstáculos à colaboração e indicam quando a opção por programas isolados pode ser a solução mais eficaz em termos de custos. (PRAHALAD, 2005, p. 170)

Segundo dados levantados por Camarinha (2010); o mercado da saúde apresenta um grande desafio voltado a melhorar a qualidade do atendimento e reduzir, ou ao menos conter, seu crescente custo (Revista HBB, 2010). Os últimos dados publicados mostram um gasto de R\$ 109 bilhões, segundo o Ministério da Saúde, representando uma participação em relação ao PIB (Produto Interno Bruto) de 3,6 % e

¹² DDI – Distúrbio por Deficiência de Iodo

¹³ BP – Base da pirâmide

um número de empregados diretos e indiretos de 2 milhões de profissionais. (PORTAL DA SAÚDE, 2009).

Os atuais gastos com a saúde pública no País ficam muito abaixo do que é investido por nações que também oferecem saúde gratuita, como Reino Unido, Alemanha, Canadá e Espanha. O Brasil gasta muito pouco com saúde pública. Em 2010, gastou 4% do PIB, cerca de R\$ 127 bilhões. Para chegar a gastar mais 2% [do PIB] e igualar a esses países. Pelo menos teria que se investir mais R\$ 83 bilhões. Somando o setor privado (planos de saúde e gastos particulares), o total dos gastos com saúde no Brasil chega a 8,4% do PIB.

Segundo Abiko (2011, p. 3), “a noção do que é serviço público varia conforme as características da sociedade, da sua organização política e do seu grau de desenvolvimento”.

O conceito de serviço público está relacionado aos conceitos de serviço, assim como aos conceitos de público. De forma genérica, entende-se que o serviço público deva atender às necessidades coletivas. E estas necessidades coletivas variam consideravelmente entre os diversos países, entre as diversas realidades sociais, entre os vários períodos históricos. (ABIKO, 2011, p. 3)

O serviço público é realizado para uma determinada comunidade, com características e necessidades peculiares de cada cidade, região, estado ou país. Quando a questão envolve leis que regem um determinado lugar, por meio da leitura de Cretella Junior (1977) apud Abiko (2011), define-se “serviço público como a atividade que a pessoa jurídica pública exerce, direta ou indiretamente (delegação), para a satisfação das necessidades coletivas, mediante procedimentos peculiares ao direito público”.

Outro viés de discussão é a relação entre o dilema custo-qualidade que pode ser encontrado nos mais diversos ambientes corporativos que prestam serviços à população.

Segundo Albrecht (2000, p. 154), “o dilema custo-qualidade está presente, em alguma medida, em todas as empresas. Não conheço empresa alguma que possa aplicar rios de dinheiro à melhoria da qualidade de serviço sem ser obrigada a prestar atenção nas receitas e custos”.

Alonso (1999, p. 39) complementa quando a gestão dos custos e do dinheiro público é uma importante estratégia para o funcionamento de todo o sistema: “conhecimento do custo dos serviços públicos é fundamental para se atingir uma alocação eficiente de recursos”. O desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos. Os serviços públicos têm fundamental importância na produção e reprodução do capital, assim como na reprodução da força de trabalho; isso significa que uma boa qualidade de serviços públicos é fundamental para o desenvolvimento social e econômico de uma sociedade.

Para embasar as questões que envolvem serviços, custos, qualidade, utiliza-se de Prahalad (2005) no que diz respeito à base da pirâmide, do povo e desse vasto campo para os serviços de saúde no Brasil.

Quatro bilhões de pobres podem ser a força motriz da próxima etapa global de prosperidade econômica. Isto servirá como fonte de inovações. Suprir os consumidores da base da pirâmide (BP) exigirá inventividade em tecnologia, produtos/serviços e modelos de negócios. Mais ainda, incentivará as grandes empresas a trabalhar em parceria com organizações da sociedade civil e governos locais. O desenvolvimento de mercados da BP também criará milhões de novos empreendedores na base – desde mulheres trabalhando como distribuidoras e empreendedoras até microempresas em nível de bairros/ou vila. Essas microempresas serão parte integrante do ecossistema lastreado no mercado, o que significará igualmente a necessidade de inovações organizacionais e de governança. (PRAHALAD, 2005, p. 15)

No quadro 2, apresentam-se os sete pecados dos serviços, segundo Albrecht (2000, p. 15) após estudos e coletas de dados sobre a insatisfação do cliente.

Quadro 2 – Os sete pecados dos serviços

Pecados	Exemplos de situações
1. Apatia	“Estou dando a impressão de que me importo com isso?”
2. “Dispensa”	“ Esse não é meu departamento”
3. Frieza	“Você é um estorvo; por favor, desapareça”
4. Condescendência	Elas chamam o médico de “Doutor Jones”, mas o paciente é chamado pelo seu primeiro nome, e falam com o paciente como se ele tivesse quatro anos de idade.
5. Automatismo	“Obrigado-tenha-um-bom-dia-PRÓXIMO!”

6. Livro de Regras	Os bancos são famosos nesse aspecto; fazem todo o possível para eliminar todo sinal de pensamento e julgamento humano, com o resultado de que ninguém está autorizado a pensar.
7. “Passeio”	“Desculpe, mas você precisa contactar (ou procurar) fulano. Aqui não resolvemos esse tipo de problema”.

Fonte: Baseado em Albrecht (2000, p. 15), elaborado pela autora.

Segundo Albrecht (2000), a apatia acontece quando há descaso por parte da pessoa responsável pelo contato com o cliente. A “dispensa” por sua vez se revela quando procura se livrar do cliente desprezando sua necessidade e problema. A frieza se manifesta “numa espécie de hostilidade gélida, rispidez, tratamento inamistoso, desatenção ou impaciência com o cliente [...]” (ALBRECHT, 2000, p. 16).

A condescendência para Albrecht (2000, p. 16) é o tratamento do cliente com uma atitude paternalista, como é observado no setor de assistência à saúde, abordando o paciente de forma infantilizada e dependente. O automatismo ocorre quando o funcionário age de forma mecânica, padronizando os mesmos movimentos e chaves, sem qualquer indício de calor ou individualidade.

O livro de regras aparece quando se colocam “as normas da organização acima da satisfação do cliente, sem qualquer liberdade, por parte do funcionário que presta o serviço, para abrir exceções ou usar o bom senso” (ALBRECHT, 2000, p. 16).

O sétimo pecado seria o “passeio” na visão de Albrecht (2000, p. 17), quando ocorre o jogo de empurra-empurra com o cliente que não consegue resolver seu problema porque o tratam como uma bolinha de pingue-pongue.

Para Albrecht (2000), “é uma vergonha que os órgãos do governo tenham, em geral, uma imagem de prestação de serviço tão ruim, mas em sua maior parte ela é merecida”.

Por que é que, em quase todas as nações do Ocidente, cujos cidadãos consideram ser o governo um serviço, a imagem dominante dos órgãos do governo e dos funcionários públicos é uma imagem de indiferença, ineficácia e ineficiência? Por que os servidores públicos têm a imagem de serem preguiçosos, desmotivados e indiferentes às necessidades do público, preocupando-se apenas com a segurança no emprego? (ALBRECHT, 2000, p. 8)

O próximo item abordará todo o contexto do Sistema Único de Saúde, conhecido como “sistema universal” de saúde.

1.4.1. O SUS (Sistema Único de Saúde)

Segundo Carvalho et al (2012), o Brasil é um país de profundos contrastes, marcado por extremas desigualdades sociais e extensa territorialidade. “O modelo hospitalocêntrico caracterizado pela inviabilidade em vários países também não satisfaz um país com a dimensão do Brasil e cerca de 191 milhões de habitantes”. (CARVALHO ET AL, 2012 , p. 94).

O conjunto de ações e serviços de saúde e higiene é prestado por instituições e órgãos públicos federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, constituindo o SUS, conforme a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

O desafio de atingir a meta de “saúde para todos”, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), coloca o governo na berlinda ao forçá-lo a não apenas criar e manter políticas de desenvolvimento para a saúde, mas também a assegurar práticas que as sustentem. Práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, buscam promover a integralidade dos serviços de saúde em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância da saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços. (CARVALHO ET AL, 2012, p. 94).

Para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o SUS é constituído pelas ações e serviços de saúde por intermédio da gestão pública e de trabalho em conjunto e articulado entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. Conforme estabelecido, tem caráter universal e gratuito, isto é, todos os cidadãos têm direito à assistência pelo SUS, e todos os serviços são gratuitos. Cada nível de governo (federal, estadual e municipal) assume determinadas responsabilidades dentro do SUS, e atualmente, por intermédio do processo de descentralização das

ações, compete aos municípios planejar, controlar e executar a grande maioria dos serviços públicos de saúde. Os princípios norteadores do SUS são:

- universalidade no acesso aos serviços disponíveis;
- igualdade no tratamento entre as pessoas;
- equidade na distribuição dos serviços e dos recursos financeiros.

Apesar de o SUS estar previsto para ser um sistema universal, apenas 75% da população dependem dele e conseguem ser atendidos por ele, pois os outros 25% são cobertos pela rede assistencial privada.¹⁴

Estão incluídas no campo de atuação do SUS, além da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, entre outras, as ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica. O SUS adota como modelo a divisão da assistência em três níveis de atenção, organizada de acordo com a complexidade da ação ou do serviço oferecido:

-Atenção básica: constitui o primeiro nível de atenção à saúde, é o primeiro contato do usuário com o SUS. Por intermédio das Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família, estão disponíveis consultas com as especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia) e são oferecidas diferentes ações que envolvem a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais frequentes.

-Média complexidade: compõe-se de ações e serviços cuja prática demanda disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Podem ser citadas como serviços de média complexidade: exames de ultrassom e raios-X, fisioterapia, terapias especializadas, cirurgias ambulatoriais, etc.

¹⁴ Com a implantação do sistema (SUS), o número de beneficiados passou de 30 milhões de pessoas para 190 milhões. Atualmente, 80% desse total dependem exclusivamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde.(MS,2013) – disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>, acesso dia 8/5/2013.

- Alta complexidade: conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, podendo ser citados, dentre outros: assistência ao paciente com câncer, cirurgia cardiovascular, transplantes, procedimentos de neurocirurgia, alguns exames mais complexos, procedimentos de diálise e cirurgia bariátrica (tratamento cirúrgico da obesidade).

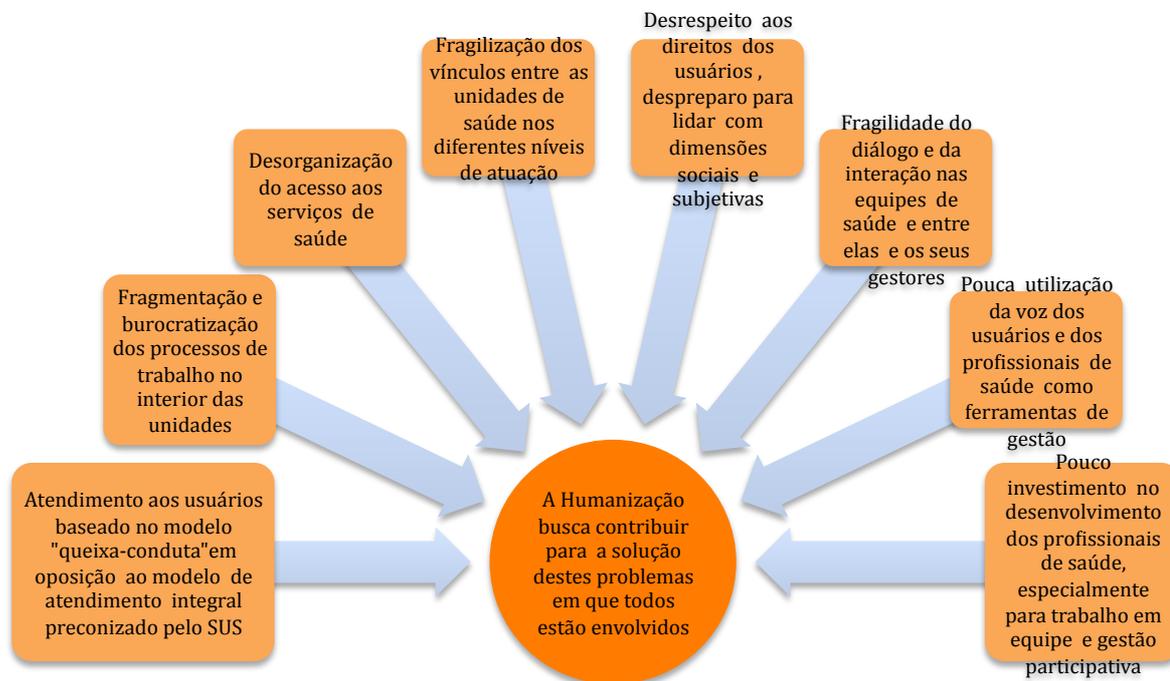
Segundo matéria publicada na Folha de São Paulo¹⁵, o sistema de saúde tem uma má utilização pela população por falta de conhecimento sobre os fluxos do mesmo. Por exemplo: o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, maior complexo hospitalar do País “se divide entre a fama de ser o único em tratamentos e procedimentos específicos, como a separação de gêmeos siameses, e os sintomas comuns da rede pública, como a lotação dos prontos-socorros”.

A série de gargalos tem origem no modo como o sistema público funciona. Por conceito, o atendimento deveria ser em três níveis. O primário é voltado para situações simples, como febre, e estaria a cargo de postos. O secundário, para casos mais sérios, sob responsabilidade de hospitais de médio porte. Por último, doenças e quadros de alta complexidade, como derrames ou vítimas de acidentes graves, vão para hospitais como o HC. [...] Em torno de 70% dos pacientes do pronto-socorro do Central, segundo Pollara, poderiam ter sido atendidos em outras unidades de saúde. É um quadro que se arrasta por anos, apesar de o HC tentar filtrá-los. "Se a pessoa disser que está com dor no pé, dá para barrar. Isso é feito. Agora, se for emergência, tem de botar para dentro", diz o secretário estadual da Saúde, Giovanni Cerri. Mesmo com o filtro, iniciado em 2007, a pressão sobre o pronto-socorro continua. Em curto prazo é difícil de resolver. Atualmente, o PS do Central está sendo submetido a uma reforma que deve readequar o espaço e aumentar em 20% a capacidade de atendimento. (FSP, 2012)

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O sistema realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações. Segue a figura 3, que demonstra o cenário atual de dificuldades na implantação do SUS.

¹⁵ Folha de São Paulo (FSP) – matéria publicada, domingo 14/10/2012 às 3 horas . Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/1168397-em-meio-a-fama-e-filas-hc-planeja-reforma-e-novos-institutos.shtml>

Figura 3 - Cenário atual de dificuldades na implantação do SUS



Mudança da Cultura Organizacional

Fonte:
HumanizaSES (2012)¹⁶

O contato inicial preferencial deve ser feito na Unidade Básica de Saúde mais próxima do local de residência do usuário. Caso necessário, o usuário será encaminhado posteriormente para outras unidades de saúde mais especializadas. Para obter o cartão nacional de saúde ou cartão SUS, é preciso levar documentos como RG, CPF e PIS/PASEP (se possível) além de comprovante de endereço. Este cartão serve para identificar o usuário do SUS e reúne todas as informações pessoais e outros dados. O cartão SUS facilita a marcação de consultas e exames, assim como o acesso a medicamentos; é responsabilidade das secretarias municipais de saúde realizar esse cadastramento.

Para La Casas (2010, p. 132), os canais de distribuição em serviços são mais curtos e sem estruturas tradicionais: “Na área de serviços, essas funções são

¹⁶HumanizaSES. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/>, acesso no dia 21 de setembro de 2012.

praticamente oferecidas em conjunto, uma vez que produção e consumo ocorrem ao mesmo tempo”.

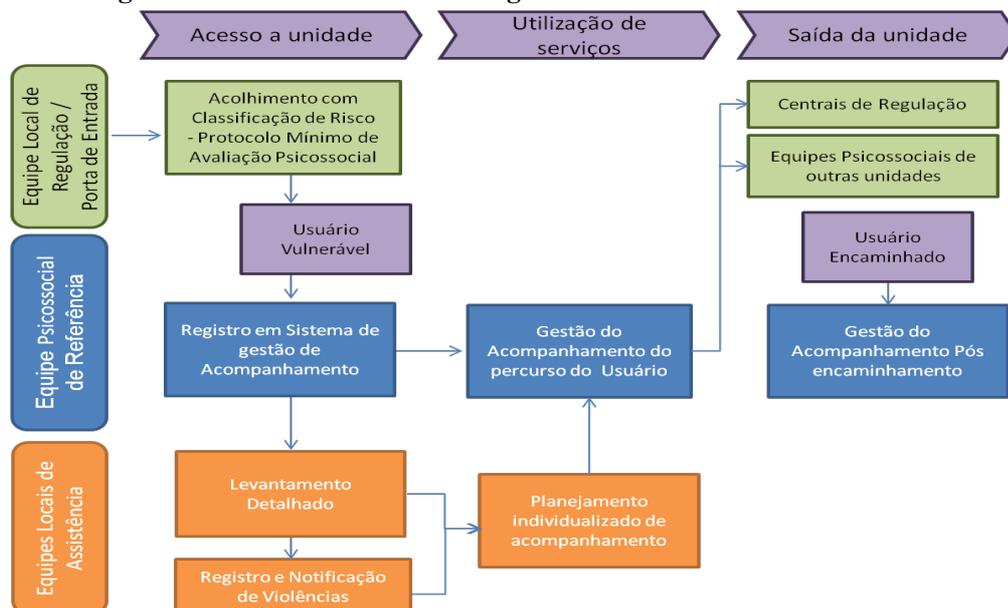
A razão pela qual o “serviço” público é geralmente tão ruim, com poucas exceções dignas de nota, é muito simples: não é necessário, às entidades governamentais, que seja oferecido um bom serviço. Não há qualquer fator de sobrevivência no raciocínio dos administradores de órgãos públicos, assim como ocorre com responsáveis por empresas privadas. (ALBRECHT, 2000, p. 9)

Em contrapartida, Campos (2006) afirma:

[...] tampouco considerar um dado estrutural imutável a miséria, a violência urbana; rejeitar e criticar com veemência o mau funcionamento das organizações públicas: recusar a continuidade da escola que não ensina, o hospital que não cura, da polícia que não aumenta a segurança”. O autor complementa ainda: “uma estratégia importante seria articular a defesa do SUS às reformas da ordem social e política brasileira. (CAMPOS, 2006, p. 302)

O modelo abaixo descrito, proposto para constituição e funcionamento dos CIH (Centros Integrados de Humanização), nas unidades de saúde da SES, pode ser sugerido como referência para a formação/fortalecimento de grupos de humanização nas demais unidades da rede de serviços de saúde nos municípios. A figura 4 indica o fluxo geral de funcionamento do Programa dos CIH nas unidades de saúde:

Figura 4 - Fluxo geral de funcionamento do Programa dos CIH nas unidades de saúde



Fonte: HumanizaSES (2012).

Os caminhos percorridos pelo usuário, descritos na figura 4, têm os objetivos de:

- Facilitar o acesso;
- Favorecer a organização dos serviços de saúde;
- Facilitar a atenção integral e contínua do usuário com vulnerabilidade;
- Considerar riscos psicossociais para priorização e acompanhamento integral do usuário com maior vulnerabilidade;
- Favorecer apoio, acolhimento, orientação e acompanhamento das equipes “multis” durante o percurso no sistema de saúde;
- Articulação e regulação das equipes de atenção à saúde com classificação de risco.

Os centros integrados de humanização¹⁷ – constituídos nas Unidades de Saúde SES e diretamente vinculados à alta direção das unidades de saúde têm como principal tarefa disseminar o conceito e as práticas de humanização, considerando as diretrizes e os dispositivos da PNH e as linhas de ação e indicadores da PEH.

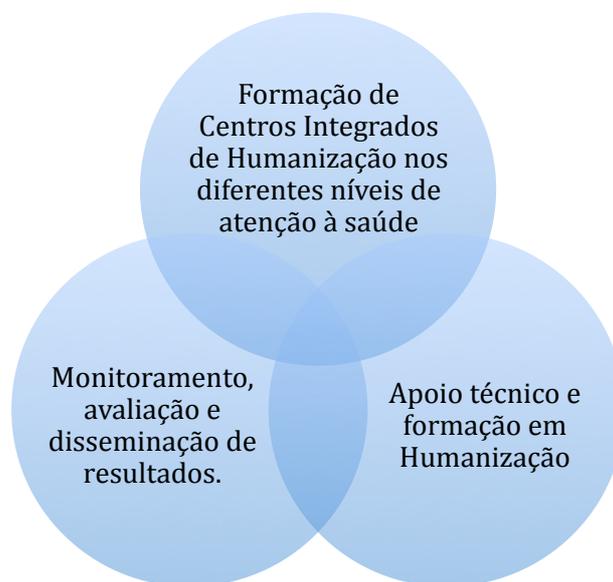
¹⁷ “Contribui para a integração entre as diversas áreas e serviços da unidade, e desta com os demais serviços de sua referência, assim como promove a formulação e implementação de plano de intervenção institucional de humanização”. (Humaniza/SES 2012)

Propõe-se que a elaboração desse plano tenha apoio e participação de profissionais dos diversos setores e serviços (por meio da Comissão de Humanização ou GTH) e que atuem como principais fontes de orientação para propostas de ação as necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde na execução dos processos de trabalho acima elencados.

As linhas de ação, figura 5, demonstram a integração e as etapas no processo de humanizar o sistema. Estas etapas seriam:

- Formação de Centros Integrados de Humanização nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- Apoio técnico e formação em Humanização;
- Monitoramento, avaliação e disseminação dos resultados.

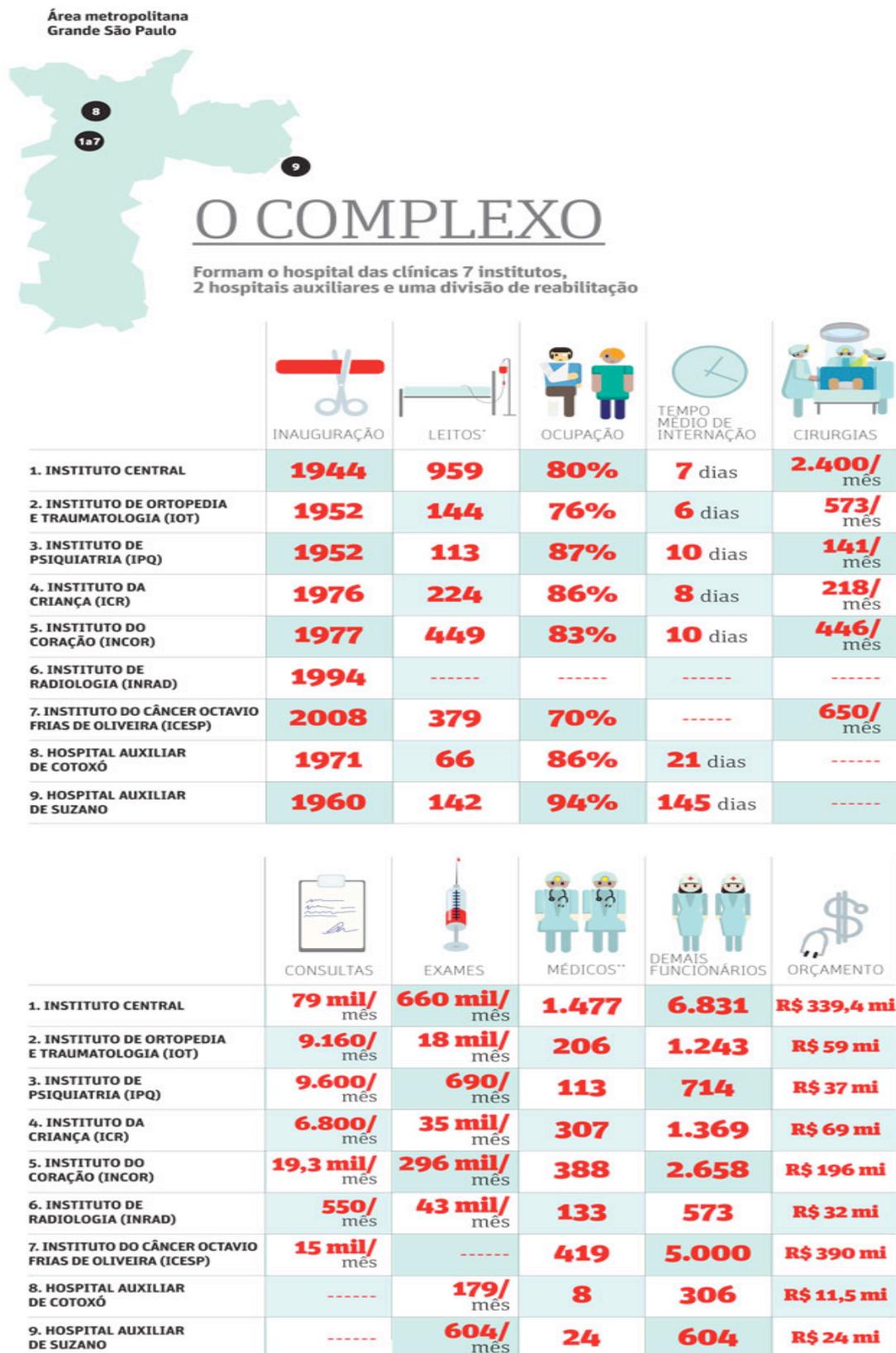
Figura 5 - Linhas de Ação



Fonte: HumanizaSES (2012).

Na figura 6, a seguir, temos a taxa de ocupação hospitalar dos Hospitais do Complexo HC e a disponibilidade de leitos para a população, além de outros números expressivos relacionados a atendimento, internações e cirurgias.

Figura 6 – O Complexo – Alguns Números



Fonte: FSP (2012)

A figura 6 apresenta uma síntese do funcionamento da rede de saúde pública paulistana, tanto os leitos disponíveis para a população, a taxa de ocupação e a verba anual destinada para cada hospital.

Além das fontes de recurso, a solução para os gargalos do Hospital das Clínicas passa pelo funcionamento do restante da rede de serviços de saúde, afirma o médico sanitário Paulo Puccini. "O HC é bom tecnicamente, mas a situação na qual funciona é desumana por conta da confusão em que está mergulhado", analisa. A seu ver, há falta de hospitais de menor porte, com até 200 leitos. "Procedimentos que não são complexos são realizados lá de maneira desnecessária." (FSP, 2012)

A situação do extremo sul de São Paulo não é diferente, porém é mais crítica, um hospital geral para atender aproximadamente um milhão de pessoas, o pronto-socorro desse hospital com média de 1.200 atendimentos/dia; ao se localizar em uma região de mananciais, onde há falta de permissão dos órgãos públicos para a construção de mais escolas, creches, hospitais, delegacias, etc. O distrito de Capela de Socorro, por exemplo, além do isolamento, encontra-se a 50 km de distância do Centro da cidade.

Segundo Elias (2011, p. 2), "os sistemas de saúde, os hospitais, os ambulatorios de especialidades e as unidades básicas de saúde devem estar integrados entre si e também articulados aos sistemas de planejamento, informação, controle e avaliação".

A matéria da FSP ainda discorre sobre probabilidades de soluções futuras, que são planejadas em extensos períodos de tempo entre 2 a 10 anos. Para concluir este capítulo, informando como está a situação atual: "O congestionamento da rede é agravado ainda pelo envelhecimento da população, episódios de violência urbana e acidentes de trânsito" (FSP, 2012).

Para poder correlacionar a teoria e gestão dos *stakeholders* em serviços de saúde, faz-se necessário um estudo acerca dos principais aspectos relacionados aos *stakeholders* e diferentes possibilidades de gestão; o detalhamento do assunto será discutido no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2 - *STAKEHOLDERS* EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo o objetivo é abordar os serviços de saúde à luz da teoria dos *stakeholders* de Freeman (1984). Ao se ampliar esta visão busca a compreensão de todos os atores envolvidos no processo de construção dos serviços da saúde pública. A palavra *stakeholder* apareceu pela primeira vez em um memorando interno do *Stanford Research Institute (RSI International)*, em 1963, e o termo foi utilizado para generalizar a noção de *stakeholder* (acionistas) como o único grupo do qual a administração deveria ser responsável. O conceito então desenvolvido reúne todos os grupos necessários para que a organização exista, incluindo assim os acionistas, empregados, clientes, fornecedores, credores e a sociedade. (FREEMAN, 1984, p. 32).

2.1. *Stakeholders*

A primeira reflexão sobre o termo *stakeholders* surgiu em meados da década de 1960, mas a utilização da teoria como ferramenta de gestão começou na década de 1980, devido a crises e instabilidades do mercado da época.

O termo *stakeholder* remonta ao século XIX. Orts e Strudler relembram o estudo etimológico feito por William Safire, trazendo à tona as origens do vocábulo. Para isso, precisamos voltar às fronteiras do oeste americano, quando alguém prometia um adiantamento no trabalho em dinheiro ou em alimento em função do cumprimento de alguma atividade. Assim, um *stakeholder* mantinha uma aposta no resultado, correndo um risco em função disso, podendo perder algum tipo de ativo (no caso, dinheiro ou alimento) caso o resultado não ocorresse. Sob este ponto-de-vista, algum tipo de propriedade ou ativo. Ampliando-se um pouco mais, pode-se considerar como *stakeholder* um indivíduo, ou um grupo, com quem a organização interage e que nela possui algum interesse, sentindo algum direito sobre ela. (TEIXEIRA e DOMENICO, 2008, p. 328).

Segundo Camarinha (2010, p. 16), nos textos de Friedman e Miles (2006) verificam-se evidências de executivos que utilizavam o conceito de *stakeholders* antes da década de 1960, em empresas como *Sears, Johnson & Johnson e General Electric*.

Freeman e Reed (1983) definem *stakeholders* como “aqueles grupos cuja inexistência de suporte acarretaria o fim da existência da organização”. (FREEMAN e REED, 1983, traduzido por CAMARINHA 2010, p. 16).

Segundo Freeman (1984, p. VI, tradução da autora), *stakeholder* é “ qualquer grupo ou indivíduo que pode influenciar ou ser influenciado para a conquista dos objetivos de uma empresa”.¹⁸ “[...] incluindo tanto quem investe (aposta), financeiramente, na empresa, quanto aquele que influencia de outras formas (fazendo um bom trabalho, por exemplo), ou que, simplesmente, sofre as consequências das ações organizacionais.” (TEIXEIRA e DOMENICO, 2008, p. 330)

Para Camarinha (2010, p. 17), a gestão dos *stakeholders* é considerada “fator crítico de sucesso em função de contemplar grupo de interlocutores imprescindíveis ao funcionamento de uma organização”. Já para Rocha (2010, p. 8), “a gestão dos *stakeholders* é um dos caminhos que podem ser percorridos pelas empresas na busca da construção de uma vantagem ante a concorrência”.

De acordo com Boaventura et al. (2010, p. 3), “A inabilidade da empresa em atender satisfatoriamente às expectativas de um deles pode comprometer não só o sucesso e a sobrevivência da organização, mas também todo o sistema formado em torno dela”.

Freeman (1984) categorizou os *stakeholders* entre os indivíduos que promovem mudanças internas à empresa, como os clientes, funcionários, investidores, acionistas, sindicatos e fornecedores, e no ambiente externo à empresa são observados influências de grupos como a concorrência, governo e a comunidade em uma perspectiva abrangente.

Em contrapartida, Wood (1990) e Clarkson (1995) apresentam uma divisão dos *stakeholders* entre primários e secundários. Para Teixeira e Domenico (2008, p. 331) , “Os *stakeholders* primários são aqueles com os quais a empresa mantém um relacionamento contratual e são afetados diretamente por ela no desenvolvimento de suas atividades e tomada de decisões”.

¹⁸ “A stakeholder is any group or individual who can affect, or is affected by, the achievement of a corporation’s purpose” (FREEMAN, 1984, p. VI).

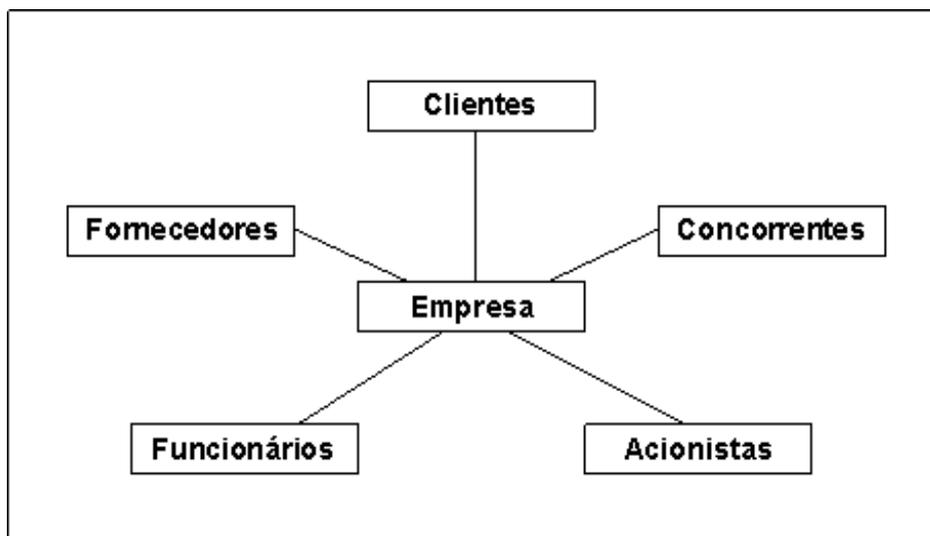


Figura 7 - Stakeholders Primários

Fonte: adaptado de WOOD (1990)

Os *stakeholders* primários seriam aqueles grupos vitais para a sobrevivência da empresa, como os acionistas, investidores, os funcionários, os consumidores, os clientes, fornecedores e a comunidade.

Já os *stakeholders* secundários, segundo Teixeira e Domenico (2008, p. 330), “são aqueles cujo relacionamento não é regulado por contratos” e seriam compostos por grupos que influenciam ou são influenciados nas atividades da empresa de maneira indireta sem regulamentos, por exemplo: a mídia, governo doméstico, governo internacional, organizações não governamentais, grupos ambientalistas, instituições financeiras, analistas financeiros e grupos com interesses específicos.

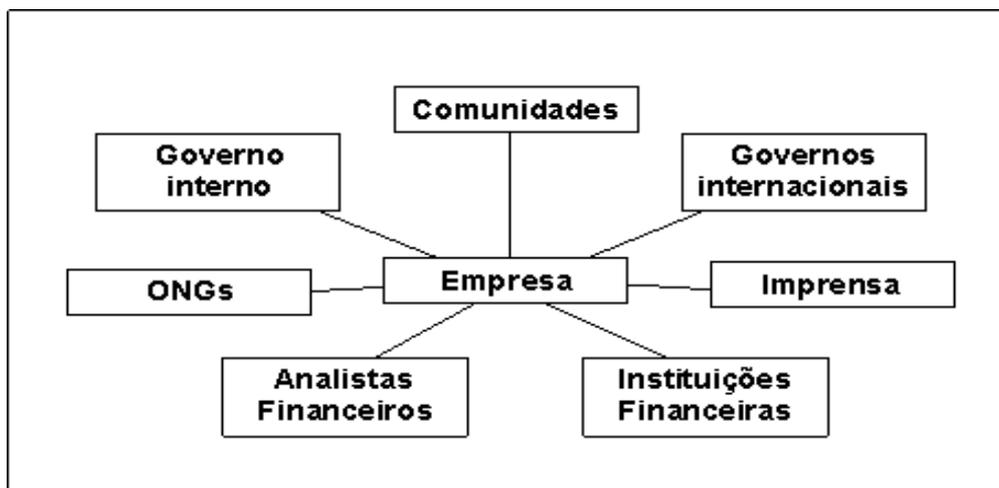
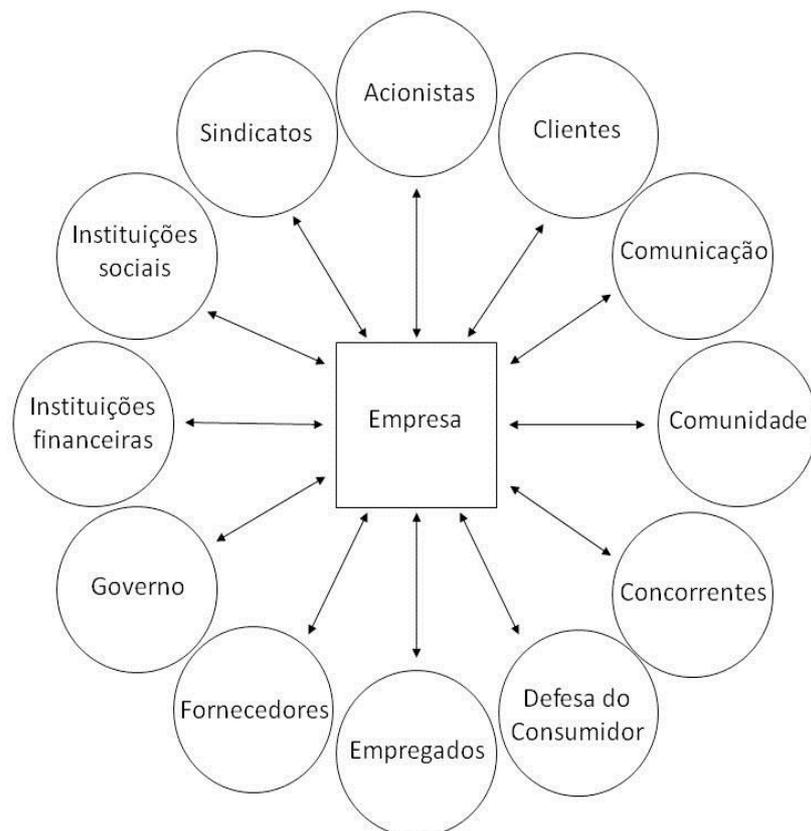


Figura 8 - Stakeholders Secundários

Fonte: adaptado de WOOD (1990)

Apresenta-se o mapa a seguir ilustrando os *stakeholders* onde representam os grupos ou indivíduos que influenciam ou podem influenciar uma organização.

Figura 9 - Mapa de Stakeholders:



Fonte: Freeman (1984)

O mapa facilita a observação do posicionamento de uma organização e o entendimento de toda a gama de vetores entre os grupos de referência e das adaptações necessárias para sua gestão. Para Koga (2011, p. 26), “faz-se necessário entender como começam as questões de cada *stakeholder*, qual a importância de tais ações e se serão revertidas em investimentos financeiros, seja para apoiar, seja para prejudicar a empresa”.

Segundo Koga (2011), outra preocupação para uma correta gestão dos *stakeholders* é fazer a integração entre eles, desenvolvendo conceitos e processos que abordem com o intuito de lidar com diferentes *stakeholders* em múltiplas questões.

Para cada questão estratégica importante deve-se pensar nos seus efeitos sobre uma quantidade de *stakeholders* e, portanto, existe a necessidade de processos que ajudem a identificar as preocupações com esses grupos. Para cada um dos *stakeholders* considerados chaves, os gestores responsáveis pelo relacionamento com esse *stakeholder* devem identificar as questões estratégicas que afetam esse grupo e elaborar, implementar e monitorar as estratégias para lidar com ele (KOGA, 2011, p. 27).

2.2 Stakeholders e os Serviços de Saúde

A área da saúde no Brasil, de acordo com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2011), é composta por 6.801 hospitais, sendo 4.616 privados, 2.011 públicos e 174 hospitais universitários.

Segundo Boaventura et al (2008), o Estado de São Paulo, à época, representava um importante centro, com 994 hospitais.

O setor de saúde movimenta cerca de R\$ 95 bilhões por ano, dos quais R\$ 63,5 bilhões são provenientes do sistema público e R\$ 23 bilhões do sistema privado. O restante, R\$ 8,5 bilhões são provenientes de gastos pessoais. O setor também emprega diretamente aproximadamente dois milhões de pessoas e gera, indiretamente, 5 milhões de empregos. (BOAVENTURA ET AL, 2008, p. 86)

Alexandre Padilha (2012) informa que o Estado de São Paulo vai receber investimentos de R\$ 348,8 milhões para a expansão e qualificação dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁹.

De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente, são 2,5 milhões de funcionários do setor, considerado o setor público e o setor privado, com 45% dos funcionários no setor privado.

Segundo o Ministério da Saúde²⁰(2011), aproximadamente, 75,6% dos brasileiros dependem do Sistema Único de Saúde - SUS. Anualmente, são realizadas cerca de 12 milhões de internações, 1,6 bilhões de procedimentos de atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 11.500

¹⁹ Saúde Web, matéria publicada dia 20/6/2012. Acesso no dia 30/6/2012.

²⁰ Radiografia da tributação no setor de saúde, (FBH, 2011, p. 32) apud Relatório Lafis – Ministério da Saúde.

transplantes de órgãos.

Uma mudança na cultura da saúde pode ser implantada no Brasil, com o objetivo de trabalhar a medicina preventiva, em que o diagnóstico de possíveis enfermidades se daria em uma fase inicial e o tratamento responderia com maior agilidade e eficácia, a qualidade de vida do paciente melhora de forma significativa e, em consequência a essa atitude, acarretaria em uma economia nos cofres públicos e privados.

Para Teixeira e Zaccarelli (2008, p. 13), “a era informacional tem impactado o comportamento de todos os *stakeholders*, desde os primários aos secundários. Entre estes se destacam profundas mudanças no seu comportamento estratégico visando à conquista de vantagens competitivas sustentáveis”.

Frooman (1999) incentiva observar:

- Quem são os *stakeholders*?
- O que eles querem?
- Como eles vão tentar conseguir o que querem?

Donaldson e Preston (1995) mapeiam os conceitos relacionados à teoria dos *Stakeholders* em três grandes dimensões. A dimensão Descritivo/Empírica deve ser utilizada para explicar e descrever a natureza e o comportamento da organização. Como a organização deveria ser gerenciada e como ela é gerenciada realmente. A dimensão instrumental ajuda a identificar as ligações ou falta delas entre administração do grupo de *Stakeholders* e o atingimento dos objetivos da organização. Por último, a dimensão normativa interpreta a função da organização, incluindo a orientação e os valores da empresa visando à sua administração (DONALDSON e PRESTON, 1995).

Outra forma de classificação de *Stakeholders* foi proposta por Mitchell, Agle e Wood (1997). Para os autores, os *Stakeholders* afetam ou são afetados por uma organização em diferentes graus de intensidade de acordo com três atributos: **Poder** (habilidade dos *stakeholders* em obter os resultados que desejam), **Legitimidade** (suposição ou percepção generalizada de que os atos de um *Stakeholder* são próprios, desejados ou apropriados em um sistema de normas, crenças e valores socialmente

definidos) e **Urgência** (como os atos que direcionam as ações daquilo que é imperativo para o *Stakeholder*).

Já Bethlem (2001) sugere a separação dos diversos grupos de *Stakeholders* em duas categorias: aqueles que pertencem à organização e se localizam no ambiente interno (funcionários, administradores) e os externos (consumidores, fornecedores e governos).

Segundo Rocha e Goldschmidt, (2011, p. 43), “o processo de elaboração do relatório de sustentabilidade pode ser visto com duas funções principais: a primeira é como uma ferramenta de comunicação da empresa com seus diferentes públicos de interesse”. Complementa ainda que “a segunda é como uma ferramenta para se fazer uma avaliação de seus pontos fortes e das suas oportunidades de melhorias”.

Basole e Rouse (2008) *apud* Camarinha (2010) enfatizam a “importância do cliente final, considerando-o o *stakeholder* mais importante, cujo valor é determinado e conduzido direta e indiretamente por uma rede de atores”.

Como pode ser observada, a interação com os diferentes *stakeholders* que influenciam o ambiente das organizações torna necessário que sejam desenvolvidos mecanismos que possibilitem entender essa interação. A busca por respostas que determinem não só o tipo de influência sofrida pelas ações desses grupos, como também as organizações podem reagir às suas intervenções, pode tornar-se uma importante ferramenta auxiliar para tomada de decisões. (BOAVENTURA ET AL, 2008, p. 89).

Freeman (1994) propõe um conjunto de diretrizes, uma espécie de carta magna da firma, sob a qual se estabelecem os acordos, denominada Doutrina dos Contratos Equânimes, a partir da qual as organizações poderiam espelhar-se em seus relacionamentos com *stakeholders* (Quadro 3).

Quadro 3 - Doutrina dos Contratos Equânimes

Princípio	Descrição	Objetivo
Da Entrada e Saída	Todo contrato de uma corporação deve ter claramente definidas as condições (ou métodos, ou processos) de entrada, saída e de renegociação.	Verificar validade do contrato: se existe e tem chance de ser cumprido.
Da Governança	Os procedimentos para mudança das regras do jogo devem ser combinados sob consenso unânime.	Garantir o direito de participação de todo <i>stakeholder</i> na governança da corporação.
Das Externalidades	Se um contrato entre duas partes impõe um custo a uma terceira, então esta terceira tem a opção de tomar parte no contrato, sendo os termos renegociados.	Garantir que cada <i>stakeholder</i> não venha a se tornar um terceiro sem direitos.
Dos Custos de Contratação	Todas as partes contratadas devem compartilhar do custo de contratação.	Garantir que todo <i>stakeholder</i> esteja comprometido.
Da Agência	Nenhum agente deve servir aos interesses de todos os <i>stakeholders</i> .	Garantir que nenhum grupo tenha um lugar privilegiado.
Da Imortalidade Limitada	A corporação deve ser administrada como se fosse continuar a gerir os interesses dos <i>stakeholders</i> ao longo do tempo.	Garantir que não se caia na teoria da agência. Para isso, os agentes devem agir fiduciariamente em relação aos seus interesses, mas também, simultaneamente, aos interesses da coletividade.

Fonte: Domenico, 2007, p. 34, baseado em Freeman (1994).

Três princípios também são concomitantemente apresentados nessa narrativa de Freeman (1994), como proposta para uma nova lei das corporações (Quadro 4).

Quadro 4 - Princípios para uma nova Lei das Corporações

Princípio	Descrição
Do Reconhecimento do <i>Stakeholder</i>	As corporações devem ser geridas para os interesses de seus <i>stakeholders</i> , definidos como empregados, financiadores, clientes, fornecedores e comunidades.
Da Responsabilidade da Direção	Os diretores da corporação devem ter como obrigação cuidar para que sejam elaborados julgamentos balizados para definir e dirigir os negócios da corporação de acordo com o Princípio do Reconhecimento do <i>Stakeholder</i>
Do Recurso do <i>Stakeholder</i>	Os públicos de interesse poderão tomar uma ação contra os diretores por falharem na execução do Princípio da Responsabilidade da Direção.

Fonte: Domenico, 2007, p. 35, baseado em Freeman (1994).

Segundo Domenico (2007), “Em suma, a abordagem de *stakeholders* reescreve 'The Principle of Who and What Really Count', propondo uma nova ‘lei’ das corporações que considera os interesses dos *stakeholders* na gestão da firma”.

Freeman já havia dado os primeiros passos em direção ao que denominou “*stakeholder capitalism*” em artigo de 2000, afirmando que nele “os seres humanos são considerados como centro de qualquer processo de criação de valor e de sua comercialização: as pessoas são o foco do negócio”. (FREEMAN, 2000)

Apresentou também na época quatro dos cinco princípios que fariam parte da proposta final, publicada em 2002 (Quadro 5), a seguir:

Quadro 5 - Princípios do Capitalismo de Stakeholder

Princípio	Descrição
Da Complexidade	Os seres humanos são criaturas psicologicamente complexas, capazes de agir a partir de diferentes valores e pontos de vista.
Da Contínua Criação	As pessoas de negócio, motivadas por valores e cooperando com os <i>stakeholders</i> , criam continuamente novas fontes de valor. O negócio, como instituição, é uma fonte de criação de valor.
Da Cooperação entre <i>Stakeholders</i>	O valor é criado porque <i>stakeholders</i> podem, conjuntamente, satisfazer suas necessidades e desejos mediante acordos voluntários entre si.
Da Responsabilidade do <i>Stakeholder</i>	As partes em um acordo devem aceitar a responsabilidade pelas consequências de suas ações. Quando terceiros são afetados negativamente, devem ser compensados, ou um novo acordo deve ser negociado com todas as partes afetadas.
Da Competição Emergente	A competição surge de uma sociedade relativamente livre na qual os <i>stakeholders</i> têm opções. A competição emerge fora da cooperação entre <i>stakeholders</i> , baseada no impulso primordial de “pegar o outro”.

Fonte: Domenico, 2007, p. 37 baseado em Freeman e Phillips (2002).

O quadro 5, dos princípios do capitalismo de *stakeholder*, mostra os desafios encontrados nos relacionamentos em uma comunidade com objetivos em comum.

2.3 Stakeholders dos Serviços Públicos de Saúde

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos.

Estas modificações, por seu turno, têm imprimido importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade, e constituem, juntamente com outros temas selecionados sobre saúde e demografia, os objetos de estudo da presente publicação. (IBGE, 2009)

A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos é a insuficiência cardíaca, 12,1% para mulheres e 14,7% para os homens. Pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as seis causas de internação mais importantes, tanto para homens quanto para mulheres. Diabetes e hipertensão figuram entre as seis principais causas somente entre as mulheres, enquanto hérnia inguinal, somente entre os homens. (IBGE, 2009)

Entre os idosos, o custo da internação *per capita* tende, também, a crescer à medida que a idade aumenta, passando de R\$ 93,05 por idoso, na faixa etária de 60 a 69 anos, para R\$ 178,95, entre os idosos de 80 anos ou mais. Os homens idosos de 60 anos ou mais apresentaram, em 2006, um custo per capita menor do que as mulheres: cerca de R\$ 100 e R\$ 135, respectivamente. (IBGE, 2009)

Segundo Costa et al (2008, p. 94), “comparativamente à tradicional análise do ambiente empresarial, a técnica de análise de *stakeholders* caracteriza-se como mais dinâmica, uma vez que não considera as variáveis do ambiente como passivas”, os autores complementam ainda que “entendendo que muitas delas são decorrentes das ações e reações dos *stakeholders*”.

Para Vendruscolo et al (2012, p. 34), “Em se tratando de *stakeholders*, vários trabalhos abordam sua relevância na organização de saúde e sua complexidade para construção estratégica dessas, decorrente da influência daqueles”. Os autores

informam “Ainda assim não foi encontrada nos estudos a relação de uma investigação de *stakeholders* e o seu desempenho em hospitais [...]”.

No ano de 2008, foi realizado um estudo no Estado de São Paulo, que tinha como objetivo avaliar como os *stakeholders* do setor hospitalar interagiam. Tratava-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, com coleta de dados por intermédio de entrevistas com especialistas pertencentes a distintos grupos de *stakeholders*. O método empregado foi a análise dos *stakeholders*, o qual buscou a identificação dos *stakeholders* de maior influência de um setor e verificou-se como seus interesses e ações definiam a dinâmica do mesmo. O trecho abaixo menciona dados desse estudo.

A primeira rodada de entrevistas objetivou identificar quais *stakeholders* compõem o setor hospitalar no Estado de São Paulo. Uma lista sugestiva de *stakeholders* do setor foi fornecida aos entrevistados, ficando claro, porém, que poderiam ser incluídos novos *stakeholders* ou desconsiderados os sugeridos. A lista sugerida foi a seguinte: Indústria Farmacêutica; Indústria de Equipamentos Médicos; Indústria de Material Médico-Hospitalar; Saúde Suplementar; Instituições de Pesquisa; Ministério da Saúde; SUS; Médicos; Pacientes; Sindicatos; ONG's; Instituições Financeiras; Imprensa; Concorrentes; Associações (AHESP, AMB, ANAHP, COREN, etc.); Outros (a especificar). (COSTA ET AL, 2008, p. 94)

Na pesquisa realizada em 2008, Costa et al revelaram os seguintes resultados os *stakeholders* mais influentes do setor seriam: Pacientes, Saúde Suplementar, Ministério da Saúde, Concorrentes, Médicos, Indústria de Equipamentos Hospitalares, Indústria Farmacêutica e Indústria de Material Médico-Hospitalar. Verificou-se, também, que as variáveis ambientais de maior influência são: política governamental de saúde, inovações tecnológicas do setor hospitalar, poder aquisitivo da população, taxas de juros e idade média da população.

No setor hospitalar, um estudo feito por Hansen e Guimarães (2009) apresentou a complexidade das relações de um hospital como um dos principais empecilhos na formação estratégica organizacional, principalmente devido à grande heterogeneidade de agentes envolvidos, e porque grande parte deles tem elevado grau de formação (médicos, enfermeiros, etc.) e alto conhecimento técnico, o que gera uma

dependência do hospital em relação a esses. Os autores ainda salientam a multiplicidade de envolvidos na criação estratégica de uma unidade de saúde como essa, indo de médicos, enfermeiros e técnicos, a pacientes, clientes, fornecedores, governo e outros.

Em termos de infraestrutura, o setor hospitalar apresenta-se dividido em realidades distintas; o setor público compõe-se em sua grande maioria de hospitais que não consegue atender satisfatoriamente a população em suas necessidades, seja em termos de qualidade ou quantidade. A incapacidade no atendimento é resultado de vários fatores, entre eles: baixa remuneração do Sistema Único de Saúde em relação aos custos hospitalares, gestões pouco eficientes, desvios de verbas destinadas à saúde para outras áreas, falta de investimentos no atendimento primário realizado por centros e postos de saúde, entre outros. (BOAVENTURA et AL, 2010, p. 460)

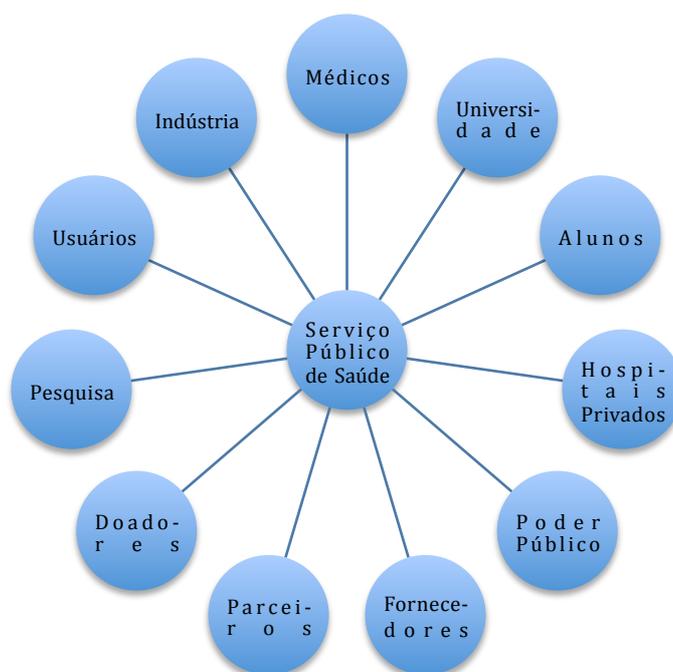
As dificuldades enfrentadas pelo setor privado devem-se, entre outros fatores, à incapacidade do setor público em atender a demanda pelos serviços de saúde. Essa incapacidade aumenta a pressão no setor privado, que arca com cerca de 62% dos atendimentos do SUS (Federação Brasileira de Hospitais, 2006).

Os padrões de competição entre distintos produtores desses bens e dos serviços que os utilizam no seu processo de produção são elementos que influenciam todos os agentes envolvidos no consumo: pacientes, médicos e serviços de saúde. A influência da indústria produtora sobre os médicos, agentes legitimados a prescrever o uso de seus produtos, é uma das estratégias mais importantes nesse contexto. Para os serviços que incorporam esses equipamentos, a facilidade de compra, o preço final e as condições de manutenção são fatores que influenciam as decisões. Tais decisões podem ser reguladas pelo Estado, por intermédio de distintos mecanismos. (IBGE, 2009)

Em contrapartida, para demonstrar o universo da saúde privada, um estudo realizado por Camarinha (2010) sobre operadoras e saúde suplementar verificou a existência de 1.082 operadoras de plano de saúde; onde se concentra uma rede de prestadores de serviços composta por médicos, hospitais, clínicas e laboratórios de medicina diagnóstica. Atendendo 43 milhões de beneficiários, sendo 28 milhões no Estado de São Paulo, que utilizam o plano de saúde privado para realizar consultas,

exames e internações; segundo dados coletados da ANS (2010). A seguir na Figura 10, mapa de *stakeholders* dos serviços públicos de saúde.

Figura 10 – Stakeholders dos serviços público de saúde



Fonte: Baseado em Freeman (1984).

Para Mendonça (2012), a administração dos *stakeholders* é uma perspectiva de responsabilidade social. “Um grupo é qualificado como *stakeholder* se tiver legítimo interesse no que diz respeito às atividades da organização. Cada um deles tem o direito de ser tratado como um fim e não como um meio para se chegar ao fim, devendo participar na determinação do futuro da firma à qual está relacionado.” (MEDONÇA, 2012, p. 90)

A trajetória do setor da saúde, tanto público quanto privado, é vista de forma conturbada e com iniciativas pouco tangíveis em termos de métricas relacionadas à criação de valor para o consumidor final, voltadas a melhor relação entre melhorias alcançadas versus investimentos financeiros o que exige uma reforma emergente voltada a práticas conjuntas de criação de valor para ao cliente final. (CAMARINHA, 2010, p. 33-34)

O presente estudo tem objetivos semelhantes com o de Camarinha (2010); como o de categorizar os *stakeholders* mais relevantes dos equipamentos de saúde

selecionados na amostra e identificar esses grupos, por meio da observação assistemática dos grupos internos e externos desses organismos; o recorte escolhido para a coleta de dados foi da região que compreende o extremo sul de São Paulo.

2.4 Stakeholders e Humanização

Quando se analisa a teoria dos *stakeholders* e os preceitos da humanização, observa-se uma intenção de melhoria das relações, reconhecimento dos grupos e indivíduos que afetam ou são afetados pela organização, a necessidade de se alinhar a comunicação institucional e a gestão participativa que envolve todos em prol de um objetivo comum que visa à qualidade e à ambiência por intermédio da gestão por competências.

Domenico (2008) observa que Freeman permaneceu atento à questão das diferenças individuais – uma ideia apresentada em 1994, mas por ele trabalhada mais profundamente, em artigo publicado em 2005, em coautoria com McVea. “Refere-se à necessidade de entendermos e tratarmos os *stakeholders* como indivíduos e não somente enquanto grupos específicos.” (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 339)

Por outro lado, as decisões e ações dos gestores em seu cotidiano tendem a não considerar as questões éticas quando o raciocínio se dá em termos de grupos amorfos e distantes. Enquanto os *stakeholders* forem considerados “[...] apenas papéis, não pessoas reais com nomes, rostos e famílias, então se pode facilmente racionalizar tomando-se de um grupo e dando para outro (talvez àquele ao qual alguém pertença), como um negócio apenas”. (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 339)

Nas ações de caráter humanizador refere-se à possibilidade de transformação na cultura de gestão e das práticas de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de seus valores, desejos e interesses. A Humanização reconhece a diversidade e respeita as diferenças.

Para Mezzomo (2003, p. 39), “a ética é um pressuposto básico e mandatório para o sucesso na implementação de um programa de humanização da assistência hospitalar. Aliás, é requisito para a convivência humana em qualquer esfera da vida”.

No hospital, existe um verdadeiro batalhão de pessoas atuando nas mais diversas especialidades e setores; todas em função do atendimento ao paciente. O paciente, o usuário, é o sujeito direto das ações de saúde que se desenvolvem no hospital. Quando se pretende melhorar o aspecto humano do atendimento, no hospital é de fundamental importância tomar consciência clara de que todos os que trabalham no hospital exercem atividades, FUNÇÕES MEIO, para uma razão OBJETIVO FIM, que se chama PACIENTE. (MEZZOMO, 2003, p.40)

Já para Domenico e Teixeira (2008, p. 339), sob a perspectiva denominada a *name-and-faces approach* (MCVEA e FREEMAN, 2005, p. 57), as empresas passam a analisar os problemas relativos ao negócio reconhecendo os *stakeholders* envolvidos enquanto indivíduos, considerando-os em suas particularidades. Os autores complementam ainda “ a partir disso, poderão desenvolver estratégias específicas de acordo com as características dos *stakeholders*-indivíduos, que serão mais inovadoras e difíceis de replicar que se raciocinassem segundo narrativas anteriores da teoria de *stakeholder* [...]”.

Colocar luzes sobre as interações que ocorrem na prática, entre *stakeholders*-indivíduo é o que chama a atenção nessa proposta de McVea e Freeman. Cada ser humano tem informações diferenciadas interesses, bem como crenças e valores, mesmo exercendo o papel de cliente ou empregado, investidor, fornecedor ou comunidade. As interações ocorrem no cotidiano organizacional, entre seres de carne e osso, não entre rótulos. (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 339)

A Humanização tende a facilitar as relações entre gestores e suas equipes, gestores e seus subordinados e também tem o objetivo de unir os diversos setores de um hospital promovendo e apoiando a integração da equipe multidisciplinar, na criação de projetos que tragam melhorias no ambiente da instituição, o que acaba por beneficiar os usuários dos serviços de saúde. Nessa relação observa-se a relevância dos *stakeholders* funcionários que interferem diretamente na satisfação do *stakeholder* cliente/paciente.

Dessa forma, Mezzomo (2003, p. 40) informa que “quem vive a realidade hospitalar tem motivos de sobra para lembrar e insistir que o paciente é pessoa

humana, gente, criatura sublime em sua estrutura física, no seu conjunto um ser tão perfeito que só um **ser** divino poderia ser o arquiteto, o engenheiro a projetá-lo”.

É a pessoa, como um todo, que deve ser atendida e não apenas seus membros, órgãos ou sistemas. Não se atendem membros, órgãos ou sistemas isoladamente do corpo. Não se trata de peças a serem recuperadas ou substituídas como ocorre com o automóvel numa oficina mecânica. O sujeito das ações de saúde e do agir dos profissionais é sempre a PESSOA. (MEZZOMO, 2003, p. 40)

Em 2006, ainda com o foco de estudar os *stakeholders* particularizando-os, o que acaba por mostrar caminhos em um gerenciamento eficaz das relações, Freeman e os colaboradores “abordaram de forma mais específica o *stakeholder*-comunidade. O resultado dessa reflexão foi a definição de três estratégias potenciais e gerais para o gerenciamento baseado em *stakeholders*, a saber: colaboração, cooperação e contenção”.

A primeira forma de relacionamento implica o estabelecimento de interações abertas, baseadas em confiança e no compartilhamento de valores, visões e informações, promovendo o treinamento e desenvolvimento profissional entre os gestores e membros de comunidades de prática (*communities of practice*)²¹. Esse tipo de “interação também pode contemplar não somente membros das comunidades, mas também empregados, clientes e fornecedores”. (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 339).

Já quando se trata das chamadas comunidades de interesse (*community of interest*) e locais (*community of place*), Dunham, Freeman e Liedtka recomendam aos gestores que procurarem desenvolver o entendimento mútuo de modo a encontrar soluções construtivas, porque existem agendas de interesses por parte das comunidades que devem ser reconhecidas como legítimas e negociadas de forma que os ganhos sejam mútuos dentro de uma estratégia de cooperação. (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 340).

²¹ Brown e Duguid citados por Dunham, Freeman e Liedtka (2006, p. 35) apud Domenico e Teixeira (2008, p. 339) relatam “comunidades de prática” referem-se a “grupos de pessoas relativamente próximas que conhecem umas às outras diretamente no trabalho. E esta negociação, comunicação e coordenação são altamente implícita, (fazendo) parte da prática de trabalho... Estes grupos levam em conta alta produtividade e trabalho criativos desenvolvidos colaborativamente”.

Por fim, existe um último tipo de interação, “ reservado aos chamados grupos de defesa (*virtual advocacy groups*), formados por pessoas com interesses distintos a menos da causa de protesto que os une em determinados momentos”. Nesse caso, os autores ainda afirmam que “os gestores devem monitorar, agindo de forma pontual, procurando resolver as questões que surgem eventualmente, sem se preocuparem em estabelecer um relacionamento duradouro com tal tipo de comunidade”. (DUNHAM, FREEMAN e LIEDTKA, 2006 apud DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 340)

Para Mezzomo (2010, p. 129), a humanização “é uma utopia ideal, necessária e urgente, a ser empreendida com o envolvimento e a colaboração de todos os profissionais de saúde”.

Mezzomo (2010, p. 152), quando comenta a respeito da evolução social no sistema de administração, informa que “até a segunda guerra mundial era baseado no princípio da hierarquia de comando, o sistema vertical de autoridade”. Já a Humanização trabalha a transversalidade e aproximações das trocas entre os indivíduos.

Freeman (2006) mantém sua preferência pela visão ampla de *stakeholders*, levando-se em conta a natureza das relações. Em virtude da diversidade desses interesses, a administração de empresas enfrenta o desafio de conciliá-los e satisfazê-los, ao mesmo tempo em que persegue os objetivos organizacionais. No quadro 6, apresenta-se o paralelo da gestão da Humanização em serviços de saúde e a gestão baseada em *stakeholders*.

Quadro 6. Comparativo entre gestão da Humanização em serviços de saúde visão de Fortes (2012) e a gestão baseada em *stakeholders* na visão de Blair e Fottler (1998)

Fases da Humanização de Serviços de Saúde (lei do usuário da saúde de São Paulo) – visão de Fortes (2012)	Gestão baseada em <i>stakeholders</i> na visão de Blair e Fottler, adaptado de Domenico e Teixeira, 2008, pp. 340-341)
1. Os direitos dos usuários da saúde	1. Identificar todos os <i>stakeholders</i> relevantes para a organização, quer sejam externos, internos ou que façam interface
2. A valorização e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor da saúde	2. Identificar o subconjunto de <i>stakeholders</i> -chave, isto é que podem ameaçar a organização
3. O destaque do papel do gestor	3. Diagnosticar os <i>stakeholders</i> -chave, que apoiam a empresa, os que não apoiam, os que apresentam aspectos positivos e negativos e os que se posicionam de forma marginal
4. A melhoria dos aspectos organizacionais	4. Formular estratégias genéricas: que envolvam os <i>stakeholders</i> apoiadores, que defendam a empresa contra os não apoiadores; de colaboração com os que apresentam pontos fortes e fracos no relacionamento com a empresa; e de monitoramento dos que se posicionam à margem
5. Gestão Participativa	5. Implementar estratégias genéricas e desenvolver táticas específicas, assumindo a responsabilidade pelo gerenciamento dos <i>stakeholders</i> -chave

Fonte: Baseado em Blair e Fottler (1998), Fortes²² (2012).

Para Malvey, Fottler e Slovensky (2002, v. 27, n.2) apud Domenico e Teixeira (2008, p. 341), adicionaram ainda uma sexta etapa ao modelo, “que consiste na avaliação do sucesso ou falha no gerenciamento dos *stakeholders*, contribuindo com o modelo ao prover mecanismos de *feedback* e controle”. Os autores complementam ainda que “esse último passo concentra-se nos *stakeholders* que fazem a interação entre a organização e o ambiente externo, denominados *interface stakeholders*”. (MALVEY, FOTTLER e SLOVENSKY, 2002 apud DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 341)

Os *interface stakeholders* desempenham um papel fundamental na gestão dos demais *stakeholders* por serem responsáveis pela

²² FORTES, Paulo A de C., professor titular e vice-diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP. Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética. Palestra: A importância da Humanização no Cotidiano do Profissional da Saúde – I Workshop de Humanização, organizado pelo Serviço de Acolhimento e Humanização do Hospital Universitário da USP, no dia 18/9/2012.

proteção da empresa, coletando informações do ambiente, filtrando-as, interpretando-as e transmitindo-as de forma seletiva. A interpretação da informação, tendo em vista a incerteza inerente à informação que é coletada do ambiente. Os *interface stakeholders* fazem inferências e essas são transmitidas à organização, criando-se por meio delas, a chamada inteligência organizacional que permite a gestão estratégica. Esses *stakeholders* são também responsáveis pela imagem da empresa, uma vez que a representam junto às comunidades. (MALVEY, FOTTLER e SLOVENSKY, 2002 apud DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 341)

Para Mezzomo (2003, p. 25), “a mudança cultural requer uma forma de conversão. Trata-se de mudar o rumo mental em vista de uma mudança de comportamento relacional. É preciso educar-se, ou seja, adquirir novos conhecimentos e conceitos”.

Com isso, a gestão do fator humano implica “não apenas considerar as pessoas em sua subjetividade, mas também na concepção do colaborador enquanto ativo estratégico contextualizado num tempo e espaço inserido numa teia de relações que constituem o capital social organizacional.” (DOMENICO e TEIXEIRA, 2008, p. 341)

Mezzomo (2003, p. 25) complementa, “ a mudança só é aceita se for bem entendida pela inteligência, assimilada pela mente, aceita pela vontade e acolhida pelo coração”.

No capítulo 3, a seguir, o resultado do estudo de casos múltiplos.

CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Neste capítulo será apresentada a caracterização dos serviços que compõem o estudo de casos múltiplos, a partir da descrição dos objetos, bem como a discussão e análises dos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas. Uma comparação será realizada por meio do cruzamento desses dados levantados entre as instituições com o intuito de mapear os principais atores, seus desafios e metas para estabelecer estratégias de melhorias futuras na região.

3.1 Estudos de Casos

Com objetivo de esclarecer a questão, “quais *stakeholders* contribuem para a humanização do ambiente hospitalar?” e verificar os pressupostos: se a humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência; os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários, e se as intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar.

Foram estabelecidas três fontes de evidências: entrevistas semiestruturadas, observações em campo e do entorno, dados fornecidos pela diretoria e documentos pertinentes à investigação.

Para a realização do estudo de casos múltiplos foram aplicadas as entrevistas mediante roteiro (Apêndice 1 e 2 deste estudo), nos três serviços de saúde selecionados. Os serviços de saúde são: Hospital Geral do Grajaú, AME Interlagos e Hospital Maternidade Interlagos. Juntos somam 308 leitos, 2.374 funcionários, 629 terceirizados e realizam 509.894 atendimentos ambulatoriais, 750.312 exames, 3.979 cirurgias, 2.760 pequenas cirurgias em média, por ano.

Para a concretização desta pesquisa foram concedidas dezessete entrevistas, por meio de gravação de áudio, que estão transcritas no anexo deste trabalho. As entrevistas foram realizadas com os gestores de cada serviço de saúde e a partir dos resultados destas foram apontados os entrevistados seguintes dentro de cada instituição e assim por diante.

O primeiro grupo de entrevista foi concebido no Hospital Geral do Grajaú, com a diretora do hospital, Dra. Jocelene Batista Pereira, médica, que indicou o Dr. Michel Lucena, médico responsável pelo pronto-socorro da unidade e a coordenadora de humanização Sra. Raílda Carone, que apontou o voluntário Sr. Levy dos Santos e o representante da comunidade Sr. Wilson Cacino de Carvalho. Foram realizadas cinco entrevistas no HGG.

O segundo grupo de entrevistas ocorreu no AME Interlagos, com a gerente médica da unidade, Dra. Lígia Paonelli Bambirra, que indicou a coordenadora de atendimento Sra. Fabiana Martins e esta, por sua vez, indicou a comunidade representada pelos Srs. Osvaldo Feitosa de Araújo e Edewaldo Ribeiro; ao todo foram realizadas quatro entrevistas no AME Interlagos.

O terceiro grupo de entrevistas aconteceu no Hospital Maternidade Interlagos, com a diretora do Ambulatório, Dra. Solange Aparecida da Silva Lamon e com a ouvidora e assistente da diretoria do hospital, Sra. Maria de Lourdes Lopes y Lopes, que sugeriu a enfermeira obstetrix e responsável pela comissão de ensino do hospital, Sra. Egle de Fontes Jardim Okazaki, que indicou a coordenadora do voluntariado do HMI, Sra. Neuza Roque e as voluntárias Sras. Rita de Cássia de Avelar Nascimento e Yukiko Nakano Muller, que por sua vez apontaram os usuários Sra. Iremilda Barbosa e Sr. Zezito da Silva. No total, foram coletadas oito entrevistas na maternidade.

A segunda etapa da pesquisa foi a observação dos objetos de estudo e do seu entorno, na qual se buscaram evidências e esses dados foram confrontados entre os capítulos conceituais e as entrevistas. A terceira etapa foi a pesquisa documental e análise dos dados das entrevistas, visitas técnicas e anotações pertinentes.

3.2 Hospital Geral do Grajaú

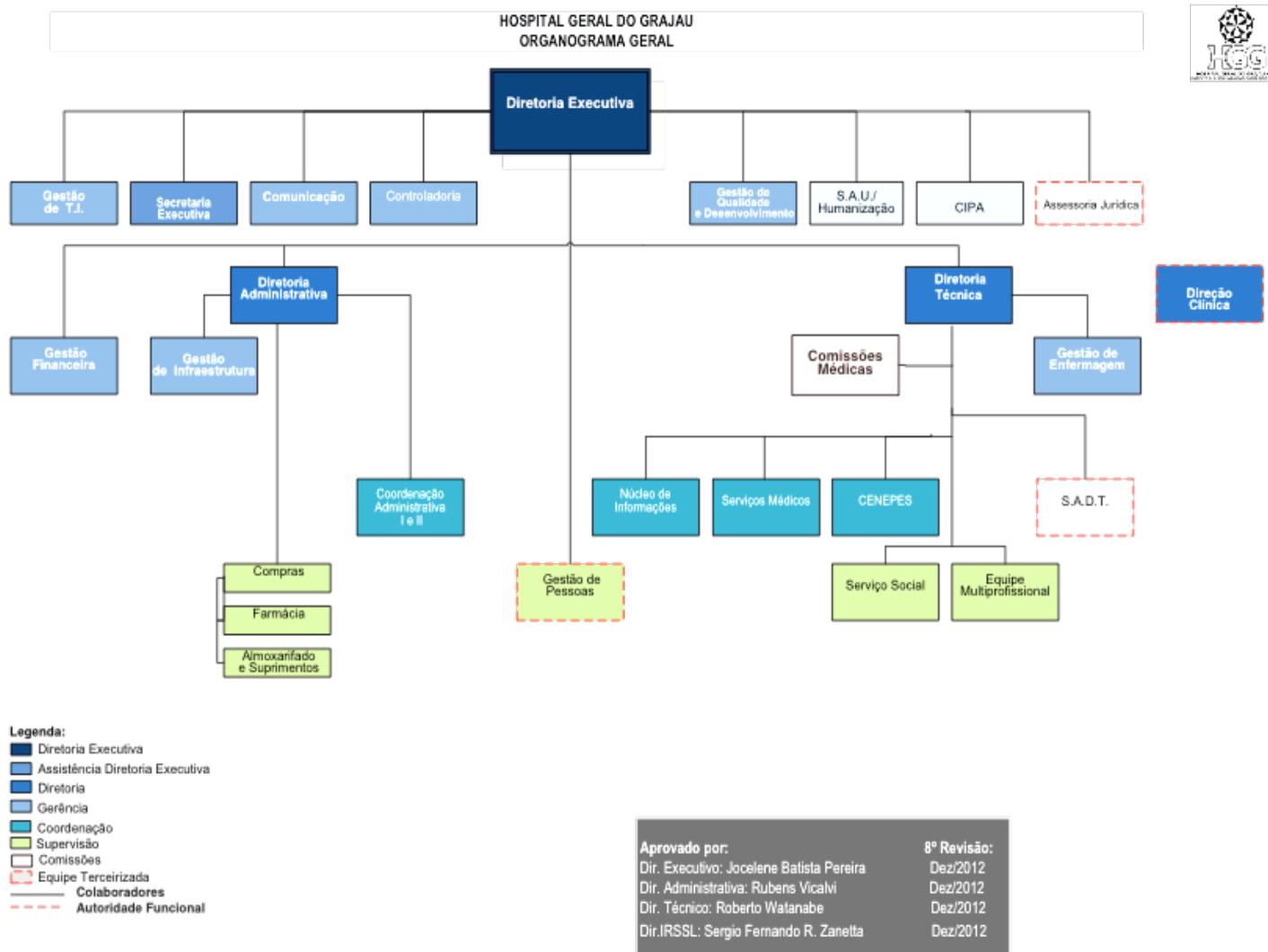
O Hospital Geral do Grajaú, atualmente administrado pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês, é um serviço hospitalar público que atende pelo SUS. Localizado na zona sul de São Paulo, dispõe de atendimento médico de urgência e emergência em clínica médica, cirurgia geral, ortopedia, obstetrícia e pediatria.



Hospital Geral do Grajaú – Prof. Liberato John Alphonse
Fonte: IRSSL (2012)

O hospital foi inaugurado em 1998, administrado pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês (IRSSL). Ele dispõe de 268 leitos, 1.387 funcionários, 460 terceiros para atender as especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ginecologia, Neurologia Clínica, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Urologia. Os dados foram coletados no *site* da instituição e fornecidos pela diretoria executiva do hospital. Assim, apresenta-se o organograma a seguir:

Figura 11 - Organograma Geral do HGG



Fonte: Direx HGG (2012)

Em janeiro de 2012, o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês²³ firmou com o Governo do Estado de São Paulo o Contrato de Gestão do Hospital Geral do Grajaú (HGG).

O HGG inaugurado em 1998 é um hospital-escola público, estadual, com parceria com a Universidade Santo Amaro (UNISA), que atende a população de

²³ Informações no site: http://www.irssl.org.br/unidades_servicos/pagina.php?cod=12, acesso no dia 27/1/2013.

Capela do Socorro, Parelheiros e Marsilac, área em torno de 500 km² quadrados, com quase um milhão de habitantes.

O Hospital é referência em urgência/emergência e em atendimentos de média complexidade. Atualmente, dispõe de 268 leitos operacionais, incluindo unidades de terapia intensiva (UTI) adulto, infantil e neonatal.

O objetivo da nova administração é construir uma relação com a Rede de Saúde Municipal e Estadual da região, visando caminhar para um trabalho integrado, melhorando o atendimento prestado à população e os indicadores de saúde.

Diversos projetos de humanização foram implantados visando à melhoria dos serviços prestados e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde em 2004, que aponta a “humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. Dentre os programas oferecidos estão: a Ouvidoria, a Brinquedoteca, o Voluntariado, o Cantinho da Beleza, os Doutores da Alegria, a Alta Amiga e a reunião mensal com os representantes da Comunidade.

O hospital também participa do Programa Mãe Paulistana da Prefeitura da Cidade de São Paulo, com ações voltadas à atenção à gestante, ao parto humanizado e ao recém-nascido. Realiza o Teste de Triagem Neonatal (TTN), conhecido como “Teste do Pezinho”, exame preventivo que permite fazer o diagnóstico de várias doenças congênitas.

O hospital adotou o modelo de Alojamento Conjunto, medida facilitadora ao início da amamentação, que possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio – mãe e filho.

A instituição de saúde tem certificado como Hospital Amigo da Criança, incentivando o aleitamento materno. Além disso, dispõe de um Posto de Coleta de Leite Humano, que disponibiliza leite para recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, para garantir melhor sobrevivência dessas crianças.

Realiza a Triagem Auditiva Neonatal Universal em todos os recém-nascidos, a fim de identificar a perda auditiva e minimizar o impacto no desenvolvimento da fala, da linguagem e do aprendizado e também disponibiliza os Registros de Nascimento

durante a internação por intermédio da atuação do Cartório de Registro Civil nas dependências do hospital.

O HGG é um Núcleo de Vigilância Epidemiológica e está em fase de implantação das notificações via *web* no Sistema Nacional de Agravos e geoprocessamento, em conformidade com a Coordenação Estadual do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

Em 2011, a unidade realizou ao todo 16.500 internações, 311.894 atendimentos de urgência e emergência, 3.979 cirurgias e 742.512 exames complementares²⁴.

3.3 AME Interlagos

Segundo informações obtidas no *site* da instituição e com a diretoria do AME de Interlagos (2012), este conta com 29 consultórios, funciona de segunda-feira a sábado e tem uma produção média mensal de 13 mil consultas médicas, 650 exames e 230 pequenas cirurgias.

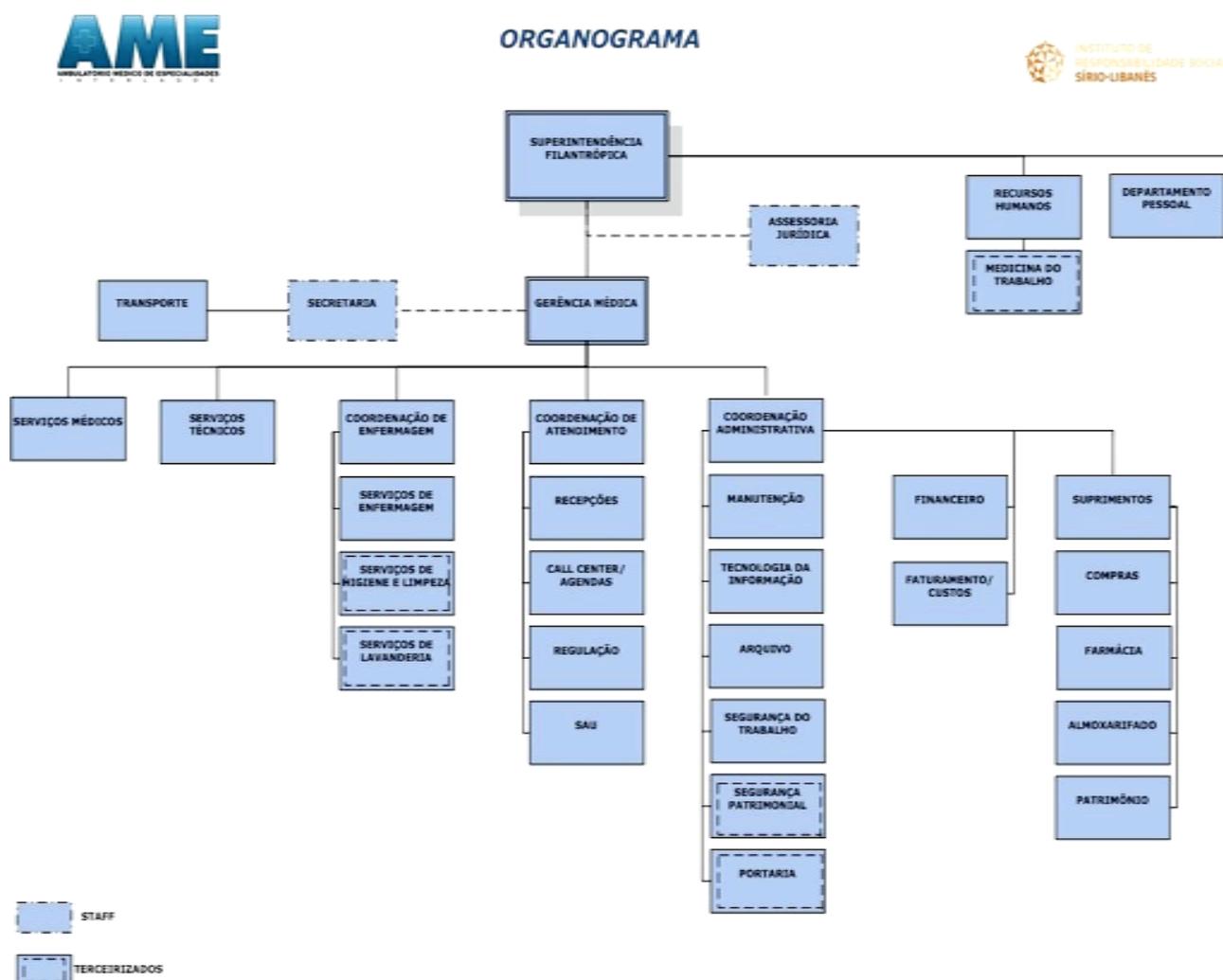


Fonte: IRSSL (2012).

²⁴ Dados levantados no *site* da instituição e com a direx do IRSSL (2012)

Desde sua inauguração em 23 de abril de 2002, atende às especialidades de: Alergia/Imunologia, Cardiologia, Cirurgia geral, Cirurgia Ginecológica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia infantil, Mastologia, Neurologia adulto, Neurologia infantil, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia. Os exames diagnósticos que são realizados no AME Interlagos: Mamografia, Raios X, Densitometria óssea, Ultrassonografia, Endoscopia, Nasolaringoscopia, Prova de função pulmonar, Audiometria, Análises clínicas, Exames cardiológicos e Exames oftalmológicos.

Figura 12: Organograma Geral do AME Interlagos



Fonte: DIREX AME Interlagos (2012).

A equipe é composta por 149 funcionários e 49 terceirizados, o AME não dispõe de centro cirúrgico nem leitos de internação. O AME funciona de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 7h às 20h, e sábados das 7h às 13h. O AME também é administrado pelo IRSSL.

A missão do ambulatório é: “Prestar atendimento de saúde especializado à comunidade, com equipe multidisciplinar, aliando ciência e tecnologia com o compromisso em satisfazer o cliente”. A visão é: “Ser reconhecido como um AME de excelência até 2014”. Já os valores do AME Interlagos são: Ética, Valorização do ser humano, Responsabilidade social, Segurança, Espiritualidade e Comprometimento com a qualidade. A Competência Essencial é o Acolhimento e o Respeito. O AME Interlagos não possui programas de humanização, porém, neste ano de 2013 entrou, segundo Bambirra (2013), como meta no contrato de gestão.

A meta é atender aos pacientes de acordo com o perfil AME. Um dos projetos é avançar com o serviço de nutrição e reduzir o absenteísmo, e o desafio é promover a adesão do paciente ao tratamento.

Com o contrato de gestão firmado em janeiro de 2012 entre o Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês e o Governo do Estado de São Paulo, o AME Interlagos passou a integrar o rol de unidades públicas de saúde administradas pelo Instituto.

O AME é um centro ambulatorial de diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade, com oferta de especialidades médicas, multidisciplinares e de exames, de acordo com necessidades da rede básica.

Proporciona atendimento de forma regionalizada, referenciada e programada, realizando consultas ambulatoriais, exames e diagnósticos, procedimentos terapêuticos e pequenas cirurgias ambulatoriais.

O foco principal é acelerar o diagnóstico e o tratamento do paciente que necessita de serviços mais especializados dos que os oferecidos na rede básica, mas não tão graves para internação hospitalar ou atendimento emergencial.

Em uma estrutura de 2.000 metros quadrados, com 29 consultórios, o AME Interlagos disponibiliza 15 especialidades médicas, sendo referência ambulatorial na

região. Além dos atendimentos médicos, também são realizados atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social, pequenas cirurgias ambulatoriais e exames diagnósticos.

A nova gestão tem como um de seus objetivos a ampliação do volume de cirurgias realizadas pelo AME de Interlagos, por meio da implantação de um Hospital-Dia.

Esse modelo visa à realização de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos que permitam alta hospitalar no mesmo dia, contribuindo para a diminuição da espera por cirurgias de pequena e média complexidade.

Para agendar uma consulta ou exame no AME Interlagos, é necessário o encaminhamento pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

3.4 Hospital Maternidade Interlagos

Segundo dados extraídos do *site* institucional e fornecidos pela diretoria do Hospital Maternidade Interlagos, inaugurado em 1954, pela Associação Espírita Recanto de Interlagos, como pequeno Hospital Geral, para atender a comunidade carente do bairro.



Fonte: HMI (2012)

Administrado pela Secretaria do Estado da Saúde. Atualmente, dispõe de 40 leitos, três centros obstétricos, conta uma equipe de 838 funcionários e 120 terceirizados, sendo sua especialidade o atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal.

A missão da maternidade é promover assistência humanizada à saúde da mulher com ênfase na gravidez, parto e puerpério, recém-nascido e lactente, aliando tecnologia, aprimoramento profissional, desenvolvimento científico com responsabilidade social.

A visão é ser referência nacional e sinônimo de excelência no atendimento à gestação de alto risco e seu conceito, ser reconhecido pelo caráter humanitário no atendimento prestado aos seus clientes internos e externos, ser referência regional na prevenção e diagnóstico da saúde da mulher. E os valores são: ética, responsabilidade, compromisso, conhecimento, valorização profissional, humanização, respeito, qualidade, trabalho em equipe e transparência.

Quando se pesquisa a história do hospital, em 1955, um ano após sua inauguração, um grupo de voluntários do Templo do Cristianismo Espírita liderados pelos irmãos Pulino Nery e Diógenes Nery uniram-se em prol de um ideal comum: construir um hospital para atender pessoas carentes da região de Cidade Dutra e em junho de 1958 iniciou-se, então, a construção do Hospital Maternidade Interlagos. As obras do primeiro bloco foram finalizadas na década de 1960.

Nessa época, o HMI era conhecido como o “Hospital do Arrelia”, por receber doações do Palhaço Arrelia (Waldemar Seyssel), ao lado de Pimentinha, os dois eram *clowns*. Eles realizavam *shows* beneficentes para angariar fundos para a construção do Hospital. Aos domingos, Arrelia também fazia apresentações circenses para as crianças carentes do bairro.

Em 1974, com a dedicação constante dos voluntários e doações da comunidade, a obra foi finalizada. Outro desafio enfrentado foi o de equipar o hospital e driblar os problemas financeiros existentes. Nesse período, o Brasil passava por crises econômicas, isso significava ausência de recursos financeiros para colocar o hospital em funcionamento. A solução para abrir o atendimento à população

foi a concessão do comodato do imóvel para a Santa Casa de Misericórdia. Então, o foco inicial do serviço eram as crianças vítimas de meningite, a cidade passou por uma epidemia naquele momento. Posteriormente, tornou-se hospital de retaguarda da Santa Casa de Misericórdia, atendendo casos de câncer.

Em 1984, com a devolução do prédio pela Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, os problemas financeiros continuaram e, então, a Organização Santamarense de Educação e Cultura (OSEC) assumiu a direção do Hospital durante dois anos.

Nos anos de 1987, a diretoria do Templo decidiu alugá-lo ao Governo do Estado e vieram novas reformas para adequação da planta física. Já em 1989, iniciou o atendimento ambulatorial e em 1994, foi aberto o Hospital Maternidade Interlagos sob a direção do Dr. José Moisés de Souza.

A projeção era que a Maternidade funcionária, semelhante a uma Casa de Parto, atendesse, na maioria, casos de partos normais. Porém, o HMI era a única Maternidade da região, com grande procura e atendendo um número elevado de gestantes em parto prematuro. Então, foi necessária a ampliação da UTI Neonatal de dois leitos para seis leitos para atender à demanda de recém-nascidos prematuros.

Após 2003 e nos anos seguintes, um terceiro bloco foi construído para abrigar serviços de apoio, ambulatório, além da expansão dos serviços hospitalares de UTI para gestante e puérpera, ampliação da UTI neonatal para 10 leitos e Banco de Leite. O espaço cada vez mais foi se tornando pequeno para atender às necessidades demandadas. As áreas administrativas e almoxarifado foram acomodados em outros dois prédios localizados no entorno do HMI devido às limitações estruturais do prédio.

O HMI é a única maternidade existente na região da Subprefeitura de Capela do Socorro, composta de 40 leitos de alojamento conjunto, 28 leitos de berçário patológico, sendo 10 leitos de UTI Neonatal, 4 leitos de UTI adulto, 6 leitos de semi-intensiva, 03 leitos de isolamento adulto e 03 leitos para atendimento do Programa Mãe Canguru. Possui ainda Farmácia, Banco de Leite Humano, Serviço de Radiologia e Ultrassonografia, Laboratório Clínico, Agência Transfusional e Ambulatório.

O hospital tem variados programas de humanização, dentre eles: a visita aberta, todos os dias, das 11 às 21 horas, o direito a um acompanhante durante a estadia e até para assistir ao parto. Os bebês saem vacinados contra a Hepatite B e BCG e recebem a carteirinha de vacinação na alta. O exame do pezinho e da orelhinha é feito com 48 horas de vida. O teste do olhinho também é realizado logo após o nascimento. O objetivo desse exame é detectar precocemente doenças como tumores, catarata congênita, traumas de parto, hemorragias, inflamações/infecções e malformações. Na sequência, apresenta-se o quadro 7 com todas ações de caráter humanizador realizadas no hospital.

Quadro 7 – Ações Humanizadoras HMI

Programas	Instituição	Nome do Projeto	População Atingida	Objetivo	Equipe de Trabalho
Adolescente Gestante	Ambulatório HMI	Grupo de Adolescentes Gestantes	Adolescentes de 10 anos a 17 anos e 11 meses	Acolher Orientar Apoiar	Médico Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Assistente Social
Pré-natal	Ambulatório HMI	Acolhimento à Gestante	Gestantes	Atendimento integral da gestante: consulta médica, enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição e orientação sobre aleitamento	Médico Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Dentista
Preparação ao Parto	Ambulatório HMI	Curso de Preparação ao Parto	Casal grávido	Orientação, apoio e acolhimento	Enfermeiro Nutricionista Psicólogo Assistente Social
Aleitamento Materno	Ambulatório HMI	Ambulatório junto ao Peito	Gestantes, Adolescentes, Gestantes Nutrizes	Promover, proteger, apoiar o aleitamento	Enfermeiro
Planejamento Reprodutivo	Ambulatório HMI	Saúde Reprodutiva	Usuários	Aconselhamento e orientação em planejamento familiar	Médico Enfermeiro Psicólogo Assistente Social
Saúde Reprodutiva e Sexualidade	Ambulatório HMI	Agentes, multiplicadores, jovens e educadores	Jovens de escolas e comunidades carentes da	Promover orientação sobre sexo seguro, planejamento	Psicólogo Assistente Social e Enfermagem

			região	familiar, prevenção de DST/AIDS	
Ouvidoria	Ambulatório HMI	Ouvidoria	Usuários e Funcionários	Ampliar canais de comunicação	Ouvidor Oficial Administrativo
Núcleo de Apoio ao Usuário	Ambulatório HMI	Núcleo de Apoio ao Usuário	Usuários	Resolução imediata de problemas	Serviço Social, Oficial Administrativo
Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Ambulatório HMI	Incentivo ao Aleitamento Materno	Gestantes e nutrízes, bebês, usuários em geral	Promoção, proteção, apoio ao aleitamento materno	Todos os funcionários
CQH	Ambulatório HMI	Programa de controle de qualidade do atendimento médico	Ambulatório	Melhoria da Qualidade Hospitalar	Todos os funcionários
Pediatria Puericultura	Ambulatório HMI	Ambulatório de Pediatria	Recém-nascidos de 0 a 6 meses	Promover acompanhamento do desenvolvido	Médico, enfermeiro, nutricionista e saúde bucal
Saúde Bucal	Ambulatório HMI	Atendimento Odontológico ao Funcionário	Todos os funcionários	Promover a saúde bucal preventiva e curativa	Dentista e ACD
Assistência ao Funcionário	Ambulatório HMI	Cuidando do Cuidador	Todos os funcionários	Valorização de potencialidade, assistência psicológicas	Psicóloga Oficial Administrativo
Líderes Setoriais	Ambulatório HMI	Gestão Participativa	Funcionários Eleitos	Fornecer recursos para atendimento humanizado	Enfermeiro Psicólogo Assistente Social
Humanização ao Parto	Ambulatório HMI	Qualidade na Assistência Materna Neonatal	Todos os funcionários	Promover o atendimento humanizado durante o parto	Médico Pedagogo
PHPN	Ambulatório HMI	Programa de Humanização no pré-natal e nascimento	Gestantes	Acesso/atendimento digno e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério	Todos os funcionários
Aleitamento Materno	Banco de Leite	Pranama	Mães Adotivas	Promover e apoiar o aleitamento materno para mães adotivas	Enfermeiro Psicólogo Assistente Social Médico
Pediatria	Ambulatório HMI	Massagem para bebês (Shantala)	Bebês de 0 a 2 anos	Propiciar estreitamento de laços afetivos entre mãe e bebê	Enfermagem Psicologia
Saúde Bucal	Ambulatório	Escovação	Gestantes de	Orientação para	ACD

	HMI		Pré-natal	correta escovação	
Saúde Bucal	Ambulatório HMI	Avaliação Bucal	Gestantes de Pré-natal	Propiciar avaliação bucal para todas as gestantes do programa pré-natal	Dentista
Qualidade de Vida	Ambulatório HMI	Hipertensão, Obesidade, Diabetes, Climatério	Pacientes	Fornecer informações para prevenção e tratamento	Médico Psicólogo Serviço Social Nutrição
Terceira Idade	Ambulatório HMI	Projeto de ponto de encontro da melhor idade	Pacientes a partir de 60 anos	Melhoria da qualidade de vida, promover espaço terapêutico, estimular relações sociais	Serviço Social Psicologia Parceiros
CONSAT	Ambulatório HMI	Comissão de Saúde do Trabalhador	Todos os funcionários	Prevenção de acidente de trabalho	Funcionários Eleitos

Fonte: Diretoria HMI (2013), adaptado pela autora.

A maternidade conta ainda com o serviço gratuito de cartório de 2^a a 6^a feira das 9:00 às 15:00 para registrar as crianças. Os documentos necessários são: R.G. da mãe e do pai da criança (opcional) e certidão de casamento (se tiver o documento oficial).

Em 2004, o HMI realizou 5.288 partos, 6.334 internações, 189 laqueaduras, 25.305 consultas emergenciais, 7.485 exames de ultrassom, 3.386 cardiocografias e 6.895 exames de Raio-X. Atualmente, a média mensal é de 400 partos realizados, 3.500 atendimentos ambulatoriais e 2.319 atendimentos no pronto-socorro.

3.5 Identificação e classificação dos *stakeholders*

A partir do conceito e estudos realizados por Freeman (1984), elaborou-se um mapa para a identificação dos principais atores que compõem os *stakeholders* dos serviços de saúde. Esse mapa foi apresentado durante as entrevistas com o objetivo de identificar os principais *stakeholders* dos serviços pesquisados.

No HGG, os entrevistados estabeleceram como os *stakeholders* mais relevantes: Usuários, Funcionários, Governo e os Voluntários. Já o *stakeholder* apontado como pouco relevante foi a Mídia e os acionistas, que neste caso não se

aplica. Os entrevistados dessa instituição sentiram falta da diretoria executiva apontada por Lucena (2012). Outra sugestão foi da coordenadora Carone (2012), que sentiu falta no mapa dos *stakes* das ouvidorias e defensorias públicas para colocar em xeque o próprio governo e agilizar a resolutividade dos problemas da população. Pereira (2012) acrescentaria as escolas e universidades que fornecem muitos alunos para estágios e residências médicas.

No AME Interlagos, os *stakeholders* apontados como importantes foram: Funcionários, Fornecedores, Comunidade e os Usuários. Segundo Martins (2013), sentiu falta da OSS (Instituto de Responsabilidade Social do Sírío-Libanês) e sugeriu que os gestores deveriam ser representados em um grupo isolado de *stakeholders*. A mídia também foi apontada como pouco relevante e que geralmente aparece quando ocorre algum erro ou denúncia.

Os *stakeholders* mais influentes para o Hospital Maternidade Interlagos apontados durante a entrevista são: Governo, Usuários, Funcionários e Voluntários. **Aos** investidores não se aplica, pois o governo, neste caso, representado pela Secretaria do Estado de Saúde (SES-SP) fornece o recurso financeiro para manter a instituição. Para Lamon (2013), a Comunidade no HMI é muito importante, porque foram eles que construíram o hospital.

O hospital porque veio da comunidade, ele nasceu da comunidade então isso é fundamental, ele tem uma importância, ele tem uma história dentro desta região. É diferente do Hospital Grajaú que também tem uma história, eu acho que esta região é muito atuante, ele foi construído ali por um governo que sentiu a necessidade da comunidade e a comunidade pressionando fez com que este hospital existisse. Aqui não, a comunidade por diversas razões, por suas crenças, por coisas que eles acreditaram eles fizeram este hospital surgir, então eu acho que isso criou para este hospital uma responsabilidade, um peso afetivo pra comunidade e da importância mesmo de ser a única maternidade da região. O ambulatório também as pessoas têm uma relação afetiva porque foi uma igreja, porque casaram lá, porque contam estas histórias, porque por muito tempo passaram pelos especialistas e por muito tempo teve uma importância na área da saúde para eles, aí diferentemente porque era um ambulatório de especialidades que eles perderam, por isso que eu falei que esta ligação afetiva é tão forte que até hoje eles nos chamam pelo primeiro nome e não pelo nome atual. (LAMON, 2013 – HMI)²⁵

²⁵ Os trechos das entrevistas serão apresentados em itálico.

Um mapa foi elaborado e apresentado durante as entrevistas, seguido de um roteiro onde foi solicitado para os entrevistados apontarem os *stakeholders* mais relevantes para a existência do serviço de saúde estudado. A partir do mapa da figura 13, foram levantados os seguintes dados. O nível de importância do *stakeholders* para a organização sugeridos para classificação foram:

4. “Extremamente importante”
 3. “Muito importante”
 2. “Importante”
 1. “Pouco importante”
- N/A – Não se aplica

Quadro 8 – Identificação e classificação dos *stakeholders* dos serviços de saúde

<i>Stakeholders</i>	Grau de Importância
Funcionários	4
Investidores	N/A
Usuários	4
Governo	4
Mídia	1
Comunidade	3
Fornecedores	3
Entidades/ Voluntários	4

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

O mapa seguinte, figura 13, foi apresentado durante as entrevistas.

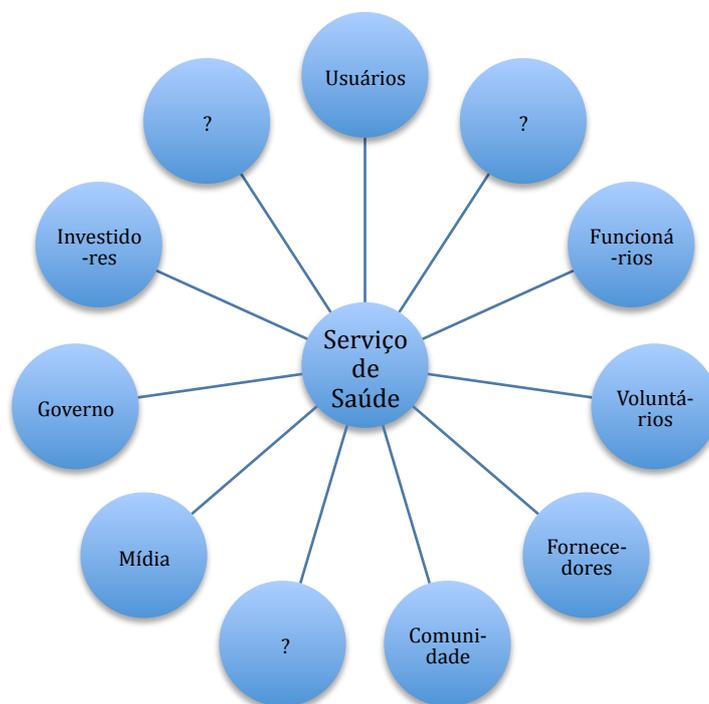


Figura 13 – Mapa dos *stakeholders*.
Fonte: Adaptado de Freeman (1984).

O mapa facilita a observação do posicionamento de uma organização e o entendimento de toda a gama de vetores entre os grupos de referência e das adaptações necessárias para sua gestão.

Em uma análise comparativa da visão da maioria dos entrevistados nas três instituições pesquisadas, os Usuários, os Funcionários, o Governo e os Voluntários responderam que os *stakeholders* eram considerados muito importantes para estes serviços. Outros *stakeholders* também foram apontados pelos entrevistados como importantes, dentre eles: Comunidade e os Fornecedores.

Já o *stakeholder* classificado como pouco importante foi a Mídia que poderia exercer um papel mais atuante nessa relação, mas só aparece quando tem alguma mudança na gestão ou queixa e reclamações da população, em situações de erros médicos, e os Investidores nesse caso não se aplicam em todas as instituições porque a fonte de recursos é o próprio Estado.

Após a classificação dos *stakeholders*, foram selecionados os grupos de *stakeholders* para aplicação das entrevistas, com o intuito de verificar a confirmação

ou não da assertiva mencionada pelos pressupostos. Com os resultados dos dados coletados durante as entrevistas foram realizadas as análises a seguir.

3.6 - Hospital Geral do Grajaú – (HGG) – pressupostos

No Hospital Geral do Grajaú. O primeiro pressuposto solicitava se havia contribuição da humanização e a hospitalidade na qualidade do atendimento e melhoria do ambiente hospitalar. Observou-se que esse pressuposto foi confirmado no HGG.

No hospital tem que ser a mesma coisa, não é porque você está num local onde tem a tecnologia diferenciada que você não tenha que considerar a origem da pessoa, onde ela está inserida, o que foi que causou e como é que você pode ajudar durante a internação e fora. Esse processo de humanização mexe com a estrutura porque a nossa tradição de administração na saúde sempre foi de ser verticalizada, hierarquizada e extremamente autoritária. E quando você fala desta questão você força a discussão do poder das instituições, a relação entre as categorias. Não serve só para criar um ambiente mais democrático para o usuário, serve também para rever as relações entre os profissionais que no hospital é extremamente marcada pela questão hierárquica. (PEREIRA, 2012 - HGG)

A coordenadora do Serviço de Apoio ao usuário complementa a fala de Pereira e também confirma o primeiro pressuposto no trecho a seguir:

A humanização é um processo. A humanização no serviço de saúde tem a ver com a política pública de saúde, com a gestão hospitalar, com o serviço que você oferece que tem que estar de acordo com a demanda que você está recebendo, as adaptações que você tem que fazer. Humanização tem a ver com orçamento. Então assim, humanização é mais do que funcionários educados, bem vestidos, ter uma hotelaria adequada. Na verdade a humanização é um processo de reconhecimento dos sujeitos dentro daquele espaço, da construção da saúde coletiva, individual. Então, a humanização é um processo que tem envolvimento do gestor da saúde e do usuário.(CARONE, 2012, HGG)

Nas duas entrevistas foi possível perceber como os *stakeholders* veem a contribuição da hotelaria, da hospitalidade e da humanização para a melhoria do atendimento, das relações e do ambiente de saúde como um todo. Carone (2012) afirma ainda, com uma visão mais ampla em que menciona a necessidade de se

conhecer a região onde o serviço de saúde está inserido, suas carências e demandas. Segundo Abiko (2011), “a noção do que é serviço público varia conforme as características da sociedade, da sua organização política e do seu grau de desenvolvimento”.

A questão da humanização é nos processos de trabalho, então assim, pra gente falar de humanização a gente precisa saber onde você está, que população você atende, quais são os problemas que essa população tem e o que você está ofertando, fazer uma relação com a oferta deste serviço. (CARONE, 2012,HGG)

Lucena (2012), responsável médico do pronto-socorro, acredita que a Humanização não é algo que possa ser imposto aos funcionários e sim é algo nato, da própria educação dos indivíduos, adquirida na sua casa com seus pais e afins.

A humanização é um negócio que vem, quando ela vem de berço na estrutura ela é muito mais forte é difícil você conseguir tirar, mas quando a pessoas não tem é difícil colocar em pouco tempo. E se a espinha dorsal da empresa não tiver isso muito claro, se não for passado de forma muito clara e se não tiver sendo entre aspas auditado, não tiver sendo cobrado pelos gestores, pela liderança não anda, não sai. Porque nesse clima que a organização favorece as pessoas terminam entrando no barco, elas terminam conseguindo dar um pouco mais de si. Mas se for no ritmo frenético das atividades do dia, deixar a onda levar então a gente atropela tudo.(LUCENA, 2012 - HGG)

Quando se menciona a respeito da importância da Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). Foi interpretada pelo usuário Carvalho, da seguinte forma: “O fato de ser bem atendido e ter esta hospitalidade acho que aumenta a esperança da pessoa de se estabelecer o mais rápido possível”(CARVALHO,2013, HGG). O voluntário Santos (2013) entendeu o conceito de Hospitalidade e complementa com sua visão a seguir:

A hospitalidade, você mesma falou, é o ato de você recepcionar uma pessoa, você cuidar de uma pessoa, você serve a pessoa. A definição de hospitalidade eu imagino assim... Vou trazer pra uma situação real. Uma pessoa tem a sua saúde debilitada em algum momento da sua vida e pode ser a qualquer momento, desde a mais tenra idade até a pessoa mais idosa e ela sai da sua casa, sai do seu cotidiano e é necessário ser internada num hospital. Se o corpo de médicos, se o hospital não tiver desde o seu funcionário não tiver este conceito de hospitalidade para com as pessoas que necessitam isso nada vai contribuir, a pessoa não vai ter contribuição nenhuma para melhorar a sua saúde. Pra mim o conceito de hospitalidade,

além do conceito técnico de médico, por exemplo, a pessoa vai precisar ser medicada, ela vai precisar fazer exames... Toda esta parte técnica isso o hospital deve oferecer, tem que oferecer, mas o que está por trás disso, o que é a hospitalidade, esse conjunto junto com a hospitalidade vai proporcionar a grande possibilidade, a probabilidade de fazer com que uma pessoa melhore é muito maior porque ela se sente bem. (SANTOS,2013, HGG)

No segundo pressuposto, afirma-se que os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina dos serviços e se essa atitude se refletia na satisfação dos usuários. Esse pressuposto foi parcialmente confirmado pelos entrevistados. Investigações futuras, discussões a respeito do tema, em que uma explanação do conceito para todos os atores envolvidos no processo de saúde proporcionará maior clareza e melhoria nos fluxos e processos de gestão administrativos.

A hospitalidade ajuda a reunir não só a questão da discussão, mas pensar em melhores instrumentos. Eu acho que a hospitalidade abrir esta discussão especialmente no público... Porque o privado tem uma lógica de mercado, de reter o cliente, de lucro. Nós temos uma lógica de construção de cidadania que não é uma discussão hegemônica na sociedade. A hospitalidade dá instrumentos e promove a reflexão em torno desta questão. Este ambiente tem que ser um ambiente diferenciado do que a gente tem no restante da sociedade porque a gente recebe pessoas em uma condição de sofrimento, vulnerabilidade, com necessidades bastante específicas e que a gente tem que considerar quando a gente organiza este cuidado. Não dá mais para a gente achar que o cuidado possa ser uma questão só objetiva de fazer um diagnóstico e que a questão vai ter sucesso. Tá mais do que provado que existe um componente subjetivo que nós não temos governabilidade sobre ele, mas que a gente pode ter influência no meio ambiente e nas relações que se organizam que ajudam no processo de cura. (PEREIRA,2012,HGG)

A ampliação de pesquisas envolvendo a Hospitalidade e a Humanização se faz necessária, pois os conceitos se encontram em diversos pontos permitindo uma gama ampla de interpretações e análises. Godói (2008, p. 41) informa que: “a hospitalidade pode e reduz radicalmente o sofrimento de pacientes e clientes ao minimizar a dor para pacientes e familiares, em momentos de fragilidade”. No trecho a seguir, exemplifica a situação:

Você disponibiliza o serviço de saúde de forma acolhedora, com escuta técnica com encaminhamento adequado. A humanização passa por estas questões da subjetividade, do reconhecimento do

outro, da ampliação do olhar a respeito da doença. Esse usuário que vem aqui passa por inúmeras situações, devido ao nosso perfil de clientela. Chega no hospital com um sintoma e atrás desse sintoma tem uma história, então reconhecimento e a valorização dessa subjetividade na saúde faz uma diferença na questão da humanização, faz a diferença entre esse encontro. (CARONE,2012,HGG)

No trecho apresentado abaixo nota-se que a Hospitalidade pode impactar na satisfação do usuário e também informa que provavelmente o próprio usuário não tem condições de analisar as condições técnicas o que ele vai julgar como “bom” atendimento é relacionado com a hospitalidade.

Essa hospitalidade ela poderia mudar, a gente conseguiria mudar a visão do usuário, a expectativa do cliente/paciente ao vir aqui, essa expectativa certamente... Não a expectativa das condições técnicas em si porque ele nem tem condições de analisar isso. Isso é uma análise interna, nós achamos que esta análise gera satisfação ao paciente e não gera. O que gera satisfação ao paciente e a qualidade que ele vai julgar está na hospitalidade. (LUCENA, 2012)

No terceiro pressuposto, afirmou-se que a arte contribui para a humanização de todo o hospital. Esse pressuposto foi confirmado no HGG, um hospital com uma verba enxuta e funcionários muito criativos nos diversos programas de humanização apresentados para população.

Têm várias ações, têm os doutores da alegria que é um grupo de profissionais, que pessoas do teatro mesmo, são atores formados, que estão aqui semanalmente conosco, a gente tem um trabalho de recreação, brinquedoteca, tem um trabalho muito importante de leitura de contos, de mediação com jogos das crianças e os acompanhantes. O hospital tem várias manifestações, a gente tem grupos de teatro que desenvolvem peças teatrais. (CARONE, 2012)

Segundo Ball e Jonhson in Lashley e Morrison (2004, p. 283,284), “o humor é um elemento essencial na atenuação do trauma do cliente e na recuperação do seu bem-estar.[...] Aumenta o “fator de diversão” de diversas situações e produz cordialidade, franqueza e confiança”.

A próxima citação confirma a importância das intervenções artísticas para quebrar o clima gélido do hospital e melhorar as relações entre funcionários, usuários e quem realiza a própria ação e/ou o trabalho voluntário.

Manifestações artísticas vão ajudar sempre na melhora de uma pessoa. A gente atende ao doente, mas o hospital, os enfermeiros, os funcionários, esse clima do hospital, esse clima é ajudado com este tipo de manifestação artística, a manifestação artística quebra para a vida além do trabalho. Muitas vezes a pessoa está trabalhando e está preocupada com a sua família, com algum problema pessoal e você tem uma manifestação artística e você quebra aquela pressão...(SANTOS, 2013 – HGG)

A comemoração das datas festivas também foi mencionada como importantes para a melhoria da ambiência, humanização e hospitalidade.

O ano de 2011 perto do Natal, Dia das Mães, Dia dos Pais, nós fizemos isso, isso trouxe uma alegria. As pessoas se emocionavam de ver a gente cantando pra eles no Dia dos Pais, Dia das Mães, Natal [...] Os Doutores da Alegria devem estar continuando a fazer isso, eu creio, isso é muito importante, a pessoa tem que sair daquele trauma de estar internado no hospital, tem que ter uma coisa alegre, isso ajuda. E creio que faz parte também da humanização. (CARVALHO, 2013 – HGG)

3.7. Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Interlagos – pressupostos

No AME de Interlagos o primeiro pressuposto, o de verificar se a humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento foi parcialmente confirmado. Na fala da comunidade ficou que quem precisa melhorar a hospitalidade são os funcionários e também demonstra a expectativa do benefício que a aplicação desse conceito pode proporcionar para a melhoria dos serviços oferecidos.

Tem um pessoal de carreira, de 30 anos de carreira, eles se acham um Deus, quando eles pegam o pessoal do conselho que bate de frente com eles, eles baixam um pouco a bola, mas pega estes coitadinhos da periferia aí... Se você for em qualquer hospital você pega o coitadinho da periferia e vê como ele é humilhado. O pessoal da saúde acha que eles estão por cima da carne seca e eu acho que não é por aí.(RIBEIRO, 2013)

Na leitura de Frozé (2010, p. 39), menciona-se a tentativa da hospitalidade e humanização para a melhoria do clima onde se verifica que “a humanização nos serviços de saúde baseia-se fundamentalmente em criar um clima organizacional favorável ao atendimento do paciente”.

Na visão dos gestores fica clara a preocupação com o tratamento e as ações de hospitalidade e humanização, mas se contrapõe com a visão da comunidade onde ainda impera uma experiência negativa com o funcionalismo público.

Os nossos usuários valorizam a forma como eles são tratados, como eles são recebidos, a assistência que a gente dá. Se você perguntar pra ele o que é humanização, o que é hospitalidade talvez ele não saiba, mas se ele gosta de ser bem tratado, se ele gosta de ser bem atendido, se ele gosta de estar num ambiente bom, se ele gosta de ter acesso ao cuidado, com certeza ele vai dizer que sim. Então com certeza pra ele é muito importante, mas ele não daria esse nome. (BAMBIRRA,2013)

A falta de educação e a grosseria também são mencionadas pela comunidade e os usuários, apesar de não terem muita clareza dos conceitos de hospitalidade e humanização, sabem o que é ser bem atendido. Northcote Parkison, apud Albrecht (2000, p. 7), informa que essa hostilidade e a falta de vontade estão alinhadas a um antigo preceito de serviço público, em que o funcionário tem um vínculo vitalício com a instituição, o que acaba por gerar acomodação e um péssimo serviço prestado porque independente do resultado o servidor permanece no seu cargo.

É isso, seria estar fazendo a reciclagem dos funcionários, eu gostaria que as unidades básicas de saúde que o pessoal bate no peito que é concursado que fizesse uma reciclagem com esse pessoal, tem muito funcionário público que é folgado, vai atender na recepção a pessoa de qualquer jeito. A reciclagem com funcionário público seria muito bom. (ARAÚJO, 2013)

A coordenadora de atendimento do AME de Interlagos demonstra que o pensamento e preocupações com a Hospitalidade são recentes nos serviços de saúde e que isso acaba por impactar na melhora do paciente.

Na verdade hospitalidade é um termo recente, a gente não se preocupava tanto com isso, era um atendimento mais padrão e hospitalidade não estava tão inserida. Então a gente começa a pensar numa estrutura com pessoas diferenciadas para fazer esta questão, pensar nesta parte da alimentação, hospedagem, entretenimento pro paciente, que é uma coisa que a gente não pensava dele se sentir no ambiente da saúde como se ele estivesse na casa dele, porque tudo isso, estas questões, se ele está alimentado, se ele tem entretenimento, se ele tem uma hospedagem confortável à recuperação é melhor, vários estudos comprovam que

quando o paciente está num ambiente que parece familiar ele tem uma recuperação melhor, tanto que alguns são mandados pra casa para se recuperar e nem ficam no hospital. (MARTINS,2013)

O segundo pressuposto, os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários, isso foi também parcialmente confirmado no AME.

Eu acho que talvez não seja claro o conceito de humanização e hospitalidade, eles não identifiquem a importância com o termo, mas eles valorizam muito esse tipo de atitude. Tanto a hospitalidade como a humanização é algo que este stakeholders gostam muito. Então assim, em relação ao governo, a partir deste ano a humanização passa a fazer parte do nosso contrato de gestão, então a humanização hoje pra gente é contratual assim como a qualidade do atendimento. Então dessa forma a gente só pode entender que o stakeholder do governo enxerga a humanização como muito importante. (BAMBIRRA, 2013)

Na questões que se referem às organizações sociais de saúde, elas são polêmicas e dividem as opiniões entre os partidos políticos e o atual prefeito Fernando Haddad (2012), que durante a campanha política, mencionou que não daria continuidade a esse modelo de gestão.

Eu acho que os mais importantes: primeiro a OS é fundamental porque ela tem uma nova visão e ao mesmo tempo tem o comprometimento do resultado, a comunidade porque ela faz esse papel de integrar os serviços com as necessidades dos usuários e eu acho que a parte do governo representado pela secretaria que é uma parte muito importante porque toda verba, administração, modelo de gestão vem tudo deles e eles têm que entender qual a estrutura de todo este contexto do município do Estado pra gente poder fazer uma boa gestão. Então assim, se eu fosse eleger três seriam os mais importantes. (MARTINS,2013)

O último pressuposto, intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar, foi confirmado.

A gente teve em abril do ano passado, a gente teve a semana do aniversário que a gente fez várias atividades tanto para a comunidade como para o usuário, mas quanto para os colaboradores e dentro destas atividades a gente teve oficina de pintura, oficina de origami, oficina de artesanato e também cuidados. Para o colaborador a gente teve corte de cabelo, esmaltação das unhas, massagens e todo ano a gente faz ou na semana da saúde ou no aniversário do Ame. (BAMBIRRA, 2013)

Na fala da coordenadora do atendimento, demonstra-se que as manifestações artísticas ficam vinculadas a datas comemorativas no AME.

Então a gente tem uma semana da saúde, onde é feito aferição de pressão, do diabetes, estas coisas feitas pela enfermagem, nós temos nesta semana da saúde, a gente traz o serviço de cabeleireiro, maquiagem, manicure. Esse é só diferenciado para funcionários. O outro da parte da saúde é direcionado para pacientes. A gente, por exemplo, no final do ano a gente elege um funcionário para ser o papai Noel e ele sai pelo ambulatório, a gente tem até fotos, foi muito legal. Ele sai pelo ambulatório distribuindo balas para as crianças. Os colaboradores que cantam também tocam piano, flauta, então são algumas ações que ainda podem ser melhoradas, a gente pode fazer algumas outras que faz esta interface, esta união e faz parte da hospitalidade/humanização. (MARTINS, 2013)

3.8 Hospital Maternidade Interlagos (HMI) – pressupostos

Na maternidade, o primeiro pressuposto da contribuição da humanização e hospitalidade na melhoria do atendimento foi confirmado na fala dos entrevistados.

Lamon afirma em sua fala no trecho abaixo a importância da Hospitalidade e o impacto no atendimento e satisfação do usuário, já a paciente Barbosa confirma a fala da gestora, quando comenta sobre sua percepção do atendimento. “*Eu gostei, fui bem atendida, é confortável, fiquei à vontade*”. (BARBOSA, 2013 – paciente HMI)

Eu acho que o local de atendimento, isso já faz um bom tempo que vem mudando, acho que tem que ser um lugar em que o usuário se sinta bem. Ele vem à procura na maternidade e no ambulatório atualmente, nós temos a grande maioria de gestante; então em busca do conforto enquanto ele espera atendimento, de que ele seja bem recebido, de que ele seja reconhecido, de que ele seja ouvido, de que o ambiente seja agradável, que ele tenha informações em vários locais. Eu percebo que ele gosta de ler várias coisas que a gente coloca de informações e isso leva a fazer perguntas e a buscar serviços. (LAMON, 2013)

A gestora responsável pela Ouvidoria e assistente da diretoria do HMI demonstrou-se interessada. Para Godói (2004, p. 40), “hotelaria hospitalar é a introdução de técnicas, procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com o

consequente benefício social, físico, psicológico e emocional para pacientes, familiares e funcionários”.

Pra mim hospitalidade é um termo novo que eu vim conhecer agora. A gente conhece outros termos como hospedagem na administração hospitalar. A hospitalidade eu vi como um enfoque humanitário nos serviços de hospedagem, você tem um enfoque mais voltado ao paciente, aprofundando as relações com o paciente, possibilitando ao paciente ficar mais à vontade, ter junto dele alguma coisa lúdica, fazer alguma coisa pra que ele possa se sentir mais à vontade ao receber os serviços de hospedagem. (LOPES Y LOPES, 2013- HMI)

Observa-se na leitura de Mezzomo (2003, p. 40) que “É a pessoa, como um todo, que deve ser atendida e não apenas seus membros, órgãos ou sistemas. [...] Não se trata de peças a serem recuperadas ou substituídas como ocorre com o automóvel numa oficina mecânica...”. Na fala de Muller (2013) confirma-se a citação de Mezzomo (2003), na qual a voluntária da maternidade menciona a importância e a relevância do tema Humanização e a subjetividade das relações.

Eu particularmente fico muito feliz em ter este trabalho nessa parte de humanização porque a paciente não é um robô que quebrou e vai no oficina pra consertar, acima de tudo são seres humanos. O doente acima de tudo já está naquela área de carência então é um medicamento, uma operação que vai produzir um efeito positivo nele. Então esse cuidado no desenvolver esta parte eu acho de extrema importância. (MULLER, 2013 voluntária - HMI)

O segundo pressuposto foi confirmado no HMI, o de verificar se os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários. Na fala da Silva (2013), um acompanhante mostra o que se espera do atendimento. “*Eu gostaria de ser atendido da melhor forma, sem demorar muito. Porque às vezes você chega e fica muito tempo na fila de espera, esperando. Eu acho legal o atendimento daqui, muito bom!*”

*Na época acho que os nossos grupos, as nossas ações com aleitamentos, estes treinamentos é que foram trazendo o discurso da humanização, o acolhimento. Então num primeiro momento acho que foi isso. Agora eu acho que está se reestruturando e vai ter um segundo momento. Vai ter avaliação de risco que vamos começar esta discussão, tem a questão de trabalhar com as redes que eu acho, aqui eu não sei, mas lá eu trabalho mais com a rede do que com o hospital. Ainda é difícil para o colaborador entender essa nova dinâmica, então todas as vezes que a gente começa a conversar... Hoje a coisa é muito mais ampla do que era antes. Hoje a gente trabalha com a prefeitura, trabalha com bairro lá do outro lado, são várias pessoas que estão entrando em contato com a gente, nem todo colaborador consegue compreender isso, então pra eles eu acho que ainda é um pouco difícil porque a conversa maior que a gente tem é na relação com atendimento. O acolhimento tem sido a questão que a gente mais conversa, então na recepção tivemos um curso há pouco tempo, que participaram, que gostaram e que esse assunto sempre tem que ser retomado porque a porta é sempre nosso grande problema, eles gostaram, mas é difícil viabilizar no dia a dia. Então eu acho que agora que **tem** o centro integrado eles estão pensando em novos treinamentos. Anteriormente foi as ações que te citei, agora a gente tem focado no atendimento e vai ter um novo momento que a gente vai focar agora no trabalho com as redes, estas novas coisas que o hospital tá incorporando. É difícil, não é fácil, existe muita resistência, mas é natural. É muita coisa nova. (LAMON, 2013)*

Godói (2004, p. 45) informa que a “boa qualidade dos serviços oferecidos como complemento ao tratamento médico e da hospedagem é percebida no momento da sua admissão, assim sua principal característica é a satisfação do cliente incluindo-se aí a superação de suas expectativas”. Este autor apoia a confirmação do segundo pressuposto no HMI.

Outro trecho de entrevista de Lamon ratifica a afirmação apresentada no terceiro pressuposto:

No dia do funcionário público, a maternidade fez uma atividade com um grupo que são palhaços e eles foram homenagear os funcionários, e foi muito interessante que na primeira vez foi uma homenagem no dia das mulheres, mas o quanto o usuário participou, os bebês e como eles incluíram as pessoas numa atividade que primeiro era dia das mulheres então era pra todas mesmo; mas o segundo que era pro funcionário o usuário estava lá porque eles foram para a recepção, então aqui aconteceu da mesma forma, então todos os pacientes foram participar, as crianças e deram opiniões e cantaram juntos. Então eu acho que estas atividades são legais quando a gente consegue inserir, quando tem grupos, isso é muito legal porque a gente traz o usuário pra um

ambiente que ele sente muito mais dele quando se consegue fazer isso. E um ambiente que a gente busca que seja o mais gostoso possível.(LAMON, 2013)

As voluntárias incentivam muitas das atividades nas datas comemorativas e podem desenvolver outros programas para humanizar o ambiente hospitalar.

Não tem muito, tem só da igreja Novidade de Vida. Toda segunda-feira vêm os voluntários onde a mães ficam internadas, no semi-intensivo, então elas ficam ali ansiosas sem ter o que fazer e elas vêm toda segunda-feira e dão aula de artesanato, fazem florzinha, bijuteria, toalhinha, borda. Agora nós estamos pensando no Dia Internacional da Mulher, dia 8, dia das mães tudo ganha presentes e a gente coloca as faixas, dia do médico, dia da criança, aniversário do hospital, só para os pais que a gente não faz nada porque nunca os pais estão aí. Esse ano o primeiro bebê que nasceu era meia-noite e três, era uma menina e a gente chega aqui e dá no dia de Natal, no dia de Ano Novo. É isso que a gente costuma fazer. (ROQUE, 2013 - HMI)

A maternidade tem muitos programas de humanização e hospitalidade. O terceiro pressuposto foi confirmado.

3.9 Comparações dos resultados obtidos nos três serviços de saúde

Alguns quadros serão apresentados para comparar os resultados encontrados nos serviços de saúde. No quadro 9, seguem os resultados obtidos com o primeiro pressuposto.

Quadro 9 – Síntese de resultados – primeiro pressuposto

Serviço de Saúde	Resultado do Pressuposto	Primeiro Pressuposto
Hospital Geral do Grajaú	Confirmado	A humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência
AME Interlagos	Parcialmente Confirmado	
Hospital Maternidade Interlagos	Confirmado	

Fonte: Elaborado pela autora (2013)

O primeiro pressuposto, o de verificar se a humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência, foi parcialmente confirmado no AME Interlagos, já no Hospital Geral do Grajaú e na Maternidade Interlagos foram confirmados. No HGG, foi observada a criatividade dos funcionários para realizar os programas de humanização e hospitalidade. Esse fato ocorre pela carência de recursos financeiros aplicados no hospital e a motivação dos funcionários em servir e ajudar o próximo. A afirmação de que “[...] a humanização é um processo de reconhecimento dos sujeitos dentro daquele espaço[...]” (CARONE, 2012) confirma o pressuposto.

Já no Hospital Maternidade Interlagos, a aplicação da política de humanização e pelo hospital ter sido criado pela comunidade mostra o carinho e o cuidado da população pela instituição. No quadro 10 a seguir, apresenta a comparação dos resultados obtidos com o segundo pressuposto.

Quadro 10 – Síntese de resultados – segundo pressuposto

Serviço de Saúde	Resultado do Pressuposto	Segundo Pressuposto
Hospital Geral do Grajaú	Parcialmente Confirmado	Os <i>stakeholders</i> da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários
AME Interlagos	Parcialmente Confirmado	
Hospital Maternidade Interlagos	Confirmado	

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

O segundo pressuposto requer mais estudos para confirmar a assertiva, pois se observou a falta de conhecimento e clareza sobre a temática.

No quadro 11, verificou-se que o terceiro pressuposto foi confirmado nas três instituições analisadas.

Quadro 11 – Síntese de resultados – terceiro pressuposto

Serviço de Saúde	Resultado do Pressuposto	Terceiro Pressuposto
Hospital Geral do Grajaú	Confirmado	As intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar
AME Interlagos	Confirmado	
Hospital Maternidade Interlagos	Confirmado	

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

As palavras que foram recorrentes na fala dos entrevistados dentro das três instituições são: respeito, solidariedade e comprometimento.

Eu não sei se eu consigo dizer em uma palavra não, mas eu diria humanidade, empatia, solidariedade. Esse caminho da humanização ele tende a isso. Organização. Se você não organizar todas estas variáveis você humaniza, mas não resolve. Precisa organizar o sistema, precisa estar todo mundo engrenado, as roldanas precisam estar juntas senão não gera força. (LUCENA, 2012)

A figura 14, na sequência, mostra as palavras mais citadas pelos entrevistados nos três serviços de saúde estudados. Foi utilizado o recurso *Wordle* para a criação da nuvem de palavras, com o objetivo de agrupá-las e promover uma reflexão a respeito. As palavras que mais apareceram ficam maiores (respeito, solidariedade e união) e as que foram menos pronunciadas ficam menores.

Figura14 – Nuvem de palavras citadas nas entrevistas – Serviços Públicos de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Para finalizar, a citação escolhida foi de um trecho de entrevista: “A palavra que se usa muito nesta situação é o amor pelas pessoas. O dia que as nossas autoridades lidarem com um pouco mais de respeito e amor pelas pessoas a saúde do Brasil vai melhorar muito”. (CARVALHO, 2013 – HGG)

Muitas sugestões foram apontadas pelos entrevistados nos três serviços, dentre elas: a relevância do tema Hospitalidade e Humanização para a melhoria do atendimento e das relações como um todo.

Eu acho interessante este enfoque na questão da humanização e da hospitalidade porque é um enfoque novo e a humanização é uma coisa que tem que ser muitíssimo respeitada e aplicada porque nós hoje somos funcionários e brevemente podemos ser pacientes. Se a gente tivesse essa consciência aí teríamos muito menos desrespeito à saúde pública. (LOPES Y LOPES, 2013 – HMI)

A voluntária da maternidade menciona sobre as resistências na hora de promover as mudanças, Muller (2013) complementa a fala de Lopes y Lopes assistente da diretoria e ouvidoria: [...] “*é um trabalho de formiguinha, mas é necessário, as pessoas não vão mudar de uma hora pra outra, mas não pode parar nunca, eu acredito nisso*”.

Segundo dados levantados pela Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (SEADE, 2008), há indícios de que as áreas mais afastadas do Centro da cidade são as que apresentam as maiores taxas de crescimento populacional, entre 2000 a 2008. A seguir, a citação de Okazaki (2013), que mostra os problemas enfrentados pelo crescimento excessivo da população.

No crescimento da população tudo parece que desordenou, inclusive a saúde pública. Teve um momento enorme da tecnologia que na saúde pública você não consegue contemplar. Mas não é só de equipamento que a gente precisa, nós precisamos de pessoas que tenham competência, comprometimento de informar a população e muitas vezes ela é informada sem nenhum aparato tecnológico nós vamos conseguir prevenir muitas doenças. E o que eu sinto é que a população está cansada, ela não quer receber informação, ela quer atendimento, uma pílula, um comprimido que resolva o seu problema e até logo. E ao mesmo tempo o profissional que atende também ele está exausto porque é tanta gente que ele atende e ele já não tem mais ânimo de ficar ensinando, então eu não sei, isso vai demorar um pouco para as coisas entrarem no eixo e tomar um caminho de ter um comprometimento e um atendimento melhor. (OKAZAKI, 2013 – HMI)

A Humanização pode caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS. Outro ponto para se trabalhar é a mudança da imagem da saúde pública no Brasil. Na leitura de Albrecht (2000), verifica-se a assertiva de que “é uma vergonha que os órgãos do governo tenham, em geral, uma imagem de prestação de serviço tão ruim, mas em sua maior parte ela é merecida”.

É uma questão de tempo, eu sempre fico lembrando que o SUS tem 20 e poucos anos, então nós estamos no início. Que caminho ele vai percorrer? A gente tem que ter a cabeça aberta e pensar que no Brasil a gente vai de certa forma disputar tudo com o privado e eu acho que uma das coisas que o público ainda deixa muito pra trás é que não basta ter o remédio, o equipamento, o exame, mas diferenciar também esse atendimento. A nossa imagem ainda é muito ruim, o atendimento frio, austero, e isso às vezes não precisa nem ter muito dinheiro para mudar, precisa de reflexão. (PEREIRA, 2012)

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH, 2004), a Humanização pode traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

Para fazer humanização o mais importante é abrir mão de certos poderes pra ouvir, para tentar, para recriar, então a humanização coloca a gente em xeque muitas vezes e a gente tem esse espaço aqui no hospital apesar das nossas limitações e nas diversidades a gente consegue fazer. É um desafio grande. (CARONE, 2012)

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS para a (PNH, 2004) se coloca como estratégia, contribuindo para a qualificação da atenção e da gestão, dentre elas a atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo.

O que eu sinto é isso: que as pessoas com vontade, com organização e planejamento elas conseguem mudar a realidade da saúde pública no Brasil. Então hoje a gente tem serviços de muito boa qualidade, só que isso precisava expandir mais, a gente precisa de mais gente querendo fazer em todas as instâncias, desde lá da

*ponta, atenção básica mais básica até a mais complexa.
(BAMBIRRA, 2013 – AME)*

O estudo despertou interesse e abriu possibilidades de discussão sobre o assunto, Pereira (2012), afirma a relevância do tema “[...] *eu espero que com estes trabalhos, com estes conhecimentos a gente consiga se estruturar*”.

Eu acredito que este trabalho seja um início, possa ser um precursor, um norte para que os hospitais e as pessoas que trabalham com hospitalidade tenham essa consciência de que a boa vontade, a disposição é um dos melhores adjetivos que um ser humano pode ter. Praticar a boa obra, ajudar ao próximo. Nós escolhemos um hospital, o outro pode escolher uma comunidade, o outro pode escolher uma creche, outro pode escolher quantos orfanatos, quantas pessoas não precisam disso? Resumindo é amar ao próximo como a si mesmo. (SANTOS, 2013)

Godói (2004, p. 45) conclui que “se atentarmos aos detalhes podemos perceber a importância de como pequenas ações podem produzir grandes resultados.” É responsabilidade do Estado, em conjunto com os municípios, formular e implantar uma política que viabilize e fortaleça localmente os princípios, as diretrizes e dispositivos propostos pelas Políticas Nacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Examinando os objetivos desta pesquisa, a autora conclui uma etapa do processo de estudos, graças à generosidade de alguns gestores que acolheram o interesse e a motivação desta em aprender um pouco mais sobre como funcionam os serviços públicos de saúde.

Muita resistência foi encontrada para apoiar estudos nesta linha devido ao fato de a autora ter se desvinculado do hospital onde trabalhava, e a área de saúde ser fechada para pesquisadores que não possuem o vínculo institucional. Outros fatores seriam interligados com os maus hábitos adquiridos no funcionalismo público, o que acarreta um certo comodismo perante as propostas e ideias de mudanças.

O objetivo geral foi o de analisar os *stakeholders* dos serviços de saúde estudados e suas influências na humanização do ambiente hospitalar. Esse objetivo foi alcançado, ao se compreender os grupos que influenciam ou são influenciados pelas propostas de humanização.

Foi observado que as instituições que têm a preocupação com a humanização e a hospitalidade foram consideradas inovadoras e cuidadosas com o usuário.

Quanto aos objetivos específicos propostos, o primeiro objetivo foi o de analisar se as ações do setor de hospitalidade e humanização contribuem para a melhoria do ambiente hospitalar. Esse objetivo foi alcançado nos três serviços observados. As propostas de humanização se complementam com os conceitos de hospitalidade, quando objetivam o bom atendimento, a melhoria das relações ‘anfitrião e hóspede’, ao se trabalhar o clima e ambiência e fazer com que o usuário se sinta em sua ‘própria casa’. Isso significa fazer com que a pessoa fique mais à vontade.

O segundo objetivo específico proposto foi o de verificar se as intervenções de hospitalidade refletem na qualidade de vida dos usuários (pacientes e acompanhantes), dos funcionários do hospital. Esse objetivo também foi alcançado, pois as ações de hospitalidade criam um ambiente mais agradável para todos no hospital, humanizando as relações.

O terceiro objetivo específico foi pesquisar se as intervenções artísticas e lúdicas auxiliam na humanização das relações entre os funcionários e os usuários da instituição de saúde. Esse objetivo também foi alcançado nas instituições pesquisadas, a arte e as atividades lúdicas aliviam o estresse dos funcionários, acompanhantes e usuários. Elas promovem integração entre as equipes multidisciplinares, entre o usuário e os funcionários, melhorando o clima e as interações sociais.

Para Godói (2004, p. 46), “muitas novas áreas dentro de um hospital podem ser criadas ou reestruturadas sem aumentar o quadro efetivo de pessoal, gerando mais qualidade e satisfação a clientes internos e externos, otimizando o trabalho e produzindo resultados mensuráveis”.

Alcançados todos os objetivos, retoma-se a problemática norteadora deste estudo. A questão foi respondida pelos entrevistados, para os quais os seguintes grupos foram considerados importantes para o exercício da humanização. Os *stakeholders* apontados foram: usuários, funcionários, voluntários, gestores e a comunidade.

Considerando as afirmações para responder a problemática desta pesquisa, é evidente que a motivação para implantar a hospitalidade e humanização nos serviços de saúde vem pela necessidade de se resgatar uma medicina voltada para a prevenção, quando existia o médico da família que acompanhava o indivíduo em vários momentos da vida.

A tendência não pode ser considerada um simples modismo, mas pode agregar valor ao serviço com uma proposta de mudança da cultura organizacional, na qual impere a qualidade das relações humanas, o que acaba por impactar na satisfação dos clientes internos e externos das instituições, com uma melhoria do ambiente no geral.

Quando se preocupa em construir relações saudáveis e equilibradas, o foco em qualidade e no acolhimento colabora com o processo de cura do indivíduo que chega ao serviço de saúde fragilizado e doente. Na visão da Política Nacional de Humanização (PNH, 2004), o acolhimento é o ato ou efeito de acolher, é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, uma atitude de inclusão que significa estar em relação com algo ou alguém.

A gestão dos *stakeholders* e a análise de quem influencia e é influenciado pelos serviços de saúde complementa a visão da Política Nacional de Humanização, em que o mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização constituem a articulação de uma rede de atenção SUS, na perspectiva maior no Ministério da Saúde, inserindo a promoção e a articulação entre os atores que constituem aspectos importantes na construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS).

Quando se fala em rede, uma característica presente é a conexão, o que implica em se criar fluxos e processos de troca, de interferência e influências. Nessa rede estão todos os grupos de *stakeholders*: gestores, funcionários de saúde, usuários, etc.

Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los, a partir daí se propor diretrizes, ao se traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da política de humanização.

Alinhada à Política Nacional de Humanização, a proposta da Política Estadual de Humanização (PEH) objetiva, por meio da União, a construção e implantação dos novos métodos e melhorias no atendimento aos usuários, apoio à gestão dos serviços de saúde, integrando as ações já existentes, o que visa à melhoria da qualidade das relações entre os usuários, profissionais, gestores, instituições de saúde e comunidade.

No que se refere à região, que compreende os distritos de Capela do Socorro, Grajaú, Parelheiros e Interlagos, é classificado como um local de alta vulnerabilidade social (SEADE, 2008). Isso significa que na região se encontra muitos idosos, casos de complexa gravidade e alto índice de gestações e partos de alto risco. Durante a pesquisa foram realizadas diversas visitas no entorno dos objetos de estudos, onde se constatou a alta densidade populacional, a carência de infraestrutura e de serviços disponíveis para os moradores do extremo sul de São Paulo.

Com uma população de um milhão de pessoas e um único hospital geral para atender a essa demanda, a ausência de unidades básicas de saúde e poucos ambulatorios de especialidades à disposição da comunidade.

A Hospitalidade e a Humanização são ferramentas para a transformação social e para a construção de uma nova gestão em saúde. O fortalecimento dos movimentos

populares de saúde pode ser considerado um caminho para novas estratégias e desenvolvimento social.

A relação entre os órgãos públicos, o Estado representado nesse caso pela Secretaria de Saúde e o que a população demanda é uma provável direção apontada para a continuidade em investigações futuras. A questão política é muito presente quando o assunto em pauta é saúde, algo que não foi levantado por não ser objetivado neste estudo, embora reconheçamos sua relevância.

Igualmente, o trabalho voluntário e sua contribuição para a Humanização do ambiente hospitalar é outro assunto que requer mais estudos e pesquisas.

Contudo, “o hospital assume um novo perfil, o de que existe não apenas para tratar de doentes, mas para produzir conhecimento, saúde e qualidade de vida.” (GODÓI, 2004, p. 41)

A Hospitalidade e Humanização, tema com vasta abrangência e de importância crucial para o desenvolvimento de um país, necessita de aprofundamento das investigações. Espera-se que este estudo possa servir para futuras discussões sobre o assunto. É a finalização de uma etapa, porque a autora não se deu por satisfeita em sua curiosidade e pretende continuar as análises imergindo em dois grupos de *stakeholders* para compreender o que é de fato demandado pela comunidade e como são articulados os movimentos de saúde, além de ouvir o órgão poder público, neste caso, representado pela Secretaria de Saúde do Estado. Pretende-se dar continuidade aos estudos no doutorado com o objetivo de aprofundar mais essa interface desses *stakeholders*.

Com esta pesquisa, a autora pôde compreender melhor os serviços públicos de saúde, principalmente durante a coleta de dados realizada na região do extremo sul de São Paulo, marcada pela extrema precariedade de recursos, local onde a autora foi muito bem recepcionada pelas instituições e pela comunidade, incentivada na pesquisa, por meio de abertura e do fornecimento de todos os dados necessários para a concretização da investigação.

Novas ideias e a vontade de ajudar foram acolhidas pelos gestores, funcionários, voluntários e usuários. As teorias de hospitalidade foram vistas como positivas e servem de base para uma nova gestão administrativa nos serviços de

saúde. Fica aberta à sugestão dos pesquisadores para dar continuidade nesse assunto e explorar a temática.

REFERÊNCIAS

ABIKO, A. *Serviços Públicos Urbanos*. (Texto Técnico) Escola Politécnica da USP – Departamento de Engenharia de Construção Civil. São Paulo, 2011.

ALBRECHT, K. *Revolução nos serviços – Como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes*. 6ª edição. São Paulo: Pioneira, 2000.

ALONSO, M. *Custos nos serviços públicos*. (Artigo) Revista do Serviço Público. Ano 50 – nº 1 – jan./mar. 1999.

BALL, S. In Lashley and Morrison/Em busca da hospitalidade – Perspectivas para um mundo globalizado. Cap. 11 – O humor nos ambientes da hospitalidade comercial. 279-303. São Paulo: Manole, 2004.

BARROSO & SOUZA, Alda e Antonio Marcos. Um estudo das estratégias de hospitalidade e humanização adotadas na administração hospitalar de um hospital em Belo Horizonte. Artigo. Revista SENAC Minas. Ano 2005.

BATISTELLA, Linamara Rizzo (2009) – Prefácio do livro Caminhos da Humanização – Izabel Cristina Rios (2009).

BENI et al. Turismo: Planejamento estratégico e capacidade de gestão. Desenvolvimento Regional, Rede de Produção e *Clusters*. Editora Manole, São Paulo, 2012.

BLAIR, J.D; FOTTLER, M.D. *Strategic leadership for medical groups: navigating your strategic web*. San Francisco: Jossey – Bass, 1998.

BOAVENTURA, J.M.G.; GONÇALVES, P.C.; COSTA, B.K.; FISCHMANN, A.A. Desenvolvimento de cenários: um exercício no setor hospitalar no estado de São Paulo – Brasil. Revista Alcance – Eletrônica, Vol. 18 – nº 4 – p. 448-465 – out. /dez. 2011.

BOEGER, Marcelo Assad. *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003.

BOEGER, Marcelo Assad. *Hotelaria hospitalar como modelo de gestão nas instituições de saúde particulares de São Paulo*. São Paulo, 2006.

BOEGER, Marcelo. *Hotelaria hospitalar – Gestão em Hospitalidade e Humanização*. São Paulo: Senac, 2009.

BOFF, L. *Saber Cuidar – Ética do humano – compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOFF, L. *Virtudes para outro mundo possível*. Petrópolis: Vozes, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de humanização*, 2000. Disponível em <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc> Acesso em: 20/4/2011.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Recuperado em 4/6/12: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, de 20 de nov. de 1990 – Seção 1, p. 18055.

BUENO, M.; BASTOS, S.; SALLES, R – *Hospitalidade: Trajetórias e Possibilidades*. Eumed: julho, 2010. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/cccss/09/bsb.htm>, acesso em: 20/8/2012.

BUENO, M et al. *Hospitalidade no jogo das relações sociais*. São Paulo: Vieira, 2008.

CAILLÉ, Alain. *Antropologia do dom*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. *Hospitalidade*. São Paulo: Aleph, 2004.

- CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. A pesquisa em hospitalidade. Revista hospitalidade. São Paulo, ano V, número 2, 2008.
- CAMARINHA, Daniela. Dinâmica do co-criação de valor entre os *stakeholders*: estudo de caso múltiplos da saúde. Dissertação da Universidade Nove de Julho, 2010.
- CAMPOS, T, L C; Políticas para *stakeholders*: um objetivo ou uma estratégia organizacional? Revista de Administração Contemporânea. Vol.10, n.4, pp. 111-130, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. Humanização da saúde um projeto de defesa da vida? Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.
- CARROLL, A.B. and BUCHHOLTZ, A.K. *Business and Society: Ethics and Stakeholder Management*. 5ª ed. Australia: Thomson South –Western, 2003.
- CHILOSI, A. e DAMIANI, M; *Stakeholders vs. Shareholders in Corporate Governance* – MPRA – RePEc Archive, Munich – 2007
- CLARKSON, M.B.E. *A Stakeholder framework for analyzing and evaluating corporations*. *Academy Management Review*; v. 20, n. 1, p. 92-117, 1995.
- DENCKER, A.F.M; Da VIA S.C. Pesquisa empírica em ciências humanas (com ênfase em comunicação). São Paulo: Futura, 2001.
- DENCKER, A.F.M; BUENO, M.S. Hospitalidade: Cenários e Oportunidades. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- DESLANDES, Suely. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 9, Num. 1, 2004, pp. 7-14. Publicado na Redalyc e *Ciência e Saúde Coletiva*, 2005.
- DIAS, Célia Maria de Moraes. Hospitalidade: reflexões e perspectivas. São Paulo: Manole, 2002.
- DIAS, Antonia de Andrade. Enfermagem e hotelaria hospitalar na promoção da Hospitalidade. São Paulo, 2005.
- DOMENICO, S.M.R. Valores relativos à competição organizacional e interações entre *stakeholders*. Tese, Mackenzie, 2007.
- DONALDSON, T. e PRESTON, L; *The stakeholder theory of the modern corporation: Concepts, evidence and implications*. *Academy of Management Review* 20, pp. 65-91 – 1995.
- DORNELES, O.C.C.; FROZÉ, V.D; MUZACHI, M.Ap.; WADA, E.K. *Reflexões sobre o Turismo de Saúde no Brasil e o Diferencial da Acreditação*. Artigo apresentado para o VI Seminário da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Turismo, 2009. São Paulo.
- DUMAZEDIER, Joffre. *Lazer e Cultura Popular*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- DUNHAM, L.; FREEMAN, R.E; LIEDTKA, J. Enhancing stakeholder practice: a particularized exploration of community. *Business Ethics Quarterly*, v.16, n.1, p. 23-42, 2006.
- ELIAS, P; (Texto Técnico). *Disciplina de Atenção Primária à Saúde I – MSP 0670/2011 – Sistemas de saúde*. Universidade de São Paulo, 2011.
- FOLHA, Em meio a fama e filias HC planeja reformas e novos institutos. PEREIRA, E; Matéria publicada dia 14/10/2012. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/saopaulo/1168397-em-meio-a-fama-e-filias-hc-planeja-reforma-e-novos-institutos.shtml>
- FREEMAN, R. E.; *Strategic management: a stakeholder approach*. Massachusetts, Pitman, 1984.
- FREEMAN, R. E.; REED, D. L.; *Stockholders and Stakeholders: A new perspective on Corporate Governance*. *California Management Review*; Vol. 25, N. 3, pp. 88-106, 1983.

- FREEMAN, R. E. *The politics of stakeholder theory: some future directions. Business Ethic Quarterly*, v.4, n.4, p. 409-421, 1994.
- FREEMAN, R.E.; MC VEA, J. *A stakeholder approach to Strategic Management – Darden Graduate School of Business Administration. Working Paper N° 1 - 2*, 2001.
- FREEMAN, R.E. *The stakeholder approach revisited. Zeitschrift fuer Wirtschafts – und Unternehmensethik*, v. 5 , n.3, p. 228-241, 2004a.
- FREEMAN, R.E; PHILLIPS, R.A. *stakeholder theory: a libertarian defense. Business Ethics Quarterly*, v.12, n.3, p. 331-349, 2002.
- FREEMAN, R.E ; *Business ethics at the millennium. Business Ethics Quarterly*, v.10, n.1, p. 169-180, 2000.
- FROOMAN, Jeff. *Stakeholder Influence Strategies – Academy of Management Review*; v. 24, n. 2, p. 191-205, 1999.
- FROZÉ. Valéria Dellamano. A hospitalidade e o colaborador – Estudo de caso: Hospital Albert Einstein. São Paulo, 2010. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) – Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2010.
- GHELLERE, Janete Lúcia Possato. Experiências em hospitais. Portal humanizar. Disponível em <<http://www.portalhumanizar.com.br>> Acesso em: 20/10/2011.
- GODBOUT, Jacques. O Espírito da dádiva. Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 1999.
- GODOI, Adalto Felix de. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais – 2ª ed. São Paulo: Ícone, 2008.
- HABERMAS, J. *Teoria de la accion comunicativa: complementos y studios previos*. Madrid: Catedra, 1984.
- HANASHIRO, D. M.M.; TEIXEIRA, M.L.M.; ZACCARELLI, L.M. et al. Gestão do Fator Humano – Uma visão baseada em *Stakeholders*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- HOLANDA, S.B. Raízes do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- IBGE, Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009
- JOHNSON, K. In Lashley and Morrison/Em busca da hospitalidade – Perspectivas para um mundo globalizado. Cap. 11 – O humor nos ambientes da hospitalidade comercial. 279-303. São Paulo: Manole, 2004.
- JONES, T.M. *Instrumental stakeholder theory: a synthesis of ethics and economics. Academy of Management Review*, v.20, n.2, p. 404-437, Apr., 1995.
- JUNQUEIRA, R.R. *Stakeholders e hotelaria. Estudo de casos múltiplos: Blue Tree Hotels, Bourbon Hotéis & Resorts e Rede Estanzola*. Dissertação (Mestrado em Hospitalidade), Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2011.
- KOGA, E.S. *Análise dos stakeholders e gestão dos meios de hospedagem: estudo de casos múltiplos na Vila do Abraão, Ilha Grande, RJ*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Hospitalidade, Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2011.
- LEPARGNEUR, H. (2003). Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. *Mundo Saúde*, 2003, 27: 254-257.
- MALVLEY, D.; FOTTLER, M.D.; SLOVENSKY, D.J.. *Evaluating stakeholder management performance using a stakeholder report card. Health Care Management Review*, v.27, n.2, 2002.
- MATOS, Gyslaine. A. A palavra contador de histórias: sua dimensão educativa na contemporaneidade. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2005.
- MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974.

- MAZZIERI, Berta Ricardo de; TOLOSA, Erasmo Magalhães Castro de. 450 anos de história da saúde, 2004. MAZZOTTI, A. Judith. *O método nas Ciências naturais e sociais*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- MCVEA, J.F.; FREEMAN; R.E. *A names-and-faces approach to stakeholder management: how focusing on stakeholders as individuals can bring ethics and entrepreneurial strategy together*. *Journal of Management Inquiry*, v.14, n.1, p. 57-69, 2005
- MEZZOMO, Augusto Antonio. *Humanização Hospitalar – Fundamentos antropológicos e teológicos*. São Paulo: Loyola, 2010
- MEZZOMO, Augusto A. et alli. *Fundamentos da Humanização Hospitalar. Uma Visão Multiprofissional*. São Paulo: Loyola, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília/DF, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009. Manual de humanização. Disponível em <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80_2.doc> Acesso em: 20/4/2011.
- MITCHELL, R. K.; AGLE, B. R.; WOOD, D. J. *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Saliency: Defining the Principle of Who and What Really Counts*. *Academy of Management Review*, v. 22, n.4, pp. 853-886, 1997.
- MONTADON, A. *O livro da Hospitalidade – Acolhida do Estrangeiro na história e nas culturas*. São Paulo: Editora Senac, 2011.
- MONTAGU, A. *Tocar – O significado Humano da pele*. 3ª ed. São Paulo – Summus editorial, 1988.
- MORRISON. Alisson; LASHLEY. Conrad. *Em busca da hospitalidade – Perspectivas para um mundo globalizado*. São Paulo: Manole, 2004.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. BERSUSA, A.A.S., SIQUEIRA, S.R. *Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos*. *Rev. Saúde Pública*; 44 (5): 942-9, 2010.
- ORGANICOM. *Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas – Edição Especial – Comunicação e Saúde – Ano 9 – N.16/17 – 2012*.
- ORTS, E.W e STRUDLER, A. *The ethical and environmental limits of stakeholder theory*. *Business Ethics Quarterly*, v.12, n. 2, p. 215-233, 2002.
- PADILHA in ORGANICOM. *Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas – Edição Especial – Comunicação e Saúde – Ano 9 – N.16/17 – 2012*.
- PHILLIPS, R. *Stakeholder legitimac*. *Business Ethics Quarterly*, v.13, n.1, p. 25-41, 2003.
- PHILLIPS, R.; FREEMAN, R.E; WICKS, A.C. *What stakeholder theory is not*. *Business Ethics Quarterly*, v.13, n.4, p. 479-502, 2003.
- PHILLIPS, R.A.; REICHART, J.; *The environment as a stakeholder? A fairness-based approach*. *Journal of Business Ethics*, v.23. n. 2, p. 185-197, Jan. 2000.
- PRAHALAD, C.K. *A riqueza na base da pirâmide – Como erradicar a pobreza com o lucro*. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- RIOS, Izabel Cristina. *Caminhos da Humanização na Saúde – Prática e Reflexões*. Editora Áurea, 2009.
- RIOS, Izabel Cristina. *Subjetividade na Educação Médica – A Formação humanística em Medicina*. Tese de Doutorado – Medicina – USP. São Paulo, 2010.
- ROCHA, T.; GOLDSCHMIDT, A. *Gestão dos Stakeholders – Como gerenciar o relacionamento e a comunicação entre a empresa e seus públicos de interesse*. São Paulo: Saraiva, 2010.
- ROCHE, Relatório de Sustentabilidade. 2011 – Disponível em: http://www.roche.com.br/portal/roche-brazil/relatorio_sustentabilidade.

SAÚDEWEB – Disponível em: <http://saudeweb.com.br/29970/saude-investe-r-40-milhoes-para-humanizar-atendimento-em-hospitais/>. Acesso dia 27/6/2012.

SEADE, Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (2008). Índice de Vulnerabilidade Social. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso dia 30 de janeiro de 2013.

SEVERINO, Joaquim Antônio. Metodologia do trabalho científico. 21ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2000.

SUBPREFEITURA, Capela do Socorro. *Disponível em:* http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/capela_do_socorro/ – Acesso dia 30/7/2012.

TARABOULSI, Fadi Antoine. Administração de hotelaria hospitalar. São Paulo: Atlas, 2006.

TELLES, V. I. *Canais de Marketing & Distribuição: Conceitos, Estratégias, Gestão, Modelos de decisão*. São Paulo: Saraiva, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde*. (Artigo) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20. Sup 2: S190-S198, 2004.

VENDRUSCOLO, B., HOFFMANN, V.E., FREITAS, C.A. Ferramentas de Gestão Estratégica. *Stakeholders* e Desempenho de Organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. Revista Ibero-Americana de Estratégia – RIAE, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 30-61, jan./abr. 2012.

WADA, Elizabeth Kyoko; FROZÉ, Valéria Dellamano. Hotelaria Hospitalar e a relação entre o clima organizacional e a satisfação do cliente. Artigo, 2009.

WADA, E.K. in BENI et al. Turismo: Planejamento estratégico e capacidade de gestão. Desenvolvimento Regional, Rede de Produção e Clusters. Capítulo – Hospitalidade, Editora Manole, São Paulo, 2012.

WOOD, D.J. *Business and Society*. Pittsburgh, Harper Collins, 1990 apud TEIXEIRA E DOMENICO in Gestão do Fator Humano – Uma visão baseada em *Stakeholders*. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

YIN, Robert K. – Estudo de caso – Planejamento e Métodos. 3ª ed. São Paulo: Bookman Cia Editora, 2005.

ZAGO, A.P. Teoria dos *stakeholders* aplicada à gestão museus: estudos de casos múltiplos dos museus do circuito cultural Praça da Liberdade – BH, MG. (2012)

APÊNDICES

APÊNDICE - 1

Protocolo do Estudo de Caso

1. Dados Gerais

1.1 Título: Hospitalidade em serviços de saúde, uma visão dos *stakeholders* e saúde pública.

1.2 Objetivo do estudo: Verificar a manifestação da humanização e hospitalidade no atendimento aos usuários da rede de saúde pública do extremo sul de São Paulo.

1.3 Finalidade: Compreender e contextualizar a presença da Hospitalidade e da Humanização em uma organização de saúde. Caracterizar e analisar os serviços oferecidos com o intuito de promover ambiência e acolhimento ao usuário. Promover reflexões sobre Hospitalidade e Humanização do atendimento, com o intuito de conscientizar funcionários e usuários da implantação dessa cultura em gestão.

1.4 Justificativa: Dentre os organismos pretendidos para compor o estudo de casos múltiplos (Hospital Geral do Grajaú, Hospital Maternidade Interlagos e o AME Interlagos), o extremo sul de São Paulo é uma região com muitos desafios para os pesquisadores do tema. Espera-se contribuir tanto para docentes e discentes de cursos superiores de Hotelaria, Hospitalidade e áreas afins, assim como com profissionais que já atuam ou pretendem atuar no segmento.

2. Procedimentos de campo

2.1 Aspectos metodológicos: Pesquisa qualitativa de caráter exploratório, utilizando o método do estudo de casos múltiplos.

2.2 Organizações estudadas: Hospital Geral do Grajaú, Hospital Maternidade Interlagos e o AME Interlagos.

2.3 Unidade de análise: Departamento de atendimento

2.4 Fontes de evidência: Documentos, impressos, artigos e periódicos nacionais e internacionais, bibliotecas das Universidades Anhembi Morumbi e Universidade de São Paulo e dos equipamentos de saúde envolvidos, notas de observação da visita *in loco*; entrevista semiestruturada aplicada ao gestor responsável, questionário semiaberto aplicado aos *stakeholders* apontados; ficha de avaliação do SAC e ouvidoria.

2.5 Executores da pesquisa: Jussara Alves Ribeiro

3. Estudo documental das fontes sobre os equipamentos de saúde envolvidos: Levantamento e análise de documentos sobre os equipamentos de saúde, com foco no atendimento, anotações e materiais coletados *in loco*.

4. Entrevista com os gestores

4.1 Identificação do respondente

4.1.1 Cargo e tempo na função

4.1.2 Formação acadêmica

4.1.3 Formação profissional

4.1.4 Trajetória profissional no Hospital

4.2 Histórico e atuação no departamento

4.2.1 Data e justificativa da criação

4.2.2 Papel e importância do departamento

4.2.3 Recursos físicos e humanos (organograma, espaço físico, colaboradores)

4.2.4 Serviços prestados (usuários, visitantes)

4.2.5 Treinamento e desenvolvimento de pessoal

4.2.6 Fluxos de comunicação interna com outros setores

4.2.7 Facilidades e dificuldades da prestação de serviços

4.2.8 Perspectivas e projetos futuros

5. Questionário para os Colaboradores

5.1 Identificação do respondente

5.1.1 Função, setor de atuação e descrição dos serviços

5.1.2 Formação acadêmica

5.1.3 Formação profissional

5.1.4 Trajetória profissional no Hospital

5.2 Recepção / Acolhimento

5.2.1 Pacientes

5.2.2 Acompanhantes

5.2.3 Visitantes familiares

5.2.4 Visitantes não familiares

5.3 Hospedagem

5.3.1 Pacientes

5.3.2 Acompanhantes

5.3.3 Visitantes familiares

5.3.4 Visitantes não familiares

5.4 Alimentar

5.4.1 Pacientes

5.4.2 Acompanhantes

5.4.3 Visitantes familiares

5.4.4 Visitantes não familiares

5.5 Entreter

5.5.1 Pacientes

5.5.2 Acompanhantes

5.5.3 Visitantes familiares

5.5.4 Visitantes não familiares

6. Visão sobre a concepção da Hospitalidade e Humanização

6.1 Facilidades e dificuldades da prestação de serviços

7. Guia para relatório do estudo de caso

Descrição e análise do caso estudado, a partir da metodologia, dos dados coletados e confronto com o referencial teórico

7.1 Metodologia

7.2 Histórico e caracterização das instituições envolvidas

7.3 Departamento de Atendimento

7.4 Visão geral do funcionário da instituição a ser estudada e de seus usuários

7.5 Discussão dos resultados

A. Introdução ao estudo de caso e objetivo do protocolo

A1. Pressupostos; i. A humanização e a hospitalidade contribuem para a melhoria do atendimento e ambiência; ii. Os *stakeholders* da instituição de saúde praticam ações de hospitalidade na rotina de serviços, o que acaba por refletir na satisfação dos usuários; e iii. As intervenções artísticas contribuem para a humanização do ambiente hospitalar.

A2. Estrutura teórica para estudo de caso

B. Procedimento da coleta de dados

B1. Locais a serem visitados:

AME Interlagos – Dra. Lígia Bambirra (ligia@ameinterlagos.org.br)

Contato: bruna@ameinterlagos.org.br

Hospital Geral do Grajaú – Dra. Jocelene Pereira

Contato: Andrea e Débora – andrea.kurashima@hgg.org.br

debora.bassi@hgg.org.br

Hospital Maternidade Interlagos

Contato: Dra. Solange Lamon – ambulatorio@hminterlagos.com.br

B2. Plano de coleta de dados (no aguardo da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais envolvidos).

B3. Preparação esperada anterior às visitas aos locais (carta de anuência, processo de aprovação do comitê de ética e da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde).

APÊNDICE- 2

C. Esboço do relatório do estudo de caso.

C1. A prática em operação

Mediante o protocolo de coleta de dados, espera-se clareza sobre o que será perguntado e conseguir as respostas necessárias para o estudo.

C2. Capacidade de inovação da prática

Vislumbra-se a possibilidade de utilizar da observação assistemática durante a pesquisa para elaborar um material documental com as devidas autorizações de uso e imagem. Essa hipótese ainda está sendo analisada com o orientador e o cronograma de tempo para coleta de dados.

C3. Resultados obtidos com a prática até esta data.

O projeto está em fase inicial de pesquisa, visitas à região estão sendo realizadas periodicamente, pesquisa bibliográfica e o contato com as instituições envolvidas no estudo.

C4. Contexto e histórico da agência de cumprimento da lei relativa à prática.

C5. Anexos: cronologia, modelo lógico específico para a prática, referências a documentos relevantes e lista de pessoas entrevistadas. (em análise)

Possíveis entrevistados: os gestores responsáveis de cada instituição (3)

Stakeholders dos objetos de estudo que os gestores apontarem;

Usuários (pacientes e acompanhantes dos hospitais citados);

Funcionários;

Voluntários;

Parceiros das instituições estudadas;

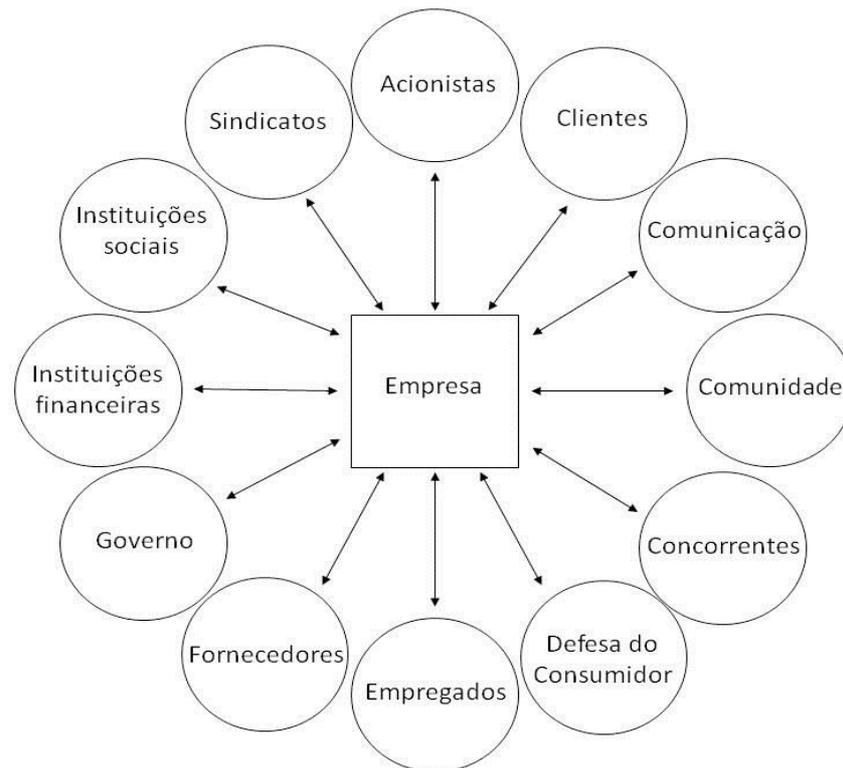
Total da amostra: 15 pessoas.

D. Questões do estudo de caso

- a. O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?
- b. Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter. (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade. (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?
- c. O que você considera um atendimento humanizado? Comente.
- d. Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?
- e. Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?
- f. Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?
- g. Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?
- h. Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?
- i. Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Para melhor visualização e compreensão dos *stakeholders*, apresenta-se o mapa abaixo, levando em conta “os grupos ou indivíduos que influenciam ou podem influenciar uma organização”:

Figura.1 Mapa de *Stakeholder*



Fonte: Freeman (1984).

O mapa facilita a observação do posicionamento de uma organização e o entendimento de toda a gama de vetores entre os grupos de referência e das adaptações necessárias para sua gestão.

j. Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública neste país.

k. Sugestões (em aberto)

D2. Avaliação

- a. Qual é o projeto para avaliar a humanização e quem está fazendo a avaliação?
- b. Qual parte da avaliação já foi implementada?
- c. Quais são as medidas de resultado que estão sendo usadas e quais foram os resultados identificados até agora?
- d. Quais são os resultados que foram identificados e os passos a seguir para conseguir as mudanças na cultura dos serviços de saúde estudados?

ANEXOS

Transcrições das entrevistas

Dra. Jocelene Batista Pereira – diretora do HGG

Eu quero que você fale um pouco do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição.

Eu sou médica de formação, eu fiz o curso de graduação na Federal do Paraná em Curitiba e depois eu vim fazer a residência preventiva e social no campus de Ribeirão Preto da USP e a partir dali eu fiz contato com o movimento sanitário de São Paulo, na época, com Davi Capistrano e, quando eu terminei a residência, eu fui pra Santos trabalhar na gestão do Davi Capistrano como secretário de saúde. Lá eu fiz várias coisas, eu fiz assistência num primeiro momento, eu atendia médica de família, e a partir disso organizando movimento social e fazendo projetos, e acabei me envolvendo em outras coisas. Depois teve um convite de São Paulo para trabalhar com ensino que é uma coisa que eu gostava. Vim pra São Paulo. Aí depois eu acabei a luta com a Baixada. Da Baixada fui pra São Vicente que era um município muito pobre e lá fui diretora de distrito, fui da vigilância e acabei indo pro hospital porque a prefeitura fez uma intervenção na Santa Casa da cidade e acabei indo fazer um formação específica. Fiz na Unicamp gestão hospitalar concomitante lá enquanto eu desempenhava o cargo. A partir disso, fui para Mauá também para dirigir um hospital regional mantido pela Prefeitura de Mauá, que acabou fechando uma parte. E as coisas foram caminhando. Voltei pra São Paulo, em São Paulo se consolidou muito essa coisa hospitalar, eu vim dirigir um hospital aqui na zona leste de São Paulo, lá tem uma clientela bem diferente, com muita violência. Nesse momento como a secretaria estava muito destruída por conta da maneira como tinha sido gerenciada, a formação do PAS, uma das propostas que foi desenvolvida pela gestão Marta Suplicy era de se dar um grau de independência para a gestão administrativa e técnica dos hospitais. E foram montadas cinco autarquias hospitalares e uma delas era da zona leste. Então foi uma experiência interessante porque daí consolidou um pouco dessa minha experiência hospitalar. Quando terminou a gestão da Marta eu recebi um convite para a secretaria de saúde, eu fiquei quatro anos em Jandira na região Oeste.

Terminou a gestão lá e foi uma gestão muito interessante porque a gente conseguiu organizar as questões básicas. Na questão hospitalar nós tínhamos um contato com essa forma de gestão e terminou e acabei indo pra Santos. Fui dirigir um departamento de emergência e discutir a questão hospitalar em Santos, que é gravíssima porque não tem hospital público, só tem o hospital da zona oeste que é muito pequeno e os outros hospitais são privados ou é a Santa Casa, que é um hospital filantrópico. Fiquei lá até receber um novo convite para a secretaria. Fui para a secretaria de Cubatão durante um ano. Depois disso, estando em Cubatão, eu comecei a fazer uma consultoria na Bela Vista pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês e depois quando surgiu a ideia do instituto assumir um hospital de grande porte, o Dr. Gonzalo me convidou pra vir gerenciar, porque ele considerou que a zona sul e a zona leste tinham muitas coisas semelhantes, dificuldades com uma superlotação, dificuldade com os usuários, um grau de vulnerabilidade muito grande, dificuldade de reter talentos profissionais porque roda muito. Acho que é isso, um resumo. Fiz de tudo e tô me concentrando agora na área de gestão hospitalar. Eu faço em paralelo agora, eu sou tutora do projeto Nassus, Universidade aberta do SUS, eu tutora das turmas, é o segundo ano, sempre dei aula, mas essa é a minha primeira experiência a distância, até porque eu não queria me afastar mesmo desse outro componente que tem o sistema de saúde que é uma questão da atenção primária, que é uma coisa que me dá muito prazer. E faço meu plantão no centro de controle de intoxicações por Santos nos fins de semana. Como todo médico tem uns três empregos, mas todos vinculados à saúde pública que eu acho importante para mim, pelo menos.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Eu acho essa discussão muito controversa, eu vou falar qual que é a minha posição. Algumas pessoas têm muita resistência quando a gente começa esta discussão nas instituições porque acha que é uma discussão inerente e teria que ser inerente ao serviço já que a gente lida com seres humanos e somos seres humanos, mas a gente sabe que a maneira como a formação de quem trabalha, dos trabalhadores

que foram feitos ao longo dos anos, sejam de nível superior, seja de nível médio, ela parte do pressuposto que você tem que fazer um afastamento enquanto indivíduo dos outros indivíduos que você está atendendo.

Eu acho que isso não só gerou pessoas autoritárias como um embrutecimento das relações. Eu acho que esse projeto de humanização é equivalente ao que a estratégia faz na atenção primária, que é a questão de você recuperar vínculos com aquelas pessoas que você cuida, rever a forma como você organiza o serviço na ótica da necessidade do usuário. No hospital tem que ser a mesma coisa, não é porque você está num local onde tem a tecnologia diferenciada que você não tenha que considerar a origem da pessoa, onde ela está inserida, o que foi que causou e como é que você pode ajudar durante a internação e fora. Esse processo de humanização mexe com a estrutura porque a nossa tradição de administração na saúde sempre foi de ser verticalizada, hierarquizada e extremamente autoritária. E quando você fala desta questão você força a discussão do poder das instituições, a relação entre as categorias. Não serve só para criar um ambiente mais democrático para o usuário, serve também para rever as relações entre os profissionais que no hospital é extremamente marcada pela questão hierárquica. Eu acho extremamente importante e que a gente tem um caminho longo a percorrer. A gente abriu canal de comunicação com os nossos usuários, então nós temos ouvidorias, atendimento ao cliente, uma série de reuniões com a comunidade, temos uma série de coisas, mas, por exemplo, entre os trabalhadores a gente não conseguiu amadurecer para ter as relações mais horizontais. E também não conseguimos influenciar o planejamento das estruturas físicas das instituições. É um leque tão amplo de coisas para mudar a cara das instituições e transformar as relações em relações mais democráticas. É um processo bem longo que nós estamos bem no início.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base

nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Eu acho que sim. O grande desafio que a gente tem, como fala, uma das definições: quando a gente está discutindo a estrutura e o funcionamento das instituições hospitalares e também das unidades de saúde, você vê que isso é reflexo de como a sociedade se organiza. Uma sociedade niilista. Pra nós da área de saúde que recebemos pessoas em posição de fragilidade, a gente deixar que esta forma de organização se reflita neste local onde você vai receber estas pessoas nestas condições de sofrimento é muito ruim. A hospitalidade ajuda a reunir não só a questão da discussão, mas pensar em melhores instrumentos. Eu acho que a hospitalidade abrir esta discussão especialmente no público... Porque o privado tem uma lógica de mercado, de reter o cliente, de lucro. Nós temos uma lógica de construção de cidadania que não é uma discussão hegemônica na sociedade. A hospitalidade dá instrumentos e promove a reflexão em torno desta questão. Este ambiente tem que ser um ambiente diferenciado do que a gente tem no restante da sociedade, porque a gente recebe pessoas em uma condição de sofrimento, vulnerabilidade, com necessidades bastante específicas e que a gente tem que considerar quando a gente organiza este cuidado. Não dá mais para a gente achar que o cuidado possa ser uma questão só objetiva, de fazer um diagnóstico e que a questão vai ter sucesso. Tá mais do que provado que existe um componente subjetivo que nós não temos governabilidade sobre ele, mas que a gente pode ter influência no meio ambiente e nas relações que se organizam, que ajudam no processo de cura. E eu sempre falo pras pessoas daqui, que o fato de não ser assim lá fora é uma pena, mas não tem como não ser aqui, porque faz parte do processo de cura considerar estas questões. A hospitalidade vai nos ajudar muito a desenvolver este conhecimento, a fazer estas reflexões e eu acho que é fundamental.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Os alunos sempre perguntam esta questão e eu sempre coloco que é um atendimento onde consiga ter uma interação entre as partes. Eu acho que o ambiente é importante, ter um ambiente acolhedor, bonito esteticamente, com estruturas e fluxos de pessoas que permitam pessoas em situações de fragilidade, elas não perderem

autonomia, mas se não houver interação entre os dois seres humanos que estão ali, profissional de saúde, seja médico, enfermeiro e aquela pessoa que está precisando de cuidado, não existirá processo de humanização, porque é justamente a valorização das condições que permite o bom desenvolvimento das relações humanas. E quando a gente fala interação é de realmente as pessoas terem contato, não é aquela relação onde não existe solidariedade de ambas as partes, principalmente do profissional de saúde, de onde o usuário vem, o que ele tem de queixa, de poder pensar o que pode ser possível em termos de tratamento pra ele, de ajudar nesse processo, até porque o cuidado, em especial na área hospitalar é um labirinto, as pessoas se perdem nesse labirinto. Então eu me responsabilizo por aquela pessoa desde a entrada até a saída, mesmo que ele vá passar para outro setor e eu me relaciono com ele de uma forma honesta e sincera e consigo pensar pra ela qual seria a coisa possível para ajudá-la. Acho que isso é interação. Não adianta eu ter o conhecimento científico na cabeça dos melhores medicamentos, dos melhores tratamentos, se aquilo não responder às necessidades dos usuários naquele momento, que às vezes não é nem isso, é outra coisa que você vai precisar para poder chegar nos determinados pontos da doença e tratar como tem que se tratar.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Então, aqui eu acho que uma coisa que a gente tem trabalhado muito... Os nossos usuários, as pessoas que a gente cuida nós temos feito uma batalha para que eles sejam o centro do processo. A segunda questão são os trabalhadores que é o nosso maior patrimônio. Aqui nós temos muita dificuldade com esta questão de fixar os quadros. Eu vejo, por exemplo, em relação aos médicos, a grande maioria dos médicos são 100% comprometidos, na enfermagem também. Um terço da nossa instituição são de funcionários que estão aqui há mais de dez anos e, assim, extremamente comprometidos. Esse pessoal que é mais fixo, que segura a instituição em todos os momentos de dificuldades, que garantem uma qualidade é um patrimônio que não tem preço, não é o salário que paga, é outra relação.

Eu acho que em primeiro, os usuários, em segundo lugar, os profissionais. Colaboradores eu daria 4. A gente não tem investidores, acho que não se aplica. Consumidores é 4. Governo é importante, porque ele permite esse tipo de relação. Temos contato com a mídia, é importante. Comunidade é 4 também. Fornecedores eu acho que é 3. Entidades voluntárias eu colocaria 4.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Tem uma questão que pra essa instituição é muito importante que são as escolas. Elas aqui conseguiram garantir que uma parte desses funcionários tenham uma qualidade no seu trabalho acima da média. Porque elas formaram muita gente que ficou. As escolas aqui, embora encareçam o custo do hospital, por outro lado é o que consegue reter, tem gente que vira preceptor, tem equipes, o ensino pra gente é um diferencial, tem aluno que questiona, é um grande diferencial pra gente reter talentos e manter uma qualidade no hospital.

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

São os usuários. Uma pessoa que seria muito boa pra você é o Seu Amaral que é do movimento de saúde e é usuário, tem inclusive familiar dele que trabalha aqui no hospital. É uma pessoa muito diferenciada.

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

A gente tem um processo que a gente chama de integração, quando chega um novo trabalhador, ele dura aproximadamente 15 dias. E tem uma parte que é do pessoal da humanização que é a Raílda, e aí todos os cursos subsequentes, tanto que foi uma briga nossa com o instituto porque o instituto tem um curso de atendimento de excelência que tinha um conteúdo que o pessoal tá cansado de ouvir. A gente quer entender porque as relações são tão difíceis, a gente quer entender porque o trabalhador da recepção é tão agredido, nós temos isso, como tem pouco serviço de saúde na região, quando as pessoas chegam aqui elas já chegam no limite delas e aí acontecem os conflitos. Então o trabalhador tem que entender qual é a lógica do profissional de saúde, que nesse momento tem que ajudar a resolver e retomar com a

pessoa, retomar depois, não adianta tencionar naquele momento. Ele tem que entender porque a rede de usuários chega desse jeito. Então todos os cursos subsequentes, a gente discute: preceitos da humanização, preceitos do sistema único de saúde, o que é acolhimento, como deve ser o acolhimento, como se resolve os conflitos e a questão da violência, porque a gente está numa região aqui que a comunidade, por exemplo, toda reunião a gente fala dos casos de violência. Todo curso que tem estas questões são abordadas, inclusive para os alunos, os alunos que passam por aqui, a gente tem tentado desenvolver o que acontece aqui. Esse é um hospital onde o usuário tem direitos, tem direito de ser tratado pelo nome, tem direito a resguardar a sua privacidade. Na verdade, assim, é uma das coisas que preserva o hospital da violência externa, tem ainda uma ou outra situação, mas assim, dada a situação que a gente vive aqui que a gente recebe de 30 a 40 baleados por semana, o hospital por estar falando dessa ideia o tempo todo para os trabalhadores e para a comunidade, a gente acaba tendo menos volume do que seria esperado na relação institucional mesmo. Eu acho que isso que a gente tem feito de tornar obrigatório qualquer curso que se faça a retomada desta discussão é o que acaba garantindo consolidar os princípios. Por exemplo, quando tem uma reclamação hoje, as pessoas já sabem que elas vão ter que responder e talvez elas tenham que sentar com o usuário como um intermediário para resolver aquela questão. Todo mundo quando entra aqui já fica sabendo disso, que este hospital prima pela questão da humanização. Eu acho que é assim que a gente vai conseguindo ir revertendo um pouco esse modelo que as pessoas trazem, não é fácil acabar com ele. Este ano nós tivemos uma experiência muito boa porque todas as integrações tiveram esse conteúdo da humanização, nós tivemos um trabalho com o pessoal da emergência para eles voltarem a terem esse espírito acolhedor, tivemos um introdutório com os estudantes com o mesmo espírito, então é assim que a gente vai tentando consolidar. E o grande desafio que eu vejo é a gente ficar sempre buscando para cada público qual é a melhor forma de abordar isso, onde é que o público está inserido, onde a gente pega, porque cada um se relaciona com o usuário de uma maneira diferente. Por exemplo, não dá para achar o pessoal da manutenção... Teve um curso com o SENAC e teve um módulo que abordou justamente como você tem que tratar o usuário do serviço. A gente viu que tinha o usuário, mas tem o usuário

paciente que precisa da manutenção, que circulam no PS... “ah, mas eles roubam a torneira do banheiro”, “mas por isso que não vou botar a torneira”, porque às vezes você vai discutir com a manutenção e é um funcionário que tem menos qualificação. Por que tem que consertar o vaso do banheiro? Aí que você entra para discutir como que a sociedade é, porque as pessoas chegam aqui e por que elas jogam papel higiênico. E pra que a gente está aqui? O que a gente tem que fazer? A limpeza é uma questão e sempre teve reclamações na pediatria, temos problemas com as mães e como as enfermarias são de três a quatro leitos, então dava muito conflito porque tem mães que tem hábitos diferentes... Qual é a solução? Vamos formar um grupo de mães para discutir isso. Vamos discutir como vai abordar, é uma constante aqui. A questão da violência... Nós somos a instituição que mais notifica na região sul, mas mesmo assim tem situação que passa e as pessoas não modificam e não percebem porque isso acontece. Aqui é uma chance de pegar e notificar, todo mundo tem que se mobilizar. Os grupos que são mais vulneráveis, crianças e idosos tem mais preocupação. Uma coisa é a discussão teórica na questão da violência, tem um serviço de vigilância pela web, mas é uma coisa que move a engrenagem, não adianta pensar que o ambiente tem que ser mais humano se você também não compreender as relações humanas aqui e fora. Exige da gente aqui também sempre ficar atenta ao jeito de abordar, qual é a oportunidade que o trabalho nos dá para discutir a questão.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

A gente manteve tudo que já existia, Doutores da Alegria, o Coral da PM, o pessoal que faz artesanato. O que eu consegui introduzir de diferente é o Coral, nós conseguimos patrocínio para pagar o maestro. A Raílda canta no coral, ela toca, nós temos outros profissionais também que estão no coral que cantam e tocam, acho que eles são as melhores pessoas pra falar. O que eu tenho pedido para a Raílda é que a gente tenha cada vez mais espaço. Agora no aniversário do hospital a gente teve uma exposição de quadros, a gente tem alguns profissionais que fazem pintura e tal, mas acho que ainda tá muito tímido. Eu acho que a arte é um jeito de você tratar esta questão da violência de outra maneira. Eu pedi até para a gente falar com os Doutores da Alegria para a gente desenvolver uma peça teatral que possa trabalhar esta questão da violência tanto para os profissionais quanto para os usuários, mas pensar um jeito

mais lúdico de trabalhar isso. Pesar também a realidade que a gente está e a gente discutir. Eu fico dando força para que eles consigam se organizar e fazer alguma coisa. Tem muita coisa legal no hospital que já existia, que é dos funcionários, independente dos gestores que estiverem aqui, tem um grupo de funcionários que vai fazer, vai buscar apoio. Tem voluntários. Festa de Natal tem uma senhora que vem e distribui presentes, então tem um entorno, tem um pessoal interno e tem uma rede de pessoas que estão aqui estabelecidas e a arte é um destes componentes. Tem um senhor voluntário que toca violão e ele faz uma serenata nas datas de Dia das Mães, Dia das Crianças. E junta os funcionários, isso vai diminuindo a dureza do trabalho, isso é extremamente importante.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Como a gente tem um grupo técnico de humanização ligado ao grupo técnico do Estado há um impresso formal que é adotado por todas as instituições estaduais que é oferecido para os usuários, tem uma pesquisa rotineira dos internados e tem a demanda espontânea com as faixas que têm nos prontos-socorros. Toda essa papelada vai para os usuários, a ouvidoria faz o procedimento de investigação de todas as queixas que entram e elogios. Tem uma estatística que tem uma categorização que vai para a secretaria todo mês. É uma das metas que a gente tem no contrato de gestão, a gente tem que ter um grau de resolubilidade de 80% destas queixas resolvidas, é uma das coisas que a gente sempre fica atento. Estes documentos circulam pela ouvidoria, vem pra mim, eu leio todos eles, vejo a resposta que a área demandada deu, aí volta pra Raílda, ela tem a guarda destes documentos. Algumas situações a partir dali vão para a comissão de ética de enfermagem, vai para a comissão de ética dos médicos, mas a guarda fica na ouvidoria que é o fluxo estabelecido pelo próprio Estados.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Eu acho que solidariedade porque tudo que a gente for fazer no Brasil a gente vai precisar de solidariedade das pessoas. Por exemplo, financiamento, para que as pessoas entendam que a lógica da saúde seja solidária com a construção desse objeto, não adianta elas só lembrarem quando elas precisarem porque a gente precisa que tanto o movimento social, como o legislativo e o executivo reconheçam a

necessidade. Dos profissionais de saúde a mesma coisa, se eles quiserem construir um sistema de saúde mais humano, vão precisar desenvolver um intenso clima de solidariedade com os colegas para fazer as mudanças com os usuários. Eu fiquei pensando em financiamento, mas não adianta nada ter dinheiro se a gente fizer um sistema ruim baseado só em tecnologia, equipamento, procedimento. O privado já tem sofrido com isso e eu vejo lá no Sírio... Eu fiquei internada no Sírio e realmente o atendimento dos profissionais de lá é muito diferenciado, mas assim, eu vejo que lá tem reclamação, então não é só o dinheiro, tem outros componentes.

Sugestões (em aberto)

O que eu acho e eu até falei isso uma vez para o Gonzalo é que todas as áreas que lidam com a construção da estrutura de fluxos e jeitos de funcionar que levam a instituição a ser mais humana é sempre relegado ao segundo plano. Essa área precisaria se incorporar com mais força, se não conseguir ter nas suas estruturas maiores, que tenham nas suas coordenações, que discuta isso, que coloque isso como um foco importante nas discussões que organizam os modelos de atenção. Porque na verdade, diante desta falta de coisas a gente sempre achou que era ter medicamento e gente para atender e o que a gente tem observado hoje é que a gente não consegue resolver só com isso, então a gente precisava introduzir formalmente a pérea dentro das nossas estruturas de saúde eu espero que com estes trabalhos, com estes conhecimentos, a gente consiga estruturar.

É uma questão de tempo, eu sempre fico lembrando que o SUS tem 20 e poucos anos, então nós estamos no início. Que caminho ele vai percorrer? A gente tem que ter a cabeça aberta e pensar que no Brasil a gente vai de certa forma disputar tudo com o privado e eu acho que uma das coisas que o público ainda deixa muito pra trás é que não basta ter o remédio, o equipamento, o exame, mas diferenciar também esse atendimento. A nossa imagem ainda é muito ruim, o atendimento frio, austero, e isso às vezes não precisa nem ter muito dinheiro para mudar, precisa de reflexão. Esse ano eu vi uma coisa que fazia muitos anos que eu não via que foi criança baleada, criança metralhada durante um assalto. Eu me lembro que quando ela chegou aqui nós todos fomos ajudar, colocou na sala de emergência. É a perplexidade quem vive isso sempre, precisa ter um jeito de extravasar, um momento pra descansar, um momento

pra refletir, e eu acho que a questão da hospitalidade não é só a questão do público externo, tem a questão do público interno também, para as pessoas poderem trabalhar com mais dignidade, com mais tranquilidade.

Raílda Carone – Coordenadora de Humanização – HGG

Pra gente começar eu vou pedir para você contar um pouco da sua trajetória na instituição.

Eu sou assistente social de formação, formada desde 1995 e estou há seis anos na instituição. Iniciei trabalhando como assistente social e há três anos eu tô no setor de humanização hospitalar. Então eu venho de uma área assistencial da educação de inclusão com pessoas com deficiência. Eu fui gerente dez anos de uma instituição, mas já havia trabalhado antes na saúde, já tinha uma experiência de seis anos na saúde e acabei voltando. A saúde é um bichinho que sempre volta, a gente acaba gostando e estou aqui há seis anos.

Você poderia me falar do histórico do setor de humanização aqui na instituição?

A humanização desde 2006 ela vem desenvolvendo projetos/programas de humanização, até porque a política enquanto financiada iniciou-se muito em cima de programas e de ações de melhoria do próprio ambiente, do clima organizacional. Então a humanização aqui está estruturada entre o SAU (Serviço de atendimento ao usuário) que é responsável pela escuta técnica do próprio usuário do serviço e que vai administrando e gerenciando as queixas, sugestões, os elogios e a partir desse material a gente encaminha esse material para cada gestor da área. O gestor da área formaliza a resposta e a gente acaba promovendo juntos entre SAU, gestor e diretoria a resolução do problema e também a contribuição para mudanças nos fluxos de trabalho. Então na verdade é só uma ferramenta de humanização que a gente utiliza e que a gente vai trabalhando com melhorias na instituição. Então a humanização vem do SAU, a gente desenvolve os programas de humanização que compõem o programa de voluntariado. Hoje a gente tem 56 voluntários, então a gente tem Doutores da Alegria, a gente tem contadores de histórias, projetos de músicas no hospital, temos o cantinho da beleza, que é um trabalho que a gente faz com voluntários também; assistência religiosa. Então são várias ações, a gente tem um programa que a gente chama de Altamiga que

a gente capta roupas e faz doações de roupas para usuários para evitar que eles se desloquem e deixem crianças sozinhas no hospital e não tem com quem deixar essa criança. Então muitas vezes a gente faz a manutenção desse paciente internado aqui no hospital através das roupas que a gente recebe. E o giro de leitos também tem alta e mesmo que demore 6, 7 horas, porque às vezes é ida e volta na residência, então a gente desenvolve essas ações. Fora isso a gente tem eventos em datas comemorativas. Então, todos esses programas de humanização eles giram em torno de tornar o ambiente menos árido. Porque é um ambiente difícil por conta do ambiente, por conta das perdas. A gente desenvolve outras ações de humanização ligadas à gestão, a questão dos trabalhos em equipe.

Desde quando eu entrei em 2008 a gente vem trabalhando essa questão da implantação da política em si, não dos programas. Os programas a gente tem vários programas, mas a questão da política como um tema transversal na gestão. Então o SAU é a ferramenta que dá suporte pra gente enquanto a humanização entrar em todas as áreas junto com diretorias. Então acaba sendo a nossa porta de entrada mesmo para estar trabalhando esta gestão.

E aí a gente vem trabalhando os dispositivos desde 2008/2009, a gente vem trabalhando a implantação dos dispositivos mesmo: os acompanhantes, a visita aberta, é um acolhimento com classificação de risco, então hoje a gente trabalha com a implantação, a política, se está acontecendo ou não, de que forma. Então a gente tem um trabalho em cima destes dispositivos.

Você tem perspectivas de projetos futuros que você visualiza para este setor?

Sim, tem muitas coisas até por conta das características da comunidade, características do equipamento hospitalar. Existem inúmeras ações envolvidas com humanização que precisam ser implantadas, acompanhadas. Tem muita coisa. A gente tem muitas pessoas, pacientes, então a gente tem inúmeros projetos. Por exemplo, pronto-socorro é uma meta de atuação no sentido de humanização, então não é porque a gente implanta um dispositivo que o trabalho termina, então existem projetos de atuação, de humanização para o pronto-socorro, até a questão da rede, como que este equipamento se comunica com esta rede, de equipamento de saúde da região como que é esse relacionamento; como que se dá a atenção e a gestão na porta do pronto-

socorro. O desafio agora é a implantação da política na transversalidade. É do gestor, do cara mais operacional até o grupo estratégico mais do hospital mesmo. Então existem muitos projetos de linhas de cuidados de pacientes, clínica ampliada, as coordenações médicas têm intenções de começar trabalhos mais focados em clínica ampliada. Existem muitas coisas para fazer pelas características de trabalho que a gente tem num hospital como esse.

Na sua visão o que você entende por humanização no serviço de saúde?

A humanização é um processo. A humanização no serviço de saúde tem a ver com a política pública de saúde, com a gestão hospitalar, com o serviço que você oferece que tem que estar de acordo com a demanda que você tá recebendo, as adaptações que você tem que fazer. Humanização tem a ver com orçamento. Então assim, humanização é mais do que funcionários educados, bem vestidos, ter uma hotelaria adequada. Na verdade a humanização é um processo de reconhecimento dos sujeitos dentro daquele espaço, da construção da saúde coletiva, individual. Então a humanização é um processo que tem envolvimento do gestor da saúde e do usuário. Se eu estiver fazendo SUS desta maneira, desta forma, provavelmente a gente vai ter processo de humanização implantada. A gente não pode falar de humanização de gente, é redundância. A questão da humanização é nos processos de trabalho, então assim, pra gente falar de humanização a gente precisa saber onde você está, que população você atende, quais são os problemas que essa população tem e o que você está ofertando, fazer uma relação com a oferta deste serviço. Aí você começa a identificar quais os processos que você tem que estão sendo conduzidos de forma adequada ou não. Então existe uma política, existe uma diretriz? Sim. Mas tem a ver com a implantação do SUS naquela região onde você está também. Então é uma coisa simples, de uma cartilha que você vai seguir, normas e condutas na humanização. Então depende do encontro de sujeitos diferentes, dessa rede, das parcerias dos vínculos, das autonomias que se desenvolvem dentro do hospital, desses três envolvidos (usuário, trabalhador de saúde e gestor). Existir canal aberto, porta aberta na diretoria, tanto pro usuário como para o trabalhador de saúde. Então é uma leitura do serviço de forma transversal mesmo. Não adianta fazer uma manutenção numa ponta. Tem que estar como conceito e como prática de política.

Agora a gente vai falar um pouquinho do conceito da hospitalidade, que a hospitalidade é um ato de receber, hospedar, alimentar e entreter segundo Camargo 2004 e a hospitalidade pode ser concebida através de um conjunto de comportamentos originados da própria base da sociedade, seria a partilha e a troca do trabalho com a comunidade, a reciprocidade associada originariamente à caça, coleta de alimentos, são essências da organização coletiva e do senso de comunidade. Essa é uma definição do L. Morisson. Com base nestas informações a humanidade poderá contribuir para a maioria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Com certeza, porque os conceitos estão muito ligados. Por exemplo, a questão do acolhimento na humanização é um dispositivo forte. Que também é acolher, receber, proporcionar atenção. O negócio da saúde é o cuidado. Tem muito a ver está na mesma linha de trabalho, o serviço. Tem uma contribuição muito forte.

O que você considera um atendimento humanizado?

Um atendimento humanizado eu creio que tem a ver com este encontro. Você disponibilizar o serviço de saúde de forma acolhedora, com escuta técnica, com encaminhamento adequado. A humanização passa por estas questões da subjetividade, do reconhecimento do outro, da ampliação do olhar a respeito da doença. Esse usuário que vem aqui passa por inúmeras situações, devido ao nosso perfil de clientela. Chega no hospital com um sintoma e atrás desse sintoma tem uma história, então reconhecimento e a valorização dessa subjetividade na saúde faz uma diferença na questão da humanização, faz a diferença entre esse encontro. Se eu respeito esse usuário na sua história de vida, nas suas dificuldades, a questão da empatia. Então a humanização passa por estas questões, passa por uma questão individual que é do profissional de saúde, dos meus valores, da minha educação, dos meus sentimentos e passa por essa história do usuário. Então, o encontro entre o profissional de saúde e o usuário é muito importante no processo de humanização, o respeito, a empatia, a questão do direito, de não ser um favor, de criar ou recriar uma nova relação entre o usuário e o trabalhador de saúde. Ele também é corresponsável pela política de humanização, por aquele SUS que está sendo oferecido. E a qualidade ou não deste serviço é um direito dele fazer essa avaliação, participar disso tudo. O

reconhecimento destes diferentes dentro do atendimento eu acho que tem a ver com o sentido mesmo da humanização.

Agora vou falar sobre a definição de *Stakeholders* que é a palavra chave do trabalho, então segundo (FREEMAN, 1984) *Stakeholders* são definidos como diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização. A partir desta informação quais seriam os *stakeholders* mais relevantes para este hospital?

Acho que o cliente, paciente é o primeiro. Você vai oferecer um serviço que vai ao encontro da necessidade dele. Eu acredito que o paciente e acompanhante são os dois grupos de relevância. O trabalhador de saúde seria o segundo grupo envolvido. A questão de ser o primeiro cliente, tudo que a gente disponibiliza é para este trabalho, o conhecimento, as tecnologias. Tudo é à disposição desse usuário do serviço.

Aqui a gente tem um escala de grau de importância. O 4 seria extremamente importante, o 3 muito importante, 2 importante, 1 pouco importante e N/A não se aplica. Então, colaboradores você acha o quê?

Extremamente importante.

Investidores?

Extremamente importante.

Governo?

Extremamente importante.

Mídia?

Quando ela ajuda, ela é importante. A mídia não presta um serviço, eu acho que ela presta desserviço. A mídia não busca parceria, não soma, não busca. Busca um apontamento de alguma defeito ou de alguma dificuldade; ou de uma insuficiência que pode ser culpa do governo, pode ser do serviço. Mas ela não faz um trabalho de forma educativa de forma nenhuma, é relevante, mas não faz um trabalho relevante.

Comunidade é muito importante. Eu acho que é muito importante.

Fornecedores muito importante.

Voluntários muito importante.

Nesse mapa aqui, vamos imaginar que tivesse uma bolinha sem nada, qual grupo que você acrescentaria aqui? Você acha que este mapa está ok? Está faltando alguém aqui dentro?

Talvez eu acho, até por conta desta questão de jurisdição da saúde, eu acho que é uma coisa a ser estudada de repente mais pra frente. A questão destas instituições de direito, mas focadas nas promotorias, nas defensorias, nas ouvidorias. Porque hoje a gente tem na saúde todo mundo que trabalha... As defensorias muitas vezes estão ligadas ao governo, mas elas fazem uma ponte, muitas vezes é governo contra governo. É defensoria do usuário, mas ela entra com ações para determinadas situações que eu acho que elas se diferenciam um pouco de uma instituição comum que é parceira, do governo em si, acho que mais pra frente à questão do judiciário na saúde. Essa coisa do direito fica muito mais visível, o usuário muito mais crítico, mais atento, só que por um outro lado você tem que ter investimento para fazer humanização, para desenvolver uma hotelaria boa, você precisa ter investimento, então acho que tem uma questão. Para você transferir, para serviços e tecnologias, hoje uma pessoa vai para a defensoria, faz sua queixa e entra em conflito Estado com Estado. Daqui pra frente a gente vai ter muito essa questão da jurisdição da saúde mesmo, você conseguir a saúde através de um defensor. Não mais acesso a um serviço de uma defensoria, que aí a medida dele não é só mais na questão da humanização. Tem que fazer! Mas não é um processo.

Essa análise dos *stakeholders* ela é interessante porque ela coloca num primeiro momento todo mundo em pé de igualdade e mediante essas informações que eu te forneci, desses conceitos e já que a gente chegou no *stakeholder* paciente *stakeholder* colaborador, você poderia depois me apontar alguém que representasse esse grupo, que pudesse também entrevistar? Esse mapa é para direcionar pra isso, pra se ter voz. E *stakeholders* usuários que também não se incomodassem em responder a uma entrevista.

Como o colaborador aqui recebe o treinamento sobre os preceitos da humanização nesta instituição?

A gente vai por várias linhas. Algumas situações a gente na integração tem uma participação. A pessoa passou no processo seletivo e tem aquele período, aquela

semana de integração, a gente tem um espaço naquela integração para falar o que é humanização, quais as ações que têm aqui que são desenvolvidas e alguma ação que a gente acha muito relevante dependendo de que área é aquela pessoa. Aqui a gente tem uma área de violência infantil, então essa é uma bandeira nossa da defesa da criança e do adolescente, então a gente por temáticas também vai trabalhando isso. A gente tem principalmente com a linha de frente do hospital, recepção, segurança, orientadores de público. A gente tem várias ações durante o ano com relação a treinamento, acolhimento, por conta até da característica de atendimento do pronto-socorro, do volume de pessoas, então a gente tem alguns treinamentos específicos nas áreas administrativas.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

A gente tem algumas atividades, então acaba sendo a gente mesmo. Tem várias ações, tem os doutores da alegria que é um grupo de profissionais, que pessoas do teatro mesmo, são atores formados, que estão aqui semanalmente conosco, a gente tem um trabalho de recreação, brinquedoteca, tem um trabalho muito importante de leitura de contos, de mediação com jogos das crianças e os acompanhantes. O hospital tem várias manifestações, a gente tem grupos de teatro que desenvolvem peças teatrais. É muito mais forte na pediatria, a ambiência da pediatria é muito colorida. Durante o ano a gente tem um coral do hospital e a gente faz apresentações. O Grajaú tem uma relação muito boa com a comunidade, então durante o ano todo tem ações da comunidade dentro do hospital. Então a comunidade tem um teatro, tem peças, grupos de jovens, é música, eles pedem para entrar e fazer apresentações. Então a gente tem um espaço muito aberto para a comunidade nesse sentido.

Onde estão armazenadas as opiniões dos serviços prestados aos usuários?

O SAU é o responsável pela escuta técnica do usuário, então nós acolhemos estas queixas e sugestões, fazemos um trabalho em cima disso, isso gera estatística para desenvolver ações de melhoria e a gente faz uma abordagem no leito do paciente também, que é uma busca ativa em pelo menos 10% dos pacientes em situação de alta. Então a gente tem uma funcionária que vai até o paciente em situação de alta e desenvolve uma pesquisa de satisfação. Esta pesquisa envolve desde recepção, atendimento de enfermagem, atendimento médico, segurança, alimentação. Então a

gente sabe e documenta a satisfação deste usuário que esteve internado. Isso é uma meta nossa, a gente utiliza isso e a gente tem as nossas caixas de sugestão também, cada andar tem uma caixa de sugestão e eles também avaliam desde o atendimento do pronto-socorro, classificação de risco, recepção, então há dois tipos de pesquisas que a gente desenvolve e a gente utiliza para estar desenvolvendo as pesquisas também no hospital.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

A responsabilização. Eu acho que um terço não é suficiente porque não são números que você apresenta. Você não responde a metas simplesmente, são pessoas. Então eu acho que precisa de responsabilização. Então cada um tem a sua parte. O profissional de saúde tem que construir, o usuário pode se queixar, mas tem que construir. Então eu acho que o governo tem que se responsabilizar também em implantar SUS, em implantar políticas de humanização em regiões como essa, com as características que nós temos. Porque fica pesado num único serviço como é este. Nós temos inúmeras ações de humanização, qualquer espaço que você ande aqui você **vai ver indicar de** humanização e de processos em andamento. Mas se não houver investimento de uma política pública importante nessa região, fica cada vez mais difícil. Nós somos o único hospital de referência. Trabalhar a humanização sem trabalhar a questão externa da rede, porque senão a gente não cumpre nem o que o SUS traz pra gente. A divisão da complexidade do SUS já fica comprometida porque você faz a atenção básica, secundária e terciária sendo o único serviço da região. Então precisa da responsabilização do poder público, dos equipamentos de saúde. E aí não é o equipamento maior que está na região, se gasta muita energia para resolver as questões e problemas para trazer a solução, mas eu acho que as partes precisam ser melhor trabalhadas para a gente ter um todo melhor. Precisa ser responsabilizado, não precisa documentar só e deixar lá ou fazer um pagamento por x número, mas o que este número representa, o que é AVC, quanto é infarto? Isso é humanização. Eu tenho alta complexidade na região. Então a humanização é fazer este link, esta leitura, isso é uma questão de política pública mesmo.

Você tem alguma sugestão, alguma dúvida?

Eu acho que a questão dessa importância como gestora... A gente tem muitas dificuldades quanto à questão do atendimento, só que cada um tem que fazer a sua parte mesmo, cada um tem que se conscientizar do seu papel senão você fica à margem de tudo isso. O desafio que a gente tem aqui é que cada trabalhador seja imponderado, quem eu sou, o que estou fazendo aqui, o que eu tenho a ver com esta população, o que eu posso contribuir para a melhoria destas questões. Eu acho que quanto mais o profissional da saúde tem autonomia, quanto mais conversa, quanto mais grupalidade se tem dentro do serviço mais fácil fica a aplicação da política. Então muita conversa, muito desafio que a gente tem para desenvolver porque a nossa rede de equipamento é pequena, mas as pessoas precisam começar, precisam desenvolver. E a gente tem um grupo que tem este interesse, que vê esta importância. E a humanização tem essa coisa da não hierarquia e isso ajuda muito, a questão dos poderes. Para fazer humanização o mais importante é abrir mão de certos poderes pra ouvir, para tentar, para recriar, então a humanização coloca a gente em xeque muitas vezes e a gente tem esse espaço aqui no hospital apesar das nossas limitações e nas diversidades a gente consegue fazer. É um desafio grande.

Dr. Michel Lyra Lucena – médico responsável pelo pronto-socorro do HGG

Eu quero que você fale um pouco de você, da sua função aqui no hospital.

Na verdade eu tenho formação em sociologia, parte de cirurgia geral e comecei como cirurgião em 2006, tanto na atividade de plantonista como médico de enfermaria e nesse período, entre outros vínculos, eu terminei fazendo um MBA em gestão de saúde. Esse MBA foi um empurrão para eu entrar nessa área de gestão. Este ano eu entrei no instituto e com as devidas negociações eu terminei assumindo o cargo de gestão no pronto-socorro. Comecei como coordenador do pronto-socorro. E apesar de saber que o problema da emergência nos hospitais se assemelha muito, sendo ele público, sendo ele privado, sendo ele da saúde complementar, são muito parecidos, os desafios são praticamente os mesmos, mas os comportamentos internos é que mudam um pouco, principalmente no hospital público. Então precisa de um tempo pra você entender como é que esta parafernália funciona para ter uma certa

liberdade de começar a mexer de forma que as investidas sejam pra bem e não pra mal. Então tá sendo uma experiência muito boa pra mim. Nesse ínterim eu assumi também a coordenação da cirurgia geral do Hospital, devido a uma saída súbita do coordenador e assumindo interinamente até janeiro que a gente vai entregar a coordenação da cirurgia geral. E aqui também terminei assumindo o comitê de segurança do hospital que a gente queria ter lançado já desde o início, o hospital ter esse setor na segurança que é uma coisa importante em todo setor complexo. A gente precisa gerar uma segurança pra quem entra e a nossa base de segurança são as bases de todo mundo. Começou com esta história da aviação, que foram os pioneiros nos processos de segurança e muita coisa a gente copiou e tentou não fundir estes comentários de que colocou não sei o que na criança e a criança vem a falecer, colocou medicação que não devia ter posto. É um trabalho de formiguinha a longo prazo, mas a gente tem que batalhar, tentar criar esta estrutura que não tinha. Vem sendo a bola de vez e a pauta que está em jogo.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Humanização ao meu ver é uma palavra que está nos holofotes já algum tempo, inclusive no setor público, talvez porque eu ache que a gente não tem outra saída a não ser humanizar o hospital. A minha impressão é que a gente fala muito sobre isso, mas a gente não está muito cultural, as pessoas estão sentindo que realmente passa por aí a solução. As pessoas procuram o hospital e elas querem, principalmente num setor como o meu, que é de pronto-socorro, as pessoas não estão preocupadas inicialmente em ter um diagnóstico, elas estão preocupadas em expandir aquela angústia, aquela dúvida, aquele sofrimento, aquela preocupação, que aquelas pessoas sejam ajudadas a tirar sua dor e que elas tenham atenção, que elas possam ser olhadas olho no olho, que alguém possa ouvi-las e como nas estruturas de urgência, emergência em geral no nosso país, quando as pessoas vêm com esta expectativa elas encontram no hospital uma força de mesma direção no sentido oposto, que a força do hospital é tirada daqui. É todo mundo preparado pra isso. No setor de urgência e emergência porque é um setor muito dinâmico. As pessoas não têm tempo de lidar

com coisas que ao ver do profissional de saúde é bobo. Mas a expectativa do paciente que está vindo não é essa, então aqui ele encontra uma força expelindo ele do hospital, então encaminha pra outro setor: “o Sr. Vai pra UBS, o Sr. Vai pra UPA, pro AMA”, pela falta de saber que ali tem uma pessoa com uma carência pra aquele momento, então a falta de resposta a isso é que gera a insatisfação impressionante, que nós costumamos ter no sistema de emergência/urgência, que pra nós aqui isso é refletido através da ouvidoria. Pra um serviço de saúde suplementar ou privado é refletido através da queda da receita, que as pessoas não reclamam, mas elas desviam e de alguma forma elas transferem dinheiro de um caixa pra outro. Por isso, eu não vejo outra solução para setores como esse a não ser a gente ter um trabalho efetivo de todos, desde o principal que se acha mais principal e que se acha menos, se é que se pode dizer isso, porque todo mundo é fundamental num setor como esse. Se todos não tiverem alinhados na questão da humanização, nós vamos continuar com estes índices absurdos.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Sem dúvida! Na nossa realidade aqui eu acho que se nós entendermos, seguindo o teorema de pareto que usando 20% da sua energia você resolve 80% dos seus problemas. Essa hospitalidade ela poderia mudar, a gente conseguiria mudar a visão do usuário, a expectativa do cliente/paciente ao vir aqui, essa expectativa certamente... Não a expectativa das condições técnicas em si porque ele nem tem condições de analisar isso. Isso é uma análise interna, nós achamos que esta análise gera satisfação ao paciente e não gera. O que gera satisfação ao paciente e a qualidade que ele vai julgar está na hospitalidade. Além disso, nós médicos temos disponível no meio acadêmico, a gente tem um foco muito grande para casos complexos. Os casos

complexos chamam atenção, os casos complexos eles rodam, são discutidos entre o hospital, mas a grande parte do nosso dia a dia são questões simples que não geram a nossa atenção e as pessoas saem desgostosas e não aderem ao tratamento. A falta de hospitalidade é o princípio pra você não sentir a confiança, de não aderir ao tratamento, de você ficar desenganoado com o sistema de saúde, e as pessoas têm condições de fazer isso. Fora que a falta de hospitalidade adocece até o profissional de saúde também porque ele toca aquilo de uma forma tão desconectada da pessoa a qual ela atende que você começa ir nessa pisada de desconexão o tempo todo você se estressa, num sistema desse que você tem contato com a morte o tempo todo. O contato com a morte com desconexão, você gera doença e você vê que de vez em quando um surta. O tempo das pessoas ficarem na emergência é um tempo muito baixo, dificilmente você vê alguém há mais de dez anos numa emergência. Tem pessoas que trabalham isso muito bem e estão há mais de dez anos na emergência, mas é difícil, as pessoas não suportam, quem é jovem não suporta. O residente que você coloca num ambiente hostil, um ambiente de guerra, um ambiente de morte, ele não vai preparado, eu não sei se a universidade prepara as pessoas pra isso. Tem que estar preparado pra isso. Os profissionais surtam, eles não suportam. Então mais uma vez eu volto na questão que passa prioritariamente essa questão. Fora se nós lembrarmos... Eu tava me lembrando a história do bom samaritano. É uma história interessante que é uma história bíblica que diz que... Sabe que no judaísmo tem o alto clero e naquela época realmente tinha o alto clero que eram os fariseus, eram pessoas muito importantes para aquela situação religiosa da época e tinha um moribundo caído na estrada. Primeiro passou o fariseu e o fariseu olhou pro moribundo e disse: “não posso nem fazer nada por ele porque eu tô atrasado pro meu serviço religioso”; depois passa o levita que era o responsável pelo templo de Israel, o templo de Salomão, mas ele olhou lá e falou “não, não posso, preciso começar o serviço religioso”. Aí passou o samaritano, o samaritano era uma figura que ela era escanteada, marginalizada pelos judeus, até porque eles tinham sido misturados e você sabe que judeu é muito da linhagem pura, da descendência específica de Abraão e Jacó. Esse Samaritano se compadeceu daquele pobre, limpou as feridas dele, levou para a hotelaria da época e disse ao dono: “cuide dele”. E aí Jesus usou dessa parábola

para falar para os próprios judeus pra dizer assim: “quem vocês acham que agradou a Deus, os religiosos que chegaram no horário certinho como manda o figurino, dentro da técnica e foram para a celebração litúrgica ou aquele samaritano que era marginalizado por todos, mas que foi lá e fez o que devia ser feito? Quem vai ser recompensado?”, então sem dúvida desde os primórdios, desde 2000 anos atrás, este rabino chamado Jesus já discernia que sem essa visão, sem essa sensibilidade a coisa não anda. Se nós que somos sacerdotes médicos, essa é uma profissão sacerdotal, se nós não ouvirmos isso a coisa fica amarga, fica azeda.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Mudar a cultura, falando especificamente na organização empresarial, que ela vive de orçamento, que o foco é muito na grana, muito no dinheiro. Para você transformar uma cultura dessa precisa estar envolvido à alta gestão, à alta diretoria, senão a coisa anda assim como a gente costuma ver por aí. Pra gente implantar e impactar mesmo todo mundo, sentir que isso é um compromisso, é um trabalho que tem que ser feito de uma forma muito séria. E aqui no hospital nós temos uma das coisas que sobreviveu a todos os terremotos que tivemos até hoje que são modos organizacionais, uma das coisas que sobreviveu é o nosso serviço social e a nossa humanização, que tem duas pessoas que tocam aqui e que têm se mantido fiéis e são duas pessoas que eu tenho profunda admiração pelo trabalho delas que é um trabalho ativo, trabalho diferenciado ao meu ver, pessoas muito presentes, capacitadas, uma estrutura emocional trabalhada para suportar isso. Eu vejo isso com bons olhos, isso pode ser um embrião para uma coisa diferenciada.

Segundo Freeman, (1984) *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Vamos começar pelos pouco importantes, até pela nossa estrutura legal: concorrentes é pouco importante, defesa do consumidor em si para nós não teria importância. Sindicatos seria 2. Clientes e comunidade 4. Fornecedores não deixa de ser importante. Instituições financeiras na nossa realidade é pouquíssimo importante.

Acionistas não se aplica. Governo é extremamente importante porque é de onde vem o recurso.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco.

Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

A diretoria, sem dúvida.

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Não sei! Porque eu entendo que a gente tem a tendência de dizer que se não tem verba não tem a instituição, mas na realidade isso não é verdade, o caminho é inverso: a verba vem porque o movimento existe para que aquilo se concretize. Então o dinheiro não é o primeiro, na verdade é o último, existe uma estrutura que faz com que isso exista. Talvez seja a comunidade a razão e a comunidade ela ainda que o governo passe, que possa mudar de mão, mas a comunidade vai estar sempre pressionando para que isto exista. Sem a comunidade não teria nada.

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

Eu acho que neste aspecto a gente ainda está capengando um pouco. Os funcionários em si têm treinamento, uma adaptação e essa adaptação eles pegam um pouco essa noção. Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, até por uma questão cultural eles não passam, eles trazem consigo o que têm, a instituição tem muito pouco a colaborar nesse aspecto porque o médico em si não passa por adaptações, não passa por treinamentos, ele segue o ciclo que hoje o médico faz em vários hospitais e ele leva consigo o seu pacote cultural e educacional. Vai levando pelas instituições em que ele vai flutuando. Nesse aspecto a gente tem muito pouca penetração. A penetração muda um pouco mais pelo vínculo CLT que fideliza um profissional. E por vinculá-lo à instituição gera uma fidelidade maior, um tempo maior de contato e se a instituição tiver uma cultura forte ela consegue passar isso para os médicos e para os enfermeiros também. Os enfermeiros talvez tenham um pouco mais burilado esta questão da humanização. Talvez porque eles já trabalham na faculdade um pouco disso. Eu acho que os enfermeiros trabalham melhor, tem um pouco mais a dar neste aspecto. Eu não sei se um treinamento de 15 dias muda muito

isso. A humanização é um negócio que vem, quando ela vem de berço na estrutura ela é muito mais forte, é difícil você conseguir tirar, mas quando a pessoas não têm é difícil colocar em pouco tempo. E se a espinha dorsal da empresa não tiver isso muito claro, se não for passado de forma muito clara e se não tiver sendo entre aspas auditado, não tiver sendo cobrado pelos gestores, pela liderança, não anda, não sai. Porque nesse clima que a organização favorece, as pessoas terminam entrando no barco, elas terminam conseguindo dar um pouco mais de si. Mas se for no ritmo frenético das atividades do dia, deixar a onda levar então a gente atropela tudo.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Aqui no hospital a gente tem algumas atividades. Tem atividades do grupo de palhaços Doutores da Alegria, tem uns funcionários nossos que lidam diretamente, aqui na comunidade ensinam pinturas pras crianças é um orientador, ele é lá do pronto-socorro. Agora no final do ano tem o pessoal do coral, mas não é uma coisa constante, cotidiana. Eu não saberia como entrecruzar no ambiente, mas é interessante.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Ouvidoria. O pior de tudo que é o melhor é que é atuante. A gente recebe um impacto direto de toda repercussão pública do que acontece. Isso lá realmente fica depositado a opinião mesmo, o reflexo do que as pessoas acham disso aqui.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Como eu sei que os caminhos da tecnologia, do desenvolvimento da ciência, como a gente tem notado que este caminho é bom, mas ele tem aumentado cada vez mais, tem distorcido a percepção social, tem aumentado o abismo que separa os diversos segmentos. Como eu imagino saúde pública, eu tô numa fase que eu tô mudando um pouco o conceito. Hoje nós temos um sistema único de saúde e ele é único, tudo é único. A gente vê que não é a palavra único que está tornando ele único, a gente vê que continua muito fragmentado, as pessoas continuam perdidas... Eu não sei se eu consigo dizer em uma palavra não, mas eu diria humanidade, empatia, solidariedade. Esse caminho da humanização ele tende a isso. Organização. Se você não organizar todas estas variáveis, você humaniza, mas não resolve. Precisa

organizar o sistema, precisa estar todo mundo engrenado, as roldanas precisam estar juntas senão não gera força.

Sugestões (em aberto).

Eu achei muito interessante você da área da hotelaria ter esta percepção e eu não sei se você está indo por esse caminho, mas a hotelaria dentro de um hospital é um conceito de você tornar o hospital um local mais agradável tomando como base o fato de você gerar a mesma experiência que você tem da que quando você vai para um hotel. Todo mundo rindo, com restaurante de primeira, pessoal que vem trocar as toalhas de manhã, aquilo diminui o impacto de você estar indo para o hospital. Você começa a trabalhar com os cheiros do hospital, com o visual, aquela entrada faraônica e eu não sei até que ponto... Porque diante das situações básicas da vida isso é legal, mas no confronto de doenças que realmente trazem sequelas pras pessoas e famílias, eu não saberia dizer até que ponto isso tem um impacto positivo. Você não pode ir num local que você se sinta deprimido, com cores escuras, isso é muito ruim, mas eu acho que este caminho envolvendo a humanização, hospitalidade, isso é um passo a mais, uma coisa mais profunda, uma coisa mais transformadora, mais impactante mesmo.

Wilson Cacino de Carvalho – HGG

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Eu entendo que é uma preocupação com as pessoas que vêm ao hospital em busca de melhora de sua saúde e também o fato de estar sendo bem atendido ele se sente valorizado.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base

nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Eu creio que sim. É importante essa valorização do ser humano. Já está no hospital, a pessoa já vem deprimida. O fato de ser bem atendido e ter esta hospitalidade, acho que aumenta a esperança da pessoa de se estabelecer o mais rápido possível. Daí a importância desse trabalho voluntário, destes trabalhos que têm no hospital para estar junto da pessoa.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Acho que é o respeito pela pessoa desde a hora que chega o atendimento na recepção, o respeito por ela, o respeito pela pessoa que está buscando um serviço. Ela já vem fragilizada, se ela não for respeitada a coisa piora um pouquinho mais.

Segundo Freeman, (1984) *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Eu acho **que** o dinheiro investido vem do governo e eu acho que deixa muito a desejar. Os colaboradores seriam os funcionários e eles fazem um milagre diante do que vem de verba para o hospital, é muito importante. Acho que os colaboradores é que fazem a diferença, com algumas exceções e tal, o amor que tem pelas pessoas, pelos usuários. O voluntário é muito importante.

O que você acha que estes atores, estes grupos entendem sobre humanização e hospitalidade?

Saber até pode saber, o difícil é colocar este saber na prática. Eu acho que quem conhece isso de perto são os colaboradores e os usuários, eles prestam serviço de humanização sem igual.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

Eu não poderia afirmar com certeza. Eu só sei que no período que fiquei de voluntário os treinamentos eram muito legais. Agora com a entrada do Sírio-Libanês eu não sei por que eu trabalhei muito pouco tempo com o Sírio-Libanês. Quando eles entraram eu arrumei um trabalho e saí.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Eu já vi os doutores da alegria, acho que o trabalho que eles fazem é excelente, não sei se continuam ainda. O ano de 2011 perto do Natal, Dia das Mães, Dia dos Pais nós fizemos isso, isso trouxe uma alegria. As pessoas se emocionavam de ver a gente cantando pra eles no Dia dos Pais, Dia das Mães, Natal. E depois na gestão do Sírio-Libanês no Natal já não teve, foi uma grande falha, porque na outra gestão tinha esse trabalho. Os Doutores da Alegria devem estar continuando a fazer isso, eu creio, isso é muito importante, a pessoa tem que sair daquele trauma de estar internado no hospital, tem que ter uma coisa alegre, isso ajuda. E creio que faz parte também da humanização.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Eu vejo perto do restaurante um quadro de elogios a médicos, enfermeiros.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

A palavra que se usa muito nesta situação é o amor pelas pessoas. O dia que as nossas autoridades lidarem com um pouco mais de respeito e amor pelas pessoas à saúde do Brasil vai melhorar muito. Promessas na época de campanhas são muitas. A promessa do nosso prefeito foi a construção de três hospitais: Parelheiros, Capela do Socorro e M'Boi Mirim, foi promessa de campanha do atual prefeito.

Sugestões (em aberto)

Na verdade eu fui usuário uma vez só e fui muito bem socorrido, o atendimento foi muito bom. Tem pessoas que eu trago aqui e falam bem. Os colaboradores que fazem a diferença.

Como que o Sr. veio parar aqui nesta instituição?

Acho que por interesse da comunidade, de ver as necessidades das pessoas e a vontade de conhecer um pouquinho e pudesse ter condições de ajudar as pessoas, foi o que me trouxe aqui a ser voluntário, a vontade de tentar ser útil, de fazer alguma coisa.

Levy dos Santos – voluntário do HGG

Eu quero que você fale um pouco do seu histórico aqui na instituição, como é que você chegou aqui?

Desde criança eu sou envolvido com música, eu aprendi tanto teoricamente a música, mas também desenvolvi alguns outros instrumentos por autodidatismo, então eu sempre fui envolvido com música, tanto música popular brasileira e música também internacional, bem como músicas evangélicas. Eu faço parte da igreja evangélica, da igreja presbiteriana e nessa igreja sempre fui muito envolvido com canções, com cânticos, com esta parte de musicalidade e sempre envolvido nestes conjuntos musicais, nestas bandas musicais pra aplicar este conhecimento, esta música tanto dentro da igreja como fora. Nós temos um objetivo dentro da igreja que é sempre utilizar da música como instrumento que seja pra trazer um certo tipo de paz para uma pessoa, para um indivíduo que está ouvindo aquilo e também pelo musicalidade. Resumindo, a música é um instrumento muito poderoso que ela sempre para nas situações. E o maior objetivo meu sempre foi utilizar pro bem, sempre ser útil como músico e não simplesmente tocar um instrumento. Fazer parte de um projeto, fazer parte de um projeto que a música pudesse fazer bem as pessoas, então isso eu sempre tive comigo. Esse é um pequeno histórico do meu conhecimento, desde os 9 anos de idade, 10 anos de idade eu já tenho uma vivência com piano e depois outros instrumentos eu fui desenvolvendo: violão, teclado, bateria, contrabaixo. O meu instrumento mesmo é o contrabaixo. Eu tenho um paralelo

também com o violão, e o violão é um instrumento que dá para você levar para qualquer lugar, ele é muito portátil, ele não depende de algo elétrico para você desenvolver e reproduzir uma música, interpretar uma música.

E o Hospital do Grajaú foi um presente, na verdade, pra mim e pro grupo que eu participo. Na igreja nós chamamos de grupo de louvor que nós hoje temos 7 integrantes e esse grupo sempre buscou não só trazer pra igreja as músicas, mas sempre teve esse desejo de levar estas músicas pra algo muito maior, pra um projeto maior, para construir mais e fazer a diferença. Nós temos isso conosco: fazer a diferença aonde quer que seja, ser útil em algum lugar. E o Hospital do Grajaú foi um presente muito grande pra nós como voluntários, como fazer a música realmente ser útil para uma instituição, que apesar de ser pública, é muito organizada, com uma meta muito grande em termos de humanização. De não só fazer com que o paciente, que o usuário do hospital goze do serviço ou receba o serviço que lhe é prometido, mas junto com isso, junto com o corpo médico, junto com o corpo de enfermagem, a gente faz um trabalho também de terapia, de musicoterapia e o mais importante, a gente se sente parte deste time pra envolver o paciente e contribuir pra sua melhora. Esse é o pequeno resumo. Já estamos há 7 anos desenvolvendo este trabalho junto ao hospital, quinzenalmente aos sábados porque senão são muitas pessoas, é difícil a gente conciliar o trabalho que a gente possui junto com o voluntariado, então exige um compromisso das pessoas. Este grupo é composto de instrumentistas, de vocalistas, de um pessoal que também está preparado para dar uma palavra de positivismo, uma palavra de incentivo para a pessoa sentir que realmente tem gente torcendo por ela pra que ela melhore, pra que ela tenha alta e consiga o seu objetivo na área de saúde, então o Hospital do Grajaú, o trabalho de voluntariado pra mim pessoalmente foi um presente.

Como é que nós chegamos aqui? O hospital próprio teve essa iniciativa, pegou grupos evangélicos que poderiam fazer um trabalho de humanização, de musicoterapia, mas alguns grupos pelo histórico que tivemos até com o próprio pessoal de humanização, estes grupos não tiveram tanto sucesso... Existem regras na capelania, existem regras na musicalidade, e estas regras precisam ser respeitadas num formato que atenda ao hospital, que atenda às regras e às definições que este

grupo faz, que este grupo de humanização faz. E eu acredito que nós temos obedecido estas regras porque há sete anos estamos trabalhando e trabalhando junto com o corpo de enfermagem, com os médicos, com todo o corpo de funcionários deste hospital. Enfim, é um presente pra nós. Nós somos muito mais abençoados que as pessoas que recebem este trabalho.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Com certeza. A hospitalidade, você mesma falou, é o ato de você recepcionar uma pessoa, você cuidar de uma pessoa, você servir a pessoa. A definição de hospitalidade eu imagino assim... Vou trazer pra uma situação real. Uma pessoa tem a sua saúde debilitada em algum momento da sua vida e pode ser a qualquer momento, desde a mais tenra idade até a pessoa mais idosa e ela sai da sua casa, sai do seu cotidiano e é necessário ser internada num hospital. Se o corpo de médicos, se o hospital não tiver desde o seu funcionário não tiver este conceito de hospitalidade para com as pessoas que necessitam isso nada vai contribuir, a pessoa não vai ter contribuição nenhuma para melhorar a sua saúde. Pra mim o conceito de hospitalidade, além do conceito técnico de médico, por exemplo, a pessoa vai precisar ser medicada, ela vai precisar fazer exames... Toda esta parte técnica isso o hospital deve oferecer, tem que oferecer, mas o que está por trás disso, o que é a hospitalidade, esse conjunto junto com a hospitalidade vai proporcionar a grande possibilidade, a probabilidade de fazer com que uma pessoa melhore é muito maior porque ela se sente bem. Se ela se sentir bem num hospital que ela está internada e já está no hospital, já tá no clima de injeção... Eu vou citar até uma brincadeira que a gente faz.

A gente entra pra fazer a música ou pra cantar para os doentes, pacientes e visitantes, a gente entra já falando assim: “olha, não é injeção não, é música, não se preocupem”, então isso já quebra um pouco e isso já faz parte da hospitalidade. Isso e mais um sorriso, uma gentileza desde um recepcionista até um enfermeiro que está cuidando, a turma daqui é campeã em fazer isso, eles conhecem a fundo, eles já dão um toque pra gente “tal pessoa de tal quarto está um pouco mais nervosa”, então a gente já entra com este conceito de hospitalidade e a gente sabe exatamente como aplicar essa hospitalidade meio que pra cada quarto, pra cada doente, é pra todos. Esse conceito de hospitalidade se todos os hospitais... A gente pode pegar outras instituições, outros laboratórios de análises clínicas, se possuem esta hospitalidade a pessoa vai se sentir melhor, a pessoa já tá ali, às vezes, o exame é tão doloroso, então se tiver esta hospitalidade pode amenizar este tipo de sentimento. É o meu pensamento.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Você tem que ter a contribuição de todos eles para que você tenha a total aplicação da hospitalidade. E não só aplicação da humanização, mas como é que eu posso dizer? O formador de opinião.

Eu acredito que, por exemplo, o voluntário por si só precisa ter esse conceito bem firme na mente dele e não só saber deste conceito, mas se envolver com este conceito. E eu acho que estes dois são os mais importantes. Se estes dois trabalham em conjunto e parte daqui – colaboradores e voluntários – você tem uma disseminação mais forte com estes caras aqui. Agora, precisa se criar uma forma de se proliferar, de se multiplicar mais este tipo de informação, para não ficar só dentro do hospital – colaborador e voluntário – é o que a gente nota, por exemplo, fica às vezes aqui, se aplica ao hospital, mas se o investidor souber que isto está sendo feito, se o cliente está sabendo o que está sendo feito, esse também é um ponto. Se estes três souberem e de alguma forma a mídia também ser envolvida nesse ponto, a gente

envolve governo, comunidades e fornecedores. De um ponto tem que partir, que são estes três amarrados para poder fazer esta formação de opinião.

Por exemplo, o investidor, o pessoal do Sírio-Libanês, que é responsável por isso. Claro, existe um relatório de humanização passando pra eles o que é feito, mas quanto mais tiver este investimento nesta divulgação, principalmente como depoimentos como o meu de ações que estão sendo feitas, sugestões, vendo o que está acontecendo, fazer com que isso chegue no investidor, fazer com que isso chegue no governo e fazer com que isso chegue na mídia de alguma forma. Se não existe comunicação entre eles ninguém vai ser formador de opinião.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

A gente recebe constantemente treinamentos que passam pra gente conteúdos muito importantes sobre mudanças na gestão do hospital, mudanças em normas que precisam ser obedecidas. Vou te dar um exemplo, existem normas que ao fazer um trabalho de humanização que é o que a gente faz de visitas aos quartos, a mulher não pode usar brinco, nem aliança, nem relógio, cabelo preso, o homem também tem que estar sem aliança. Por exemplo, nós temos o jaleco pra ser utilizado, o crachá do hospital, o crachá não pode estar pendurado em qualquer lugar, enfim, tem alguns cuidados e a gente é treinado constantemente sobre estes cuidados. Não só isso, mas os objetivos que o hospital precisa e o hospital precisa que a gente vá até a ala infantil, por exemplo. Se o hospital precisa que a gente vá até a ala de funcionários. Alguns casos são mais complicados, pronto-socorro, uma UTI é mais complicado de você chegar com este tipo de trabalho num local como esse, por isso que o hospital tem constante treinamentos pra gente explicando como a gente pode receber, como deve ser recebida. Eu vou citar um exemplo, como lidar com questões de óbito. A gente já chegou em corredores, em quartos que um quarto, por exemplo, tinha um

óbito, então como é que nós vamos fazer um trabalho ali para deixar as pessoas com mais ânimo se uma delas ou se um deles teve um morto. Então não é realizado o trabalho nesse quarto. Em termos de treinamento nós estamos bem subsidiados. E não só este treinamento de normas, mas estes treinamentos também motivam a gente. Nós voluntários também precisamos ser motivados, também precisamos ter um trabalho de humanização, porque o nosso trabalho voluntário não pode ser automático, ele precisa estar nos 100%, a gente precisa dar tudo da gente quando a gente faz este trabalho e a humanização faz isso com a gente, a Raílda, a Rose, enfim... Eles fazem isso com a gente, eles reúnem sempre, fazem questão de reunir para saber se está satisfeito, se não está satisfeito, o que precisa para desenvolver o trabalho aqui dentro.

Quem poderia falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Falar sobre a arte nós vamos ficar aqui horas, mas assim, a arte como ela parte do ser humano é um ciclo. Eu não sei se eu vou conseguir expressar isso falando, mas imagine três pontos, imagine na verdade dois pontos onde o ser humano ele desenvolve a arte pra outro ser humano e aquela arte volta pra ele, é um ciclo. A arte ela faz bem pra quem está fazendo a arte e vice-versa. Pra quem fez a arte faz bem ver quem recebe a arte e quem interpreta a arte, quem visualiza a arte, quem vivencia a arte. Utiliza-se muito esta expressão “viver é arte” ou “arte é viver”, viver a arte é justamente isso, a arte é uma manifestação artística dentro de um hospital, pra quem realmente vai precisar, tem mais necessidade de saber que, por exemplo, existe esperança, existe um jeito que você mesmo pode vencer batalhas internas, você simplesmente se acalmando, tirando um pouco o pensamento da sua doença e voltando o pensamento do que é algo maior do que isso, que é o contato entre as pessoas, a amizade entre as pessoas, a relação com Deus independente da religião que a pessoa tem. E as músicas que a gente interpreta, estas manifestações artísticas falam justamente sobre isso, falam sobre esta paz que não está só simplesmente aqui entre eu e você, envolve muito mais, envolve sua saúde familiar, envolve a sua saúde religiosa e a sua saúde com o seu criador, independente da sua religião, de você valorizar a sua saúde. Tem os doutores da alegria que desenvolvem a arte do palhaço, a arte do circo, vista, manifestada aqui dentro. A arte da música tem as educadoras, existe um setor também nosso que também é voluntariado, que é o pessoal que faz

animação pras crianças, contadores de histórias, chamando atenção, é uma arte de interpretar, é uma arte teatral. Manifestações artísticas vão ajudar sempre na melhora de uma pessoa. A gente atende ao doente, mas o hospital, os enfermeiros, os funcionários, esse clima do hospital, esse clima é ajudado com este tipo de manifestação artística, a manifestação artística quebra para a vida além do trabalho. Muitas vezes a pessoa está trabalhando e está preocupado com a sua família, com algum problema pessoal e você tem uma manifestação artística e você quebra aquela pressão... Às vezes, a pessoa está vivendo aquela pressão e ali a gente teve vários testemunhos de pessoas que se sentiram bem após ver uma manifestação artística e depois continuaram desenvolvendo seu trabalho ao longo do dia, então você tem n situações, n funcionários, n setores que estão sendo ajudados, auxiliados com manifestações artísticas de diversos tipos.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

São depositadas nas caixinhas e recolhidas pelo pessoal que tabula e depois mostra os resultados tanto para administração do hospital e também nós temos acesso a estas opiniões, também são abertas as opiniões nas reuniões que nós temos bimestrais com o pessoal do hospital.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Boa vontade. Se as pessoas tivessem o mínimo de boa vontade para desenvolver coisas simples e organização de processos, organização de fluxos, você vê um fluxo não funcionando e você saber que aquele ponto ali, um processo mal feito ou um processo não foi benfeito e pode ser melhor feito, melhor realizado. A boa vontade, eu vejo que uma coisa não está funcionando, eu sei como é a solução e eu não faço, eu não tive a boa vontade de fazer, de contribuir para a solução. Então a boa vontade é ir lá e tentar ajudar. Por exemplo, várias vezes a gente colocou, até para a humanização que são campeões em boa vontade aqui. Por exemplo, eu já fui atendido aqui como usuário e várias coisas podem contribuir pra uma agilidade maior no atendimento, para uma melhora no atendimento. Por exemplo, se você **vê** um lugar que poderia ter cadeiras pras pessoas esperarem, custa você escrever esta sugestão e entregar para alguém da ouvidoria, alguém do hospital? Custa? Você está fazendo a

sua parte, ou seja, você tem uma boa vontade. Pode não resolver na hora, mas tem uma sugestão lá, alguém sabe disso. De repente esse alguém vai receber e falar “ah... eu não sabia que não tinha cadeira no local, puxa eu vou providenciar”, já resolve a situação de quem está sofrendo... Isso é só um exemplo. A maioria fala “ah, hospital público não atende bem”, e o que você pode fazer pra que ele atenda bem? O que você pode contribuir como voluntário pra que ele atenda bem? Muitas vezes a pessoa não tem tempo de fazer um voluntariado, mas vai sugerir, vai contribuir com alguma coisa. Existe um setor de atendimento ao usuário e humanização que recebe doações de roupas, puxa, você doando uma roupa pro hospital, você já está contribuindo com alguma coisa. Por que estas doações de roupas? Estas roupas são higienizadas e tem pacientes que são internados aqui que não têm condições, vem com a roupa do corpo e não pode mais usar a roupa que utilizou, então é doado sapato, camisa, camiseta. Então fazendo essa doação, você faz parte já de uma comunidade. Então é boa vontade que não custa, vai levar um mínimo de tempo e você vai estar contribuindo um monte, 100%. Basta eu ter a boa vontade, a disposição e ajudar do jeito que eu posso.

Sugestões (em aberto)

Parabéns por esse trabalho. É muito difícil, por mais que você fale no seu meio social que você faz um trabalho voluntário... Primeiro que a gente não deve usar isso pra se enaltecer porque a gente não faz mais que a nossa obrigação. Pessoas ajudando pessoas deveria ser regra e não uma exceção, a pessoa ser honesta não deveria ser exceção e a pessoa hoje não tem isso. Parabéns aos que pensaram neste tipo de trabalho, nestes temas e obrigado por nos ouvir, obrigado por nos entrevistar e de alguma forma este depoimento contribua para este trabalho de hospitalidade, de humanização em todos os hospitais. Eu acredito que este trabalho seja um início, possa ser um precursor, um norte para que os hospitais e as pessoas que trabalham com hospitalidade tenham essa consciência de que a boa vontade, a disposição é um dos melhores adjetivos que um ser humano pode ter. Praticar a boa obra, ajudar ao próximo. Nós escolhemos um hospital, o outro pode escolher uma comunidade, o outro pode escolher uma creche, outro pode escolher quantos orfanatos, quantas pessoas não precisam disso? Resumindo é amar ao próximo como a si mesmo.

Dra. Ligia Paolinelli Bambirra – AME Interlagos

Eu quero que você fale um pouco do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição.

Eu venho de uma formação bem ligada à saúde pública, então eu estudei na UFMG, que é uma faculdade que tem um perfil ligado à saúde pública, tem tradição de internato rural e várias atividades ligadas à saúde pública, a saúde coletiva principalmente, e eu sempre gostei muito dessa área. Então eu me especializei em medicina de família e comunidade, trabalhei seis anos numa unidade básica de saúde com o programa saúde da família que hoje é estratégia de saúde da família. Então eu já tenho uma formação bem ligada à saúde coletiva, à saúde pública. Eu vim para o Hospital do Grajaú em 2009 como coordenadora da clínica médica e depois o pronto-socorro e na época já era um pronto-socorro que atendia 1.000, 1.100 pessoas por dia com as diversas especialidades, com a complexidade alta, apesar de ser um hospital geral, atendendo alta complexidade, porque é uma região de um milhão de habitantes que tem só um hospital pra atender. Então é um hospital que acaba atendendo alta complexidade. Então fiquei no Grajaú por um tempo e depois vim para fazer a gerência médica do AME. O AME é um ambulatório de especialidades médicas que atende 15 especialidades médicas mais equipe multidisciplinar, faz consultas médicas assistenciais, terapias e mais exames para a população 100% SUS. E nesse tempo que eu tô aqui a gente conseguiu alguns avanços e, entre eles, o estreitamento com a administração municipal também. Então nós somos da administração de saúde estadual, mas hoje eu tenho uma relação muito próxima com o serviço de saúde do município também, no sentido de discutir estratégias, de conversar dificuldades que a gente tem com a saúde do município, então essa é a experiência.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

A humanização, pra mim, assim ela fala muito da forma como você atende o paciente e aí não só a forma de atendimento direta. Vem desde a questão de planejamento dos equipamentos de saúde, a oferta de vaga, regulação, isso também acaba sendo englobado na humanização, porque humanização é você atender da melhor forma, então não parte só de como eu vou cumprimentar esse usuário, ou dizer bom-dia, ou recepcioná-lo. Vai muito mais além. O fato de eu tentar garantir o acesso à saúde de uma forma mais ampla e mais inteira eu acho que já parte por aí e a humanização mais próxima do usuário é a questão de atendimento do dia a dia mesmo. Então o ambiente que ele vai ser atendido, como ele vai ser atendido pelo profissional desde a recepção até o profissional assistente e tudo que ele vai ter nesse caminho dele dentro da saúde.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Com certeza. Eu acho que a saúde ela parte muito também do ambiente. Não só o ambiente onde essa pessoa vive, mas o ambiente onde ela é tratada também, então aqui no Ame eu vim, tem uma estrutura antiga, é um prédio da época de 9 anos e meio e a gente começou uma reforma e hoje a gente consegue ter um ambiente diferenciado. A gente ampliou corredores, hoje a gente tem ambiente mais claro, ambiente climatizado, cadeiras confortáveis e a gente sente um retorno dos próprios usuários em relação à qualidade do ambiente e do conforto, então a gente sabe que a pessoa tem mais prazer de vir, ela espera o tempo da consulta, o tempo do exame com outra sensação mesmo, ele tem muito mais tolerância de estar aqui ou de querer vir aqui. Ele percebe, ele liga muito a qualidade do serviço à qualidade do ambiente, à hospitalidade. Então até a disposição dos serviços, hoje, a gente tem todos os exames numa mesma região topográfica, então a gente tem uma área do ambulatório que está

há três anos, uma área que está pra procedimentos e uma área que está pras consultas, então se localiza melhor, se perde menos, a gente otimiza o tempo, então a hospitalidade em relação ao ambulatório eu acho que tem muito a agregar sim.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Os colaboradores são a nossa alma, então realmente é uma etapa importante, os usuários, o cliente é um pouco mais amplo porque eu acho que você pode até chamar de cliente porque os nossos clientes, não são só os nossos usuários, a gente tem vários clientes. Os colaboradores e os clientes são os maiores. É óbvio que o governo em várias instâncias, a gente é ligado ao estadual, mas a gente tem esse vínculo grande com o município porque quem agenda o paciente é o município. A própria OS que não é um investidor no sentido financeiro no sentido direto, porque ela não investe dinheiro próprio, ela recebe um esteio do governo, mas ela investe recurso humano, investe tempo, investe conhecimento, investe várias coisas, então é um investidor. A própria comunidade em torno, a maioria das vezes ela mescla muito com o usuário, mas nem sempre é, então, a comunidade no nosso entorno é sempre usuário, então eu acho importante destacar a comunidade também. Os fornecedores são superimportantes. A gente tem empresas que são prestadoras de serviço que acabam tendo... Às vezes eles não têm contrato com a gente, por exemplo, a gente tem laboratório que são da própria secretaria que trabalham conosco, então não fazem parte do AME, então são *stakeholders* também, são prestadoras de serviço. A mídia eu fico na dúvida. Eu concordo com a sua sugestão de que a mídia seria um *stakeholder*, mas ela não é presente. Por exemplo, quando o Sírio assumiu a administração, a gente teve bastante divulgação na mídia, isso é bom pro AME e pra imagem do AME, então eu concordo com o posicionamento nesse sentido, mas não é comum a mídia ter uma relação conosco e assim como o oposto. Então, quando a gente cai na mídia por queixa, por denúncia também é importante, mas ela não é tão presente, então eu fico na dúvida nesse sentido se eu colocaria ou não, eu acho que não.

Eu acho que talvez não seja claro o conceito de humanização e hospitalidade, eles não identifiquem a importância com o termo, mas eles valorizam muito esse tipo de atitude. Tanto a hospitalidade como a humanização é algo que estes *stakeholders* gostam muito. Então, assim, em relação ao governo, a partir deste ano a humanização passa a fazer parte do nosso contrato de gestão, então a humanização hoje pra gente é contratual assim como a qualidade do atendimento. Então dessa forma a gente só pode entender que o stakeholder do governo enxerga a humanização como muito importante. Os nossos usuários valorizam a forma como eles são tratados, como eles são recebidos, a assistência que a gente dá. Se você perguntar pra ele o que é humanização, o que é hospitalidade, talvez ele não saiba, mas se ele gosta de ser bem tratado, se ele gosta de ser bem atendido, se ele gosta de estar num ambiente bom, se ele gosta de ter acesso ao cuidado, com certeza ele vai dizer que sim. Então, com certeza, pra ele é muito importante, mas ele não daria esse nome. O fornecedor, eu acho que não faz muita diferença, acho que de alguma forma ajuda. Na questão da hospitalidade, se a gente pensar no acesso, se tiver um fluxo bem definido vai chegar e deixar a mercadoria rápida e vai embora. Eu vou ter um fluxo bom pro processamento da nota fiscal, do pagamento. Então, a hospitalidade ajuda também o fornecedor, mas não sei se eles têm essa visão. Os nossos colaboradores têm muito porque a humanização e hospitalidade não são só em relação aos pacientes e aos usuários, é também em relação ao colaborador. Então, o clima organizacional, o próprio conforto que a gente dá hoje para o colaborador aqui dentro, a forma de relacionamento interpessoal, isso também tem a ver com humanização. Mas aí também é da mesma forma que o usuário, talvez ele não nomeie hospitalidade, mas com certeza ele valoriza. A OS também incentiva bastante, eles valorizam.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

A gente tem educação continuada, então especificamente nesse assunto, agora no final do ano a gente fez um treinamento sobre atendimento e a gente fala sobre os preceitos do SUS, sobre qual a melhor forma de atendimento, sobre o que são os conceitos e pra esse ano também a gente tem outros temas programados, relacionados ao assunto.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

A gente teve em abril do ano passado, a gente teve a semana do aniversário que a gente fez várias atividades tanto para a comunidade como para o usuário, mas quanto para os colaboradores e dentro destas atividades a gente teve oficina de pintura, oficina de origami, oficina de artesanato e também cuidados. Pro colaborador, a gente teve corte de cabelo, esmaltação das unhas, massagens e todo ano a gente faz ou na semana da saúde ou no aniversário do Ame. E agora no final do ano a gente teve o Natal sustentável, então teve a participação de vários colaboradores, a gente pegou os enfeites antigos e transformou-os e, além disso, fizemos os origamis de passarinhos e fizemos a oficina do pinguim de garrafa pet, eram um pinguim de garrafa pet que as meninas fizeram, pintaram. A gente tem Dia das Crianças, atividades com as crianças, Papai Noel. A gente tem alguns colaboradores que cantam, tocam, então na semana do Natal a gente teve a música, eles foram tocando nos ambientes ao longo do atendimento. Na Páscoa sempre a gente faz alguma coisinha, festa junina e a gente faz um café, mas aí é mais ligado aos colaboradores, é bem variado, a gente tem bastante atividade.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

A gente tem dois tipos de manifestação. A gente tem caixinhas de sugestão e reclamação nos dois andares, que aí é uma manifestação totalmente voluntária. A gente faz uma coleta semanal destas manifestações, tabula e aí dependendo se são queixas, a gente trata direto com o gestor da área, analisa e toma medidas pra correção. Se são elogios, a gente faz uma divulgação mensal dos colaboradores elogiados e dos temas, a gente faz uma divulgação interna. E tem uma outra pesquisa de satisfação ao usuário, que é uma pesquisa ativa, então o paciente depois do atendimento, ele é abordado e é questionado se ele gostaria de responder à pesquisa,

não é obrigatório mas há uma abordagem de nossa parte. Então, são perguntas em relação ao atendimento do ambulatório. Essa pesquisa também é tabulada e consolidada. Além disso, a gente também tem o serviço de atendimento ao usuário que faz também a ouvidoria de queixas, então o paciente vai e se manifesta. Tudo que a gente pode resolver na hora a gente tenta resolver e, quando não, a gente faz um registro formal, isso é tratado com o gestor da área e a gente tem um prazo de 5 dias úteis para responder ao paciente e fica armazenado no setor. Estas manifestações todas ficam armazenadas e a forma de coleta é diversa.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Eu acho que organização principalmente. É muita organização em conjunto porque hoje você tem o município, o Estado, a união e é tudo muito quebrado, essa organização, o planejamento.

Sugestões (em aberto)

Eu sou uma apaixonada pela saúde pública e eu sou muito militante no sentido de que eu acho que dá pra fazer e que eu acho que dá pra fazer benfeito. O que eu sinto é isso: que as pessoas com vontade, com organização e planejamento, elas conseguem mudar a realidade da saúde pública no Brasil. Então, hoje a gente tem serviços de muito boa qualidade, só que isso precisava expandir mais, a gente precisa de mais gente querendo fazer em todas as instâncias, desde lá da ponta, atenção básica mais básica até a mais complexa.

Fabiana Martins – coordenadora de atendimento do AME Interlagos

Quero que você fale um pouco do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição AME Interlagos.

Eu me formei em 2000 e desde então eu tenho trabalhado em hospitais, pronto-socorros, tanto da saúde pública quanto da instituição privada e passei por alguns hospitais bem referência, por exemplo, IBCC, trabalhei no Hospital da Cruz Vermelha, que é um hospital de cirurgia plástica, trabalhei num projeto da FATEC, onde nós implantávamos um sistema de informação em prontos-socorros e hospitais públicos. Meu penúltimo emprego foi na AACD e agora estou aqui no AME pelo

instituto de responsabilidade social do Sírio-Libanês, então atuando como gestora na parte de atendimento, um pouquinho de hotelaria, na parte de apoio, manutenção, portaria, toda esta parte de segurança, farmácia, almoxarifado, exames, então todas estas áreas eu tenho passado e vivenciado nestas áreas.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

A humanização vai além do atendimento ao paciente, tá além daquilo de você prestar o melhor atendimento com a melhor técnica, fazendo dentro do que pede a operação, eu acho que realmente você olhar para o paciente com aquele olhar diferenciado, entender que ele precisa desse atendimento, que antes de tudo ele tem uma vida, ele tem suas dificuldades e que ele precisa deste atendimento mais complexo que é questão de você acolher realmente o paciente e você vê que cada caso é um caso, não adianta fala “aqui eu tenho um protocolo e aqui eu faço desta maneira”, cada um tem que estar preparado, cada colaborador tem que entender que cada paciente tem uma história e esta história tem que ser levada em consideração. Então, a partir do momento que você olha pra ele, aquele bom-dia, aquele acolhimento, quando ele precisa de um atendimento diferenciado, de repente, você precisa trazer ele para uma salinha fechada, entender o problema dele e ver que, de repente, tem que fazer um atendimento que foge das regras, pra ele não dá certo o horário da agenda, pra ele não dá certo o dia que tem na agenda, ele depende do transporte, ele depende... Sei lá, ele é deficiente e tudo tem que ser levado em consideração, então esse é um atendimento humanizado.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Com certeza, porque a gente deixa de ter essa visão. Na verdade, hospitalidade é um termo recente, a gente não se preocupava tanto com isso, era um atendimento mais padrão e hospitalidade não estava tão inserida. Então, a gente começa a pensar numa estrutura com pessoas diferenciadas para fazer esta questão, pensar nesta parte da alimentação, hospedagem, entretenimento pro paciente, que é uma coisa que a gente não pensava dele se sentir no ambiente da saúde como se ele estivesse na casa dele, porque tudo isso, estas questões, se ele está alimentado, se ele tem entretenimento, se ele tem uma hospedagem confortável, a recuperação é melhor, vários estudos comprovam que quando o paciente está num ambiente que parece familiar ele tem uma recuperação melhor, tanto que alguns são mandados pra casa para se recuperar e nem ficam no hospital. Eu acho que é uma preocupação que é uma tendência, alguns hospitais já fazem há algum tempo, alguns estão tentando fazer agora, esta preocupação de deixar o paciente mais agradável, levando tudo isso pro paciente.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Eu acho que os mais importantes: primeiro, a OS é fundamental porque ela tem uma nova visão e ao mesmo tempo tem o comprometimento do resultado, a comunidade, porque ela faz esse papel de integrar os serviços com as necessidades dos usuários e eu acho que a parte do governo representado pela secretaria, que é uma parte muito importante, porque toda verba, administração, modelo de gestão vem tudo deles e eles têm que entender qual a estrutura de todo este contexto do município do Estado pra gente poder fazer uma boa gestão. Então, assim, se eu fosse eleger três seriam os mais importantes.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Eu acho que está bem completo, a gente tem a comunidade, a influência da comunidade já está aí, nós temos a secretaria representada pelo governo. A

organização social, a própria OS que faz a gestão faz parte desse grupo, de repente eu acho que faltam eles aí.

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

O colaborador no AME quando ele é contratado, ele faz uma integração, então o RH é responsável por esta integração, onde é colocado o que é fundamental. Na verdade, como o AME atende, quais são as especialidades, é pego um apanhado geral em tudo que é feito de atendimento, entender o contexto que ele vai trabalhar e cada setor vai lá nesse dia e fala o que é importante nesse setor e qual a relação dos setores entre si. Então, nessa hora a gente explica um pouquinho qual é o paciente que a gente tá recendo, qual o objetivo do atendimento do ambulatório, nós temos resolubilidade, nós precisamos alcançar resolubilidade, sempre levando em consideração o diagnóstico do paciente, o estado dele, não é porque eu tenho resolubilidade que ele vai ser atendido e eu vou dar alta se ele não precisa. Então, tudo isso é importante. Na parte do atendimento, como atender este paciente, então esta questão do comportamento, da apresentação pessoal, do acolhimento, do encaminhamento, se eu resolvo, pra quem eu passo, pra quem eu mando, tudo isso a gente passa, cada setor faz o seu. Na minha área eu faço esta parte que é a humanização, que é esse encaminhamento diferenciado. No decorrer do ano também a gente faz as reciclagens, então nós temos um treinamento que vem do instituto, inclusive foi feito em dezembro, e dá o treinamento da parte de humanização: como atender o cliente, faz teatro, algumas dinâmicas com o próprio colaborador para ele poder entender, “se ele chega alguns minutos atrasado, como ele é atendido? Como seria o correto”, então, os próprios funcionários se põem no lugar do cliente para entender estes princípios da humanização.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

O que o AME faz, eu tô aqui há 8 meses e eu peguei algumas ações sendo feitas que eu acho que faz parte do trabalho da comunidade e a humanização. Então a

gente tem uma semana da saúde, onde é feito aferição de pressão, do diabetes, estas coisas feitas pela enfermagem, nós temos nesta semana da saúde, a gente traz o serviço de cabeleireiro, maquiagem, manicure. Esse é só diferenciado para funcionários. O outro da parte da saúde é direcionado para pacientes. A gente, por exemplo, no final do ano, a gente elege um funcionário para ser o Papai Noel e ele sai pelo ambulatório, a gente tem até fotos, foi muito legal. Ele sai pelo ambulatório distribuindo balas para as crianças. Os colaboradores que cantam também tocam piano, flauta, então são algumas ações que ainda podem ser melhoradas, a gente pode fazer algumas outras que faz esta interface, esta união e faz parte da hospitalidade/humanização.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

O serviço de atendimento ao cliente é o responsável pelas pesquisas. Nós temos dois tipos de pesquisa: uma que é feita pela secretaria, e esta pesquisa é uma pesquisa ativa, a gente tem um colaborador só pra isso, ele aborda o paciente aleatoriamente e ele faz todas as perguntas do questionário, isso nós temos uma meta em quantidade para fazer estas pesquisas e mensalmente a gente passa estes dados pra secretaria. Até achava que ficava vago porque a gente tinha pesquisa, mas não analisava os dados, até porque é uma quantidade grande de pesquisa que a gente tem que fazer por mês e não se analisava isto, então o que a gente fez que eu achei bem legal é que a gente começou uma das metas para 10% do repasse foi agora a análise porque eles implantaram o setor de humanização da secretaria e eles entendem que dentro da humanização precisa analisar estas pesquisas, então agora a gente passa a ter um novo formulário que abrange outras questões que eu achei bem mais interessante na área médica e a gente responde, o paciente responde, a gente encaminha pra eles e eles vão acompanhar agora a evolução disso. Por que o paciente reclama da higiene e isso daí tem apresentado várias vezes? Porque o paciente reclama de tal médico? E vai cobrar a ação da unidade. Agora a unidade ela tem a pesquisa de satisfação espontânea que são as caixinhas que ficam no térreo no primeiro andar e o cliente que está insatisfeito ou quer fazer um elogio, ele pega uma

caixinha e fala o que ele acha que deve. Semanalmente o SAU retira, a gente tabula isso, passa pros setores notificados e a gente dá resposta para o paciente em sete dias.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Acho que respeito é fundamental e se os governadores, as pessoas que estão lá em cima respeitassem as pessoas, se colocasse no lugar das pessoas essa parte de humanização já teria há muito tempo. A gente ainda vê muita falta de respeito, não é só verba. Às vezes, a gente vê, quem tá no operacional no dia a dia a gente vê que é tão pouco as vezes que falta. Além da verba que é um problema tanto para o município como pro Estado, mas a gente vê que internamente algumas coisas poderiam ser resolvidas com ações simples e que não é feito e aí ainda pensando na verba e ainda se os governantes tivessem respeito, eles entrariam, eles auditavam, eles verificariam o que é realmente necessário. A gente vê grandes coisas sendo feitas, mas será que é isso que a população precisa? Será que é isso que vai resolver o problema? Então eu acho que falta respeito.

Sugestões (em aberto)

É importante essa entrevista, a gente sabe que você vai levar isso depois, a gente vai ter uma cópia e a intenção é que realmente a gente possa agregar um valor pra quem usa os serviços, então eu fico satisfeítíssima de ter participado.

Comunidade – AME Interlagos
Edewaldo Ribeiro
Oswaldo Feitosa de Araujo

Eu quero que você fale um pouco do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição.

A- *Edewaldo* – Eu represento a comunidade do Grajaú aqui.

B- Meu nome é *Oswaldo*, eu sou do movimento de saúde popular do Hospital Grajaú, além disso, sou da UBS e AMA Parelheiros, participo também na área do transporte, tem uma entidade esportiva que eu também participo e assim a gente vai fazendo uns trabalhos. A minha esposa já participa aqui, é usuária daqui há muitos anos.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

A- Eu acho que a humanização seria personalizar, o pessoal da UBS, Ama e hospitais desse um melhor atendimento ao público, deixa muito a desejar. Eu acho que isso é humanização.

B- É isso, seria estar fazendo a reciclagem dos funcionários, eu gostaria que as unidades básicas de saúde que o pessoal bate no peito que é concursado, que fizesse uma reciclagem com esse pessoal, tem muito funcionário público que é folgado, vai atender na recepção a pessoa de qualquer jeito. A reciclagem com funcionário público seria muito bom.

A- Tem um pessoal de carreira, de 30 anos de carreira, eles se acham um Deus, quando eles pegam o pessoal do conselho que bate de frente com eles, eles baixam um pouco a bola, mas pega estes coitadinhos da periferia aí... Se você for em qualquer hospital você pega o coitadinho da periferia e vê como ele é humilhado. O pessoal da saúde acha que eles estão por cima da carne seca e eu acho que não é por aí.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base

nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

A- Sim. A hospitalidade é ser bem tratado e o ambiente se torna outro, bem agradável.

B- A credibilidade da pessoa que está na ponta para receber. Essa pessoa, se tem uma reclamação, eles ouvem, tem diálogo. Hoje o que falta nas pessoas é o diálogo, união, se comunicar, então a falta da comunicação atrapalha os serviços. Tem que ter esta comunicação no meu pensar. Eu também sou usuário, então a gente vê esta dificuldade. A gente que tem uma participação, todo mundo tem dificuldade, imagina quem não participa. E são convidadas a participar. Vocês têm que abrir a cabeça, participar para mudar. A gente só vai conseguir objetivo nosso se a gente se unir junto, estar conversando. Não importa B ou C, temos que estar junto. Só assim que a gente tem a conquista das coisas.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

A- Eu acho que seria o paciente. Esse é o principal.

B- Se não tiver o médico também não vai ter. Tem que ter o médico e o usuário.

A- Tem que melhorar bastante ainda, tem que unir mais, se tivesse mais união seria melhor.

B- Ter mais conhecimento. Na reunião da Bola Branca, é uma reunião trimestral, então o pessoal abre as portas, então na reunião a gente vai conversando.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

A- Eu não sei. Eu só sei dizer uma coisa, três vezes que eu passei aqui eu fui muito bem atendido tanto pelo pessoal como pelos médicos. Se tem treinamento eu não posso te informar.

B- Como minha esposa se trata aqui direto e eu sempre estou aqui também, dessa parte de treinamento a gente vê que quando leva reclamação aquele funcionário que às vezes é meio... teve problema, eu mesmo tive problema aqui com o setor da farmácia de alto custo, eu tive um problema, mas já foi tratado com a pessoa. Eu fiz essa reclamação com a direção e eles tratam essa questão sim. Eles conversam, mudam de setor. Eu acho que é pra melhorar o serviço, só assim vai melhorar, a gente agradece a participação da gente, é muito gratificante a gente participar das coisas, se a gente não está envolvido não acontece nada. É com muita batalha. Nós estamos sempre junto, é no transporte, é na secretaria, na supervisão técnica de saúde, este grupo está sempre atuante. Esse grupo precisava crescer mais, mas ele não cresce por falta de união. Uns falam que é política que nada vai resolver.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital? Não temos essa informação.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil. União

Dra. Solange Lamon – HMI

Eu quero que você fale um pouquinho do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição.

Eu trabalho no núcleo ambulatorial do hospital maternidade Interlagos, o ambulatório passa a ser Maternidade Interlagos no ano 2000, anteriormente ele era núcleo de gestão assistencial e anteriormente ele foi um posto de atendimento médico. Em 2000, ele passou ser responsabilidade da maternidade e foi a partir daí que eu

conheci a equipe da maternidade até o momento. Eu sou psicóloga, não sou médica. Eu trabalhava como psicóloga no antigo núcleo de gestão assistencial. Quando nós começamos trabalhar juntos, tanto maternidade como ambulatório que eu passei a conhecer as equipes, eu comecei a trabalhar com as questões de aleitamento materno, comecei a conhecer as pessoas e comecei a trabalhar como assistente técnica, fiquei um ano como assistente técnica, depois como diretora técnica e hoje eu sou gestora técnica de saúde II, que é a gerência do ambulatório, já estou há 8 anos nesse cargo. Neste período, o ambulatório foi sofrendo transformações e ainda está em transformações. Ele era um posto de atendimento do INAMPS muito específico, passou do federal para o Estado, isso foi uma grande mudança. Nós ainda temos profissionais federais que trabalham conosco. E a população ainda nos conhece como posto, aquele posto de especialidades e nós ficamos por muito tempo ainda com especialidades dentro da unidade, então apesar de sermos um núcleo ambulatorial eu ainda tenho um gastro que é um funcionário federal que trabalha com a gente. Tivemos cardio... Que foram paulatinamente aposentando e nós fomos ganhando muito mais a cara da maternidade. Hoje a nossa grande maioria de atendimento é de ambulatório, nós atendemos alto risco, nós somos referência de alto risco da região de Capela do Socorro, Grajaú e Parelheiros. Todas as unidades básicas encaminham estes casos pra nós. Nós temos mastologia, temos ginecologia, mas nesta área nós temos os acompanhamentos, cirurgia de alta frequência, planejamento familiar, a gente faz vasectomia, somos referência também das unidades UBS. Nós estamos nos tornando uma unidade prestadora pras unidades básicas dessa região e pra coordenadoria de Santo Amaro. Meu trabalho é de gerência, é o trabalho administrativo, de planejamento junto às equipes médicas, enfermagem. Nós temos odontologia pra gestantes, então o meu trabalho é de gerência do ambulatório.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Eu acho que passa pelo acolhimento, passa pela resolubilidade do que o paciente procura dentro da unidade, que ele tem acesso, pensando no usuário, que o atendimento dele seja efetivo, que ele tenha acesso aos exames. Passa por a gente ter funcionários que sejam envolvidos com a tarefa. Acho que humanização tem um pouco a ver com as mudanças que têm ocorrido. A gente trabalhar cada vez mais junto com os colaboradores, junto com o nosso usuário porque a maternidade tem um conselho gestor. Eu faço parte do conselho gestor da Capela do Socorro como representante da unidade. Então passa por isso da gente conhecer a nossa região. Então humanizar passa pela participação do funcionário, por você na gestão. Passa por tudo isso. É um caminho complicado.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade. (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Sim. Eu acho que o local de atendimento, isso já faz um bom tempo que vem mudando, acho que tem que ser um lugar em que o usuário se sinta bem. Ele vem à procura na maternidade e no ambulatório atualmente, nós temos a grande maioria de gestante; então em busca do conforto enquanto ele espera atendimento, de que ele seja bem recebido, de que ele seja reconhecido, de que ele seja ouvido, de que o ambiente seja agradável, que ele tenha informações em vários locais. Eu percebo que ele gosta de ler várias coisas que a gente coloca de informações e isso leva a fazer perguntas e a buscar serviços. Por exemplo, vou te dar um exemplo, no dia do funcionário público a maternidade fez uma atividade com um grupo que são palhaços e eles foram homenagear os funcionários, e foi muito interessante que na primeira vez foi uma homenagem no Dia das Mulheres, mas o quanto o usuário participou, os bebês e como eles incluíram as pessoas numa atividade que primeiro era dia das mulheres, então era pra todas mesmo; mas o segundo que era pro funcionário, o usuário estava

lá porque eles foram para a recepção, então aqui aconteceu da mesma forma, então todos os pacientes foram participar, as crianças e deram opiniões e cantaram juntos. Então eu acho que estas atividades são legais quando a gente consegue inserir, quando tem grupos, isso é muito legal porque a gente traz o usuário pra um ambiente que ele sente muito mais dele quando se consegue fazer isso. E um ambiente que a gente busca que seja o mais gostoso possível. Agora o nosso ambiente é muito mais claro, muito mais limpo em termos de informações que tinham anteriormente. A equipe procura ter o cuidado das cadeiras estarem sempre em ordem, do prédio estar sempre em ordem, limpo, busca isso com a maior rapidez possível. E as pessoas comentam, o usuário comenta quando ele entra e ele percebe isso e quando ele percebe alguma coisa que saiu fora do que ele conhece ele também vai lá e conta comigo, vai na nossa sala e fala: “tá sujo, o banheiro está com problema, faltou papel”, então ele também participa, então é muito importante. São ações de pertencimento tanto para o atendimento quanto para quem está lá dentro.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Eu acho que é a comunidade, acho a nossa região muito participativa. Acho que tem o governo à medida que ele dá algumas diretrizes para que esta instituição funcione de determinadas maneiras e a comunidade que vai estar opinando sobre isso e os colaboradores que vão dar a cara para este serviço.

Eu acho que tanto o hospital quanto o ambulatório tem uma história na região. O hospital, porque veio da comunidade, ele nasceu da comunidade, então isso é fundamental, ele tem uma importância, ele tem uma história dentro desta região. É diferente do Hospital Grajaú, que também tem uma história, eu acho que esta região é muito atuante, ele foi construído ali por um governo que sentiu a necessidade da comunidade e a comunidade pressionando fez com que este hospital existisse. Aqui não, a comunidade por diversas razões, por suas crenças, por coisas que eles acreditaram eles fizeram este hospital surgir, então eu acho que isso criou para este

hospital uma responsabilidade, um peso afetivo pra comunidade e da importância mesmo de ser a única maternidade da região. O ambulatório também, as pessoas têm uma relação afetiva porque foi uma igreja, porque casaram lá, porque contam estas histórias, porque por muito tempo passaram os especialistas e por muito tempo teve uma importância na área da saúde pra eles, aí diferentemente porque era um ambulatório de especialidades que eles perderam, por isso que eu falei que esta ligação afetiva é tão forte que até hoje eles nos chamam pelo primeiro nome e não pelo nome atual. A comunidade está sempre muito exigente, sempre cobrando melhorias, trazendo ideias, tanto pra um como pra outro. O governo foi dando essa nova forma pra estes dois locais do hospital com os programas, com as diretrizes que nos são colocadas pra atuação. E eu acho que os nossos colaboradores vivenciaram as duas coisas, se você conversar com funcionários, eles vão trazer esta história e de lá também vão trazer esta história de funcionários que estão lá desde o início, que tem toda esta ligação e os daqui também, então isso também foi dando uma cara diferente para a instituição. E os outros elementos que você colocou tem um peso menor, mas estes três pontos são fundamentais para a nossa instituição.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

Agora nós estamos num outro momento, eu acho que se a gente pensar que esse processo começou há um tempo atrás, mas a gente não falava dessa forma que nós vamos começar a falar agora. Mas na época do Ministério da Saúde, quando começou o PNH, o hospital sempre participou com os representantes e aí eu acho que isso aparecia não com este discurso, como eu acho que nós vamos conversar agora, mudou muito, ampliou, eu acho que agora traz uma coisa de gestão humanizada, então ampliou muito. Na época acho que os nossos grupos, as nossas ações com aleitamentos, estes treinamentos é que foram trazendo o discurso da humanização, o

acolhimento. Então num primeiro momento acho que foi isso. Agora eu acho que está se reestruturando e vai ter um segundo momento. Vai ter avaliação de risco que vamos começar esta discussão, tem a questão de trabalhar com as redes que eu acho, aqui eu não sei, mas lá eu trabalho mais com a rede do que com o hospital. Ainda é difícil para o colaborador entender essa nova dinâmica, então todas as vezes que a gente começa a conversar... Hoje a coisa é muito mais ampla do que era antes. Hoje a gente trabalha com a prefeitura, trabalha com bairro lá do outro lado, são várias pessoas que estão entrando em contato com a gente, nem todo colaborador consegue compreender isso, então pra eles eu acho que ainda é um pouco difícil porque a conversa maior que a gente tem é na relação com atendimento. O acolhimento tem sido a questão que a gente mais conversa, então na recepção tivemos um curso há pouco tempo, que participaram, que gostaram e que esse assunto sempre tem que ser retomado porque a porta é sempre nosso grande problema, eles gostaram, mas é difícil viabilizar no dia a dia. Então eu acho que agora que **tem** o centro integrado eles estão pensando em novos treinamentos. Anteriormente foram as ações que te citei, agora a gente tem focado no atendimento e vai ter um novo momento que a gente vai focar agora no trabalho com as redes, estas novas coisas que o hospital tá incorporando. É difícil, não é fácil, existe muita resistência, mas é natural. É muita coisa nova.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Aqui no hospital estas informações ficam mais comigo. Eu acredito que as pesquisas fiquem armazenadas com os responsáveis e nós recebemos os arquivos porque normalmente ela faz toda compilação, manda pra gente e depois traz as estatísticas para discutir com a equipe. É o que a gente mais utiliza: “conte comigo”.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Eu acho que paixão pela saúde e paixão pelo SUS porque eu acredito no SUS. Acho que as pessoas não têm mais paixão. Elas têm objetivo econômico, o que vai ser

mais perto, o que vai ser mais fácil, mas não têm mais paixão como talvez os antigos profissionais tinham pela saúde.

Sugestões (em aberto)

Lurdes Lopes y Lopes – assistente da DIREX e Ouvidora HMI

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

A humanização nos serviços de saúde pra mim é a plena consciência de todos, tanto usuários como funcionários, da sua disponibilidade de prestar um bom serviço, um atendimento com qualidade, com responsabilidade, com amor, com a consciência do seu papel de funcionário junto ao usuário, ao cliente, ao paciente.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Sim. Pra mim hospitalidade é um termo novo que eu vim conhecer agora. A gente conhece outros termos como hospedagem na administração hospitalar. A hospitalidade eu vi como um enfoque humanitário nos serviços de hospedagem, você tem um enfoque mais voltado ao paciente, aprofundando as relações com o paciente, possibilitando ao paciente ficar mais à vontade, ter junto dele alguma coisa lúdica, fazer alguma coisa pra que ele possa se sentir mais à vontade ao receber os serviços de hospedagem.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Na área de saúde o entregar, o doar é o principal. Não se faz nada na área de saúde sem a doação. Prestar um serviço de saúde em que nível que seja tanto na parte

operacional, em qualquer parte, nada pode ser feito sem a doação. Trabalhar na área da saúde é uma escolha muito consciente que todos deveriam ter desde os médicos, enfermagem, os serviços de hospedagem, todos os serviços, a segurança, todos. O paciente é frágil, você tem que dar a ele todo seu amor, toda sua atenção e a doação na área da saúde é o principal, você tem que ter este perfil de doação, este perfil de amor ao próximo, de se colocar no lugar do próximo.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Os colaboradores seriam importantíssimos; o cliente importantíssimo porque sem eles nós não temos a quem prestar o nosso trabalho, o governo é o nosso gestor, ele que nos dá respaldo, embasamento tanto financeiro como de recursos humanos, de materiais, medicamentos para que a gente possa prestar um bom serviço ao usuário. Esses seriam pra mim os mais importantes.

Nós somos um hospital da rede pública, tem toda uma característica diferente e não porque nós somos prestadores de serviços de saúde, então, para nós, o nosso cliente nos tem como uma importância suprema, porque são clientes que não têm outras opções de atendimento e que veem no nosso serviço única saída pra vir fazer alguma consulta, ter o seu bebê. Eu tenho a impressão que para os nossos clientes a instituição é de suprema importância, porque nós somos uma instituição pública e nós temos um papel social importantíssimo na sociedade.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

Nós tínhamos anteriormente uma comissão de humanização que se reunia e implantava as ações de humanização e checava se as ações de humanização estavam sendo realizadas. A partir do ano passado se implantou a política nacional de humanização na esfera estadual e aí com isso existe toda uma legislação e esta legislação contempla em cada instituição o centro integrado de humanização. Este centro integrado de humanização ele é formado de três a quatro funcionários conforme o tamanho da instituição, com dedicação exclusiva em cumprimento e elaboração das ações de humanização. O cumprimento das ações já existentes e o planejamento das novas ações, conforme as necessidades forem sendo apontadas.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Nós temos algumas apresentações que se fazem através de parceiros da comunidade, então eles fazem apresentações de dança, nós às vezes trazemos alguns grupos que não são doutores da alegria, mas que vem fazer algumas apresentações sobre lavagem de mãos para os nossos funcionários. E esse grupo que colabora com a gente, que chama Novidade de Vida, é uma ONG focada para a prestação de serviços comunitários. Nós temos pacientes que fazem artesanato, que ficam aqui dois, três meses, pacientes que aguardam a chegada do seu bebê. As outras que têm o bebê também acabam ficando aqui com o bebezinho por um tempo porque são bebês prematuros e as mães vêm diariamente aqui. Então, elas fazem artesanato, divulgam a questão da leitura, essas são algumas ações que a gente tem para os nossos funcionários e para os nossos pacientes com relação à recreação.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Nós já tínhamos alguma coisa anteriormente com relação aos projetos de satisfação, porém o governo do Estado implantou um programa que se chama “Conte Comigo”, esse programa ele contempla todas as opiniões dos usuários em relações aos serviços prestados na área de todas as instituições. Aqui dentro da maternidade nós temos um setor de “Conte Comigo”, com funcionários que aplicam as pesquisas

de opinião. Além disso, nós temos umas caixinhas de opiniões, sugestões espalhadas em toda instituição para que ele possa voluntariamente estar colocando ali a sua pesquisa de opinião. Então estas pesquisas são tabuladas, encaminhadas para os setores, respondidas pelos responsáveis da queixa ou da sugestão. Mensalmente nós fazemos uma reunião onde chamamos todos os setores pra que a gente possa discutir qual o nível de reclamações e sugestões.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

O respeito ao ser humano e a conscientização do seu papel no desempenho da sua função.

Sugestões (em aberto)

Eu acho interessante este enfoque na questão da humanização e da hospitalidade, porque é um enfoque novo e a humanização é uma coisa que tem que ser muitíssimo respeitada e aplicada, porque nós hoje somos funcionários e brevemente podemos ser pacientes. Se a gente tivesse essa consciência, aí teríamos muito menos desrespeito à saúde pública.

Egle de Jardim Okazaki – enfermeira obstetriz , responsável pela comissão de ensino do HMI

Eu quero que você fale um pouco do seu histórico tanto na área de saúde quanto nesta instituição.

Eu sou enfermeira, eu sou obstetriz, ou seja, enfermeira obstetra. Eu atuo aqui desde 1997. Eu entrei aqui mais ou menos em maio de 1997, um mês depois trocou toda a diretoria e eu fui convidada para ser diretora de enfermagem. Uma das coisas que me chamou muita atenção aqui no hospital foi que no centro obstétrico não tinha

enfermeiras obstetras acompanhando as gestantes em trabalho de parto, aí eu solicitei pra diretora na época e a diretora prontamente aceitou, foi muito difícil conseguir um pessoal porque a maternidade é longe, o salário do Estado não é aquele salário adequado, então o pessoal relutava muito, tinha muito parto, e eu consegui com que viessem 14 enfermeiras obstetras e até hoje tem enfermeira, talvez não tenha esse tanto, muitas saíram depois teve concurso e elas participaram do concurso e aí nós conseguimos compor uma equipe de centro obstétrico, de sala de pré-parto e sala de parto. Atualmente eu sou responsável por todos os campos de estágio da maternidade, então as escolas que solicitam estágio de graduação e de enfermagem nível técnico solicitam para a maternidade, eu recebo estes pedidos, nós fazemos uma reunião anual e aí com a diretoria a gente senta para analisar e conceder estes campos ou não. A gente tem em vista as normas do Ministério da Saúde e do Secretário de Estado da Saúde para compor o número máximo de alunos por período, pensando no número de pacientes também porque a gente não pode comprometer o funcionamento da unidade. Fora isso eu cuido de toda parte burocrática deste estágio, das normas, resoluções, termo de consentimento. E aí eu tenho uma atuação no ambulatório, faço uma triagem de pré-natal de alto risco, temos também um grupo de adolescentes, multiplicadores adolescentes, já treinamos 250 escolas da região dos adolescentes para que eles passem tudo sobre DST e sobre um planejamento familiar. No ano passado nós conseguimos fazer uma capacitação dos profissionais de saúde da supervisão de saúde de Santo Amaro e Cidade Ademar para que eles implantem em suas unidades essa mesma atividade com os adolescentes.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

Então, humanização pra mim, desde que eu me formei, eu me formei em 1969 e não se falava em humanização. Eu acho que é intrínseco do ser humano o ser humano, faz parte dele, de ter compaixão pelos outros, principalmente pelos mais necessitados e principalmente pelos doentes, os doentes estão no hospital e precisam ser cuidados com humanidade, mas parece que o mundo cresceu e esqueceu da dor do próximo. Então precisa se falar em humanização, precisa se treinar as pessoas para

serem mais humanas e educadas. A humanização começa também na educação, não só naquilo que você tem intimamente ligado a você, de ter uma compaixão pelo próximo, mas ao mesmo tempo ter educação em falar e se relacionar, então eu acho que ela compreende isso tudo, educação e compaixão, mas que não precisaria ser ensinado.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

Sem dúvida nenhuma e principalmente começa na porta de entrada. Sabendo receber, o receber é muito importante e ao mesmo tempo informar. Porque não adianta só uma pessoa receber e ela não estar capacitada pra informar ao usuário o que ele deve fazer, onde se dirigir, então eu acho que isso realmente, estas palavras que você falou são termos inerentes a isso, é importante.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

Um atendimento humanizado é um atendimento digno, respeitoso, com capacidade, com conhecimento e, principalmente, respeito, cuidado e amor.

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

Eu acho que todos eles juntos, mesmo o usuário, ele não só recebe como ele também fornece, não adianta ele chegar agressivo que isso não vai resolver o problema dele. O usuário também tem que ser respeitoso com o profissional. Aqui eu acho que faltam os gestores, isso é muito importante, tem que ter um exemplo.

Usuário é o mais importante, sem ele não existiria o hospital.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

Nós temos muito treinamento, muito! De todas as formas! Treinamento de humanização em aleitamento materno. Quando nós temos um protocolo de atendimento, de cuidado, sempre é colocado a humanização, nunca se deixou de contemplar a humanização em cada curso, em cada fórum, em cada encontro, em cada semana da enfermagem. Sempre tem palestra de humanização, não só técnica como também pessoas que vêm de fora que são convidadas para falar de humanização.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Estas manifestações são mais fornecidas pelos voluntários. Então, as voluntárias trabalham com isso quando a paciente fica mais tempo internada, dela poder fazer alguma atividade manual, então a inserção do voluntário é muito importante.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

Fica no “Conte comigo”, lá tem as opiniões e é fornecido a cada setor aquela que lhe compete com resposta para conhecimento de elogio ou crítica.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

Comprometimento. É uma das.

Sugestões (em aberto)

Eu acho que nós estamos engatinhando. Já esteve muito melhor. O crescimento populacional parece que fez com que tudo crescesse desordenadamente.

No crescimento da população tudo parece que desordenou, inclusive a saúde pública. Teve um momento enorme da tecnologia que na saúde pública, você não consegue contemplar. Mas não é só de equipamento que a gente precisa, nós precisamos de pessoas que tenham competência, comprometimento de informar a população e muitas vezes elas é informada sem nenhum aparato tecnológico, nós vamos conseguir prevenir muitas doenças. E o que eu sinto é que a população está cansada, ela não quer receber informação, ela quer atendimento, uma pílula, um comprimido que resolva o seu problema e até logo. E ao mesmo tempo o profissional que atende, também, ele está exausto porque é tanta gente que ele atende e ele já não tem mais ânimo de ficar ensinando, então eu não sei, isso vai demorar um pouco para as coisas entrarem no eixo e tomar um caminho de ter um comprometimento e um atendimento melhor.

Voluntárias – HMI

- Eu sou *Neuza Aparecida Roque*, sou coordenadora, eu tô na maternidade há sete anos como coordenadora só há dois anos dos voluntários.

- Meu nome é *Rita de Cássia Avelar Nascimento*, eu sou voluntária já tem uns 5 meses que estou aqui e é um trabalho maravilhoso. Nós temos contato direto com as mães.

- Meu nome é *Yukiko Nakano Muller*, entrei junto com a Rita, então nós estamos aqui há mais ou menos 5, 6 meses, estamos começando ainda a nos integrar ao sistema, estamos adorando, principalmente o objetivo com relação às pacientes. Que seja muito proveitoso pra nós.

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

- No meu entendimento eu acho que a gente tem que dar mais atenção do que os médicos não podem dar, tem que dar muita atenção pra mães, ajudar no que é possível lá em cima, nos quartos, às vezes, também no pré-parto que a gente pode dar uma força. Eu não sei, humanização é isso. Acho que é isso aí. Não é chegar. Que

nem, aqui a gente está aqui, trata todo mundo muito bem, a faxineira, o cozinheiro, a doutora, todo mundo a gente trata igual, a gente dá esta força pra elas.

- Quando eu vi o anúncio no jornal dizendo que estava precisando de voluntários, o que mais me tocou e é o que eu desejo também é esta parte de estar com elas passando positivo, estar ali acolhendo de certa forma, dando todo o apoio necessário pra elas, passando este sentimento de carinho realmente, porque às vezes a gente depara com a mãe que está sozinha ali, não tem parente, não tem ninguém. É o momento que a gente entra pra poder fazer um papel de levar carinho realmente, de mostrar pra ela que ela não está sozinha. É uma coisa muito interessante porque neste hospital nós fomos muito bem acolhidas. Eu fui muito bem acolhida e a gente sente que a gente pode fazer isso, dá essa abertura de chegar perto das mães e passar este calor que eu propus a fazer, chegar aqui e passar isso.

- Eu particularmente fico muito feliz em ter este trabalho nessa parte de humanização, porque a paciente não é um robô que quebrou e vai na oficina pra consertar, acima de tudo são seres humanos. O doente acima de tudo já está naquela área de carência, então é um medicamento, uma operação que vai produzir um efeito positivo nele. Então, esse cuidado no desenvolver esta parte eu acho de extrema importância.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

- Sim, com certeza. A gente chega num hospital, se a gente não é bem tratada, sei lá, as pessoas ficam mais doentes ainda. Às vezes acontece isso aqui, a mãe chega, ela quer ser internada e o doutor explicou pra ela que ela não tinha dilatação e era pra ela ir embora e voltar no outro dia, mas mesmo assim foi a maior confusão. Eu não sei se em todos os hospitais que acontece isso. Eu tive no M'Boi Mirim, um hospital

enorme foi inaugurado, é um hospital bom, mas para tratar as pessoas que chegam lá, eu sou assistente social, eu trabalho aqui como voluntária e eu vejo como a gente trata aqui as pessoas e eles não tratam a gente bem lá. Eu fiquei traumatizada, eu fui pra outro lugar porque eu tenho diabetes e tem gente que aquilo ali marca pras pessoas.

- Eu já tive experiência que no momento que eu precisei, mas devido à função da enfermeira de cuidar de várias pessoas eu senti necessidade de ter alguém ali perto pra acolher, então nós aqui, eu acho que nós aprendemos muito, a cada ida lá em cima, com cada mãe, a gente aprende que elas precisam de carinho, de atenção e também de informação e aí nós aprendemos também e nós vamos aprender a passar com mais naturalidade e com base.

- A gente sabe dos obstáculos grandes que há porque tem os dois lados: o paciente que vai querer ser bem recebido, ter o ambiente ideal, mas também a gente tem que ver o lado do hospital, do atendimento porque tem pacientes que são exigentes, que não entendem e nós percebemos que esta interação, este mecanismo deve ser muito bem trabalhado, muito bem desenvolvido porque eu entendo que o lado dos pacientes e os familiares dos pacientes também às vezes acabam trazendo o lado negativo pra este processo.

- A gente sobe lá e os quartos estão vazios e cheios de mãe aqui e aí eu me perguntei e fui falar com o médico “Por quê?”, acontece que o berçário está cheio, então não adianta internar essa mamãe, na hora que ela tem o bebê, o bebê dela nasce com problema, eu vou tirar um para pôr o dela e o outro como que faz? Então tem mães que não entendem. “ah, mas o hospital tá vazio, não está internando ninguém”; “mas o hospital tá cheio de criança internada”, porque as mães têm os bebês e a criança fica internada até por três meses, não tem onde internar e é aí que eles encaminham pra outro hospital e a família não entende isso. Acontece muito disso aqui também.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

- Tem algumas enfermeiras aí que tratam com bastante humanização as pessoas, agora tem outras que não, mas a gente não pode falar nada, a gente fica... mas eu já reparei isso. Tem umas que vem e nossa vai buscar as coisas, já tem outras... Podia ter curso de humanização.

- Eu acho que vai além, não é daquela parte da rotina e faz aquilo mecanizado. A partir do momento que você abre a sua visão e começa ver de uma outra forma o trabalho flui porque você põe pra fora aquele sentimento bom. Aquele sentimento aquela pessoa vai receber e ela vai também passar pra você. Quando a gente passa essa coisa boa, uma alegria, uma esperança, aquele envolvimento sadio, rapidamente a pessoa capta aquilo e ela põe pra fora. Porque às vezes chega e a mãezinha está tão fechada...

- Tá tímida, elas não querem conversar.

- E é nesse momento que a gente dá abertura para que ela possa se abrir também porque ela tá envolta dos problemas, com as suas dificuldades, a enfermeira, o profissional também está, então são os dois lados que muitas vezes a gente não consegue enxergar.

- É verdade.

- Aí, a partir do momento que a gente consegue enxergar, as coisas vão fluindo, porque a gente libera o sentimento e elas começam também a liberar o sentimento.

- Eu vejo que elas estão focando o lado do voluntariado, eu já quero ver assim como um todo porque esta questão da humanização hospitalar é muito aquém, já começa na formação do profissional. Tem muitos seres que são profissionalmente, intelectualmente bastante capacitados, mas que têm o lado que é o mais importante como o ser. Então é o ser que opta por aquela profissão por amor, executa o seu trabalho com humanidade já de uma forma natural, porque já tem dentro dele; enquanto tem muitos que fazem um curso, se formam e aquele é o meu trabalho, então vem aqui e não consegue separar o seu lado profissional. Esse lado outro, humanitário, eu acredito que a gente não consiga no banco acadêmico, é uma coisa de formação já do próprio ser e isso influi na educação de base. Por isso que eu digo que este trabalho, esse desenvolvimento vai ser assim longo pra chegar naquele ideal, porque todo profissional que atua naquilo que gosta ele engloba todo lado profissional e humano, então você percebe que completa e muitos profissionais, não só nessa área, mas em outras áreas, você percebe que por status ou por falta de outra opção, por isso que fica essa parte humanitária defasada.

- Até na parte de voluntariado é interessante a gente focar, por exemplo, uma pessoa “ah, vou ser voluntária”, mas será que ela está preparada para ser voluntária? Não só para preencher o seu tempo. E chega aqui e se depara com uma outra realidade. Será que ela tem condições?

- Por isso que muitas não ficam.

- Não ficam. Se vê diante de uma responsabilidade que é muito grande. Porque muitas pessoas acham que voluntário é ceder um horário e acabou, mas é algo maior que envolve, de chegar com o coração aberto, de estar pronto pra qualquer dificuldade, de falar “puxa, eu quero estar ali”.

- Eu não sei, o meu jeito é assim, eu tô chegando lá no PS e vejo uma mamãe chorando, eu já nem venho pra cá, eu falo com ela “o que foi? Tem que ter calma”, eu venho aqui, ponho o avental e vou ver se ela já entrou, se ela entrou eu não posso entrar. Não posso entrar. Daí eu vejo se passou, eu me preocupo quando eu vejo se tem uma mãe chorando. Isso é humanização? Eu não sei. Muita coisa eu já fiz aqui, de ver essa situação e ir lá. Porque os médicos não conversam com você. Até enfermeira fala. Mas depois que a mamãe sai eu vou atrás. Tem enfermeira que é legal, “conversa com ela porque ela tá nervosa”, agora tem umas enfermeiras que não “agora não, porque ela vai fazer exame, não pode”. O que você vai fazer?

Segundo Freeman (1984), *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

- A mídia não aparece, só quando alguém chama.

- Família tá junto com paciente/cliente.

- A mídia só aparece quando alguém faz alguma denúncia, aí aparece todo mundo aí.

- Por exemplo, investidores, no caso aqui o governo para poder manter tudo isso.

- Os pacientes, sem eles, também não tem como existir.

- Não tem muito tempo os voluntários. Eu lembro que eu sempre trabalhei como voluntária e há uns 15 anos atrás as pessoas nem sabiam o que significava ser

voluntário. Achavam que a gente recebia e a gente passava informação pras pessoas que estavam sendo assistidas. E hoje tem curso que eu fiz aqui em São Paulo de voluntário, eu tenho até um certificado, lá ensina um monte de coisa, a importância, o que fazer, porque você escolheu ser, a sua responsabilidade, então a gente começa a ter uma visão. Esse curso é muito importante como outros que vão ter de amamentação. Isso é muito importante porque a gente olha a mãezinha ali e a gente quer ajudar e é importante.

- O curso de doula que a gente vai no pré-parto. Nós fizemos um curso aqui, mas agora foi proibido, a gente não pode mais subir. Antes tinham algumas voluntárias ajudando no parto e não pode mesmo. Agora não sei, preciso ver, entrar na internet e procurar. Diz que foi lá no Rio de Janeiro que apareceu e não pode.

- Falta muita coisa aqui. Tipo condução para as mães que estão com os bebês internados, eu acho uma coisa simples isso e nós que damos dinheiro para elas irem embora e virem. Por quê? Porque elas pedem lá. A secretária pede lá para um lugar e não mandam. A gente acaba dando. E é coisa simples. Copo, o pessoal pede, falta copo, a gente tem aqui porque a gente compra. O governo não manda, não tem. Roupinha a gente fornece bastante roupinha de bebê pro berçário. Os bebês estão sempre sem roupinha no berçário.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Como o colaborador recebe o treinamento sob os preceitos da humanização?

- Eu acho que ainda é novo porque a nossa assistente social que está aqui no hospital desde a inauguração, acho que faz 17 anos, ela estava aqui nesse período e agora que ela foi trabalhar sobre humanização. Ela falou pra nós.

- Eu acho que quem tá trazendo é esta nova gestão.

- É verdade. Isso é muito importante. Na última reunião foi falado da importância do voluntariado, porque eles já percebem que o trabalho é muito grande da parte de assistência ao paciente e precisam ter outros para suprir o que eles não conseguem. A direção passa pra nós a responsabilidade de estar acolhendo estas mães.

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

- Não tem muito, tem só da igreja Novidade de Vida. Toda segunda-feira vêm os voluntários, onde as mães ficam internadas, no semi-intensivo, então elas ficam ali ansiosas sem ter o que fazer e elas vêm toda segunda-feira e dão aula de artesanato, fazem florzinha, bijuteria, toalhinha, borda. Agora nós estamos pensando no Dia Internacional da Mulher, dia 8, Dia das Mães tudo ganha presentes e a gente coloca as faixas, Dia do Médico, Dia da Criança, aniversário do hospital, só para os pais que a gente não faz nada porque nunca os pais estão aí. Esse ano o primeiro bebê que nasceu era meia-noite e três, era uma menina e a gente chega aqui e dá no dia de Natal, no dia de Ano-Novo. É isso que a gente costuma fazer.

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

- Tem um papel que elas preenchem, daí eles dão a opinião deles, dá para a secretária. Diz que a secretária põe no computador e manda para a Secretaria da Saúde, agora a gente não sabe se vai mesmo ou se fica por aqui mesmo, porque tem reclamação boa e tem reclamação que detona. Tem gente aí nervoso: “ah, eu quero fazer uma reclamação”, e faz.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

- Respeito. Respeito àquele ser que chega sofrido, precisando de apoio. Muitas vezes a pessoa chega e não dá o que ela precisa. Não só a parte material, mas apoio ao que é necessário.

- Eu tiro pelo dia que eu fui no hospital, eu falei pra moça: “eu preciso passar no médico, moça” “mas você não vê que tem gente pior do que a senhora” e realmente eu fiquei pensando... eu falei: “meu Deus, acho que eu tô reclamando

demais, acho que eu vou pra outro lugar”. E eu acabei nem indo pra outro lugar. Meu marido como é mais ignorante queria brigar já. É respeito.

- Autoconhecimento, porque a gente tá falando da instituição governamental, mas em hospitais particulares, de porte bom e que em certos momentos fica incomum, isso independe da classe social. É claro que onde se atende uma classe social mais baixa, esse trabalho é muito mais delicado, porque muitas vezes estas pessoas, até por ignorância, se unem e vão atrás dos seus direitos sem entender que não cumpriram o seu dever e, o direito, ele é atrelado. No futuro quando as pessoas se conhecerem realmente e forem honestas consigo mesmas aí vai diminuir esta carga de exigência. É muita gente exigindo muito do governo e, o pouco que o governo dá, ele não dá valor. Eu acho que pras coisas funcionarem tem que ter base. Enquanto a nossa cultura for do jeitinho, tirar vantagem... isso dentro do hospital tem. Tem pessoas que têm vergonha de receber o seguro-desemprego, elas falam que querem trabalho. Já algumas pessoas arrumam outro emprego e não querem ser registradas para ganhar o seguro.

- Sabe aquele bebê que estava internado há um ano e dois meses? Ficou sabendo que ele morreu? Você viu a reportagem que saiu na televisão? Por causa do aparelho, a Secretaria da Saúde não conseguia dar aparelho para todos os bebês. Morreu a Manuela. Então, você vê, por que vão morrendo as crianças que necessitam desse respirador? Tem dinheiro aí...

- Por isso que eu falo que é o autoconhecimento honesto, é isso que vai fazer a mudança de hábito. Pra mudar essa cultura do jeitinho, do aproveitar, vai tempo. Eu sou voluntária numa casa religiosa, espírita e a gente cadastra famílias carentes, registra e visita para ver a real necessidade, a gente dá por três, quatro meses uma cesta básica composta por 11 itens essenciais e aí a gente fica sabendo que uma família se cadastra em várias casas e a nossa casa tem que ter uma frequência, porque o intuito não é dar uma cesta básica e sim o evangelho. Aí a gente fica sabendo de famílias que vão em várias casas e no final do mês tem 5 cestas básicas e proveem a família com duas cestas básicas e vendem as outras três. Então, o que tá errado aí? Se você vê pelo lado da humanização, nós fazemos o cadastramento para dar uma alavancada naquela família, prover até ela se estabilizar, mas acomoda e não vai.

- Você vê esse Bolsa Família aí? Muita gente que está no Bolsa Família não precisa desse dinheiro. Eu sei porque eu fazia ficha. Era complicado. E o programa do leite? Aquele Leve Leite. Uma vez nós chegamos num lugar onde era uma sorveteria e o homem pegava leite pra fazer sorvete. As pessoas na fila do Leve Leite de celular, num belo de um carro, perai... aí nós falamos pra dona da instituição “mas ela tem carro, celular” “mas agora não tem como tirar ela”, mas se eu melhorei de vida, coloca outra pessoa, é assim que deveria acontecer.

Sugestões (em aberto)

- Eu acho que a gente tá caminhando, graças a Deus, não é muito divulgado, mas a gente sabe que não está parado, muita gente trabalhando em prol. Aqui você trouxe algo novo pra nós. Um curso que a gente faz.

- A gente tá aprendendo muita coisa.

- No meu caso, o que eu estou aprendendo eu passo para os meus filhos, isso é base, como eu aprendi há 60 anos, ela era voluntária e passou isso pra gente e isso fixou. É essa mudança que tem que ser feita, vai demorar? Vai. Mas o negócio não está parado como muitos pensam, tá agindo sim e isso aos pouquinhos irá mudar e a gente vai começar a aprender a ver com outros olhos e não ser tão taxativo em relação a muitas coisas da vida. Eu particularmente adoro fazer este trabalho e sinto que estou aprendendo. A cada terça-feira que eu venho aqui eu saio com algo novo. Esse é um trabalho de formiguinha, mas é necessário, as pessoas não vão mudar de uma hora pra outra, mas não pode parar nunca, eu acredito nisso.

Usuários – HMI

Iremilda de Freita Barbosa – mãe/ paciente

Zeze S. Da Silva - cônjuge e acompanhante

Questões do estudo de caso

O que você entende sobre humanização dos serviços de saúde?

- Eu gostei, fui bem atendida, é confortável, fiquei à vontade.

Hospitalidade: ato de receber, hospedar, alimentar e entreter (CAMARGO, 2004). A hospitalidade pode ser concebida como um

conjunto de comportamentos originários da própria base da sociedade. A partilha e a troca dos frutos do trabalho, com a mutualidade e a reciprocidade, associadas originalmente à caça e à coleta de alimentos, são a essência da organização coletiva e do senso de comunidade (LASHLEY E MORRISON, 2004). Com base nessas informações, a hospitalidade poderá contribuir para a melhoria do ambiente hospitalar e proporcionar um atendimento digno ao usuário?

- Com certeza
- Eu acho muito importante.

O que você considera um atendimento humanizado? Comente.

- Eu gostaria de ser atendido da melhor forma, sem demorar muito. Porque às vezes você chega e fica muito tempo na fila de espera esperando. Eu acho legal o atendimento daqui, muito bom!

Segundo Freeman, (1984) *stakeholders* são definidos como “diversos grupos ou indivíduos que influenciam ou podem ser influenciados por uma organização”. A partir dessa informação, quais seriam os *stakeholders* mais relevantes deste hospital?

- Eu acho que os voluntários, eu acho que eles acabam ajudando muito, a participação deles é muito importante.

Apresentação do mapa dos *stakeholders*, com um espaço em branco. Em sua opinião qual *stakeholder* ou grupo está faltando completar neste mapa?

Qual seria o *stakeholder* mais importante? Mediante as informações fornecidas, você poderia me indicar alguém que representasse o *stakeholder*/colaborador do hospital?

Quem pode falar sobre manifestações artísticas e lúdicas no hospital?

Onde estão armazenadas as opiniões dos usuários sobre os serviços prestados?

- Não temos essa informação.

Cite alguma palavra-chave que ajudaria a construir o futuro da saúde pública no Brasil.

- Eu acho que é mais melhoria na saúde pública.

- Você chega num posto de saúde desses e você fica duas, três horas para ser atendido. É muito tempo de espera. Eu acho importante isso daí.

Sugestões (em aberto)

Eu acho o tema legal, é bom a gente estar sempre aprendendo. A saúde pública tem que melhorar bastante.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇO DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS "Walidemar Seissel-Arreliá"
Ambulatório - Rua Guaiabú n° 312 - Cidade Dutra - Fone - 5666-0077

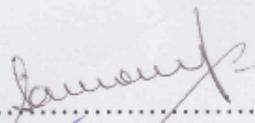


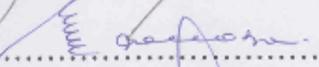
COMISSÃO ENSINO E PESQUISA

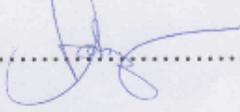
**TEMA : Hospitalidade em Serviço de Saúde
Estudos de Caso**

Pesquisador : Jussara Alves Ribeiro

Membros:

Dr. Mauro Sancovski.....

Egle de Jardim Okazaki.....

Solange Aparecida da Silva Lamon.....

Ciente / de acordo



Rita de Cássia da Silva Galabresi
Diretor Técnico de Saúde III



São Paulo, 02 de janeiro de 2013.

Ilmo Sr. Coordenador
Dr. Álvaro Sadek Sarkis
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

Protocolo: xxx

Pesquisadora: Jussara Alves Ribeiro

Assunto: Autorização para realização de pesquisa na área de atendimento e no setor de humanização do Hospital Geral do Grajaú

Solicito sua autorização para realização da pesquisa intitulada: "**Hospitalidade em serviços de saúde – estudo de casos múltiplos : Hospital Geral do Grajaú, AME Interlagos e Hospital Maternidade Interlagos**" ", na Unidade do Hospital Geral do Grajaú e AME Interlagos sob gestão do Instituto Sírio Libanês de Responsabilidade Social, com objetivo de obtenção do título de mestre em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi. Esse projeto será primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPesq) para obtenção do parecer consubstanciado.

Atenciosamente,

Jussara Alves Ribeiro
Pesquisadora Principal

De acordo,

Assinatura Responsável da Área
Dra. Jocelene Batista Pereira
Diretora Geral

Hospital Geral do Grajaú
Rua Francisco Octávio Paoca, 180 Parque das Nações Unidas
CEP 04822-030 - São Paulo/SP



São Paulo, 07 de janeiro de 2013.

Ilmo Sr. Coordenador
Dr. Álvaro Sadek Sarkis
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

Protocolo: xxx

Pesquisadora: Jussara Alves Ribeiro

Assunto: Autorização para realização de pesquisa na área de atendimento e no setor de humanização do Hospital Geral do Grajaú

Solicito sua autorização para realização da pesquisa intitulada: "**Hospitalidade em serviços de saúde – estudo de casos múltiplos : Hospital Geral do Grajaú, AME Interlagos e Hospital Maternidade Interlagos**" ", na Unidade do Hospital Geral do Grajaú e AME Interlagos sob gestão do Instituto Sírio Libanês de Responsabilidade Social, **com objetivo de obtenção do título de mestre em Hospitalidade pela Universidade Anhembi Morumbi**. Esse projeto será primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPesq) para obtenção do parecer consubstanciado.

Atenciosamente,

Jussara Alves Ribeiro
Pesquisadora Principal

De acordo,

Assinatura Responsável da Área
Dra. Lígia Paolinelli Bambirra
Gerente Médica

Rua Artur Nascimento Júnior, 120 – Jd. Satélite – São Paulo - CEP: 04815-180 - Fone: 5668-2500



SECRETARIA
DA SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Fátima dos Santos Fátima, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagem serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Fátima
Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) EDEWALDO RIBEIRO, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Osvaldo Wilson de Araújo, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagem serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Osvaldo Wilson de Araújo

Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro

Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Michel Lya Lucena, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Michel Lya Lucena
Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

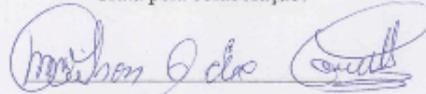
Sr (a) Wilson CACINO DE CARVALHO, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

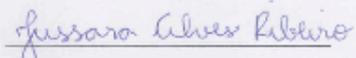
Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) LEVY das Santos, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de línguas serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

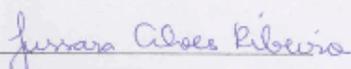
Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

APÊNDICE - 3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Egle de FONSECA JARDIM OKAZAKI, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagem serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

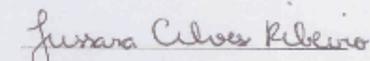
Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

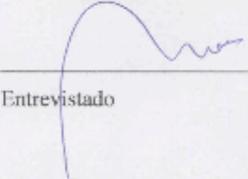
Sr (a) Marcia de Almeida Lopes yber agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) YUKIKO NAKANO MÜLLER, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

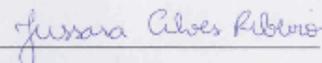
Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

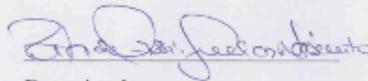
Sr (a) Rita de Cassia de Avelar Nascimento agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

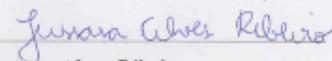
Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!



Entrevistado



Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Remilda de F. Barbosa, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Remilda de F. Barbosa
Remilda

Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro

Jussara Alves Ribeiro

Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Neusa Aparecida F. Rogier, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagem serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Neusa Rogier
Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Salgado Jussara de Leite Nomen, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Salgado Jussara de Leite Nomen
Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) LIGIA PAOLINELLI BAMBIGRA, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

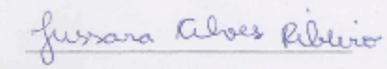
O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!


Entrevistado


Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) RAILDA ALVES DO SILVA CARONE, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLOS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

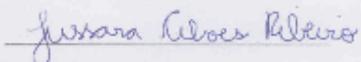
O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagens serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!


Entrevistado


Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sr (a) Joelene Botelho Azevedo, agradeço por sua contribuição e sua participação na entrevista para a pesquisa de mestrado intitulada "Hospitalidade em serviços de saúde. ESTUDOS DE CASOS MÚLTIPLAS: HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ, AME INTERLAGOS E HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS".

O conteúdo da entrevista será gravado e a qualquer momento poderá ser interrompida mediante sua solicitação. Após a entrevista os dados coletados serão transcritos, analisados e publicados na pesquisa. Vícios de linguagem serão eliminados da transcrição, como os devidos cuidados para preservar a fala dos entrevistados sem alterar o conteúdo, mantendo o objetivo do texto verbalizado pelos interlocutores.

Solicito a autorização do áudio, de imagens dos ambientes, vídeos institucionais (se houver) e quando necessário documentos que possam somar com o trabalho.

Autorizo a gravação da entrevista mencionada acima, assim como a utilização da imagem e som, do conteúdo da mesma e suas apresentações em eventos e publicações científicas.

Grata pela colaboração!

Joelene Botelho Azevedo
Entrevistado

Jussara Alves Ribeiro
Jussara Alves Ribeiro
Mestranda em Hospitalidade pela
Universidade Anhembi Morumbi
(11) 7866 2049