

HUMANIZAÇÃO: representações sociais do hospital pediátrico

Carla BERGAN^a

Ivani BURSZTYN^b

Mauro César de Oliveira SANTOS^c

Luiz Fernando Rangel TURA^d

RESUMO

Este trabalho visa investigar os aspectos da arquitetura e ambiente construído no processo de humanização do hospital pediátrico e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. Baseando-se na Teoria das Representações Sociais, procedeu-se à análise estrutural, utilizando associação livre de palavras e questionários semi-estruturados na coleta de dados. O estudo foi realizado em um hospital público do Rio de Janeiro e os resultados apresentados referem-se às representações produzidas por 75 acompanhantes dos pacientes. No núcleo central da representação aparece o elemento "atendimento", enquanto "reforma", "medicamentos", "organização" e "carinho" aparecem no sistema periférico. A humanização para estes sujeitos parece estar fortemente ligada ao direito à saúde e acesso aos serviços. Porém, aspectos que modalizam a qualidade do atendimento, e que têm sido arrolados como humanização, não são negligenciados. Os resultados permitem estabelecer recomendações para o aprimoramento dos programas arquitetônicos para o hospital contemporâneo e para a qualidade do serviço.

Descritores: Humanização da assistência. Arquitetura hospitalar. Hospitais pediátricos.

RESUMEN

Este trabajo visa investigar los aspectos de la arquitectura y ambiente construido en el proceso de humanización del hospital pediátrico y su influencia en la recuperación de niños hospitalizados. Embasado en la Teoría de las Representaciones Sociales se procedió al análisis estructural, utilizando libre asociación de palabras y cuestionarios semiestructurados en la recolección de datos. El estudio fue realizado en un hospital público en Río de Janeiro, Brasil, y los resultados presentados se refieren a las representaciones producidas por 75 acompañantes de niños hospitalizados. El núcleo central aparece compuesto por "atendimiento", mientras que los elementos "reforma", "remedios", "organización" y "afecto" aparecen como sistema periférico. Para este grupo la humanización parece estar fuertemente ligada al derecho a la salud y al acceso al cuidado. Sin embargo, aspectos que modalizan la calidad del cuidado, y que han sido listados como humanización, no son negligenciados. Los resultados permiten establecer recomendaciones para el aprimoramiento de los programas arquitectónicos para el hospital contemporáneo e para a calidad del servicio.

Descriptores: Humanización de la atención. Arquitectura y construcción de hospitales. Hospitales pediátricos.

Título: Humanización: representaciones sociales del hospital pediátrico.

ABSTRACT

This study aims at investigating the architectural and built environment aspects involved in the humanizing process in a pediatric hospital and its influence to the recovering of the hospitalized child. Based on the Social Representation Theory, a structural analysis was carried out, using free association of words and a semi-structured questionnaire for data collection. The study was carried out in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil, and the results presented refer to the representations produced by 75 people accompanying hospitalized child. As central nucleus appears "consultation", while "reform", "medicines", and "organization" and "affection" appear as peripheral system. For this group humanization seems to be strongly connected to the right to health and access to care. Nevertheless, aspects keep the balance of the quality of care, which are enrolled under humanization, are not neglected. The results allow providing recommendations to improve the contemporary hospitals architectural programs and the quality of care.

Descriptors: Humanization of assistance. Hospital design and construction. Hospitals, pediatric.

Title: Humanization: social representations of a children's hospital.

^a Mestre em Arquitetura, Pesquisadora do Espaço Saúde, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura (PROARQ) da Faculdade de Arquitetura (FAU) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

^b Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva e da Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

^c Doutor em Arquitetura, Professor Adjunto do PROARQ-FAU-UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

^d Doutor em Medicina, Professor Associado do Laboratório História, Saúde e Sociedade da Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

O atendimento focado no usuário e a criação dos espaços humanizados, centrados no paciente, colaborando para a sua autonomia e estabelecendo adequadas relações psicológicas com o espaço que o acolhe, vem como resposta à crise da saúde evidenciada nas últimas décadas. A compreensão do edifício hospitalar, assim como o planejamento e a qualidade de projetos de edifícios destinados ao atendimento à saúde com racionalização, adequação e humanização dos espaços, torna-se de fundamental importância.

As principais expressões desta política estão contidas no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que propõe que as instituições de saúde aperfeiçoem as relações entre profissionais e os respectivos clientes, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade⁽¹⁾, e no Humaniza SUS, documento publicado pelo SUS, em novembro de 2004, que propõe uma política de humanização do atendimento⁽²⁾.

A discussão da humanização procura traduzir de maneira prática uma ideia de revisão paradigmática das práticas de saúde, em que as necessidades integrais do cliente passam a ser o foco, em detrimento da abordagem centrada na doença. Isto implicaria, necessariamente, em organizar o trabalho em saúde em bases inter e transdisciplinares⁽³⁾.

Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi identificar necessidades e questões para adequação do espaço a partir das representações sociais dos usuários, visando direcionar o pensamento arquitetônico para soluções de projetos que promovam a qualidade de vida e, principalmente, a busca por espaços capazes de colaborar para a cura.

Nosso estudo de caso é uma instituição médico-cirúrgica infantil. Optamos por esta unidade devido à sua importância para o município do Rio de Janeiro como referência no atendimento pediátrico e a influência que as impressões de seus usuários possam gerar na reformulação de espaços arquitetônicos direcionados à criança.

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A ABORDAGEM ESTRUTURAL

A Teoria das Representações Sociais, apresentada por Serge Moscovici em 1961 no campo da Psicologia Social, foi utilizada neste estudo como

forma de aproximação das necessidades e expectativas dos diferentes usuários do edifício hospitalar⁽⁴⁾.

A formação das representações sociais depende do contexto no qual o sujeito se encontra inserido e das percepções acerca da sociedade em que vive⁽⁵⁾.

A teoria das representações sociais envolve a análise de crenças, valores, normas, experiências, atitudes e práticas vivenciadas por grupos específicos em seus ambientes culturais. A representação é um produto social, a tradução de alguma coisa por alguém. É uma interpretação, uma construção da realidade por um grupo, inserido em um processo sócio-histórico-cultural, portanto, sofre constantes transformações, adaptando-se às mudanças do seu grupo gerador⁽⁶⁾.

A representação não se resume a uma simples opinião, mas constitui-se em um pensamento estruturado que serve de base para aquilo em que se pensa. É o produto de um grupo, o que lhe confere o caráter social. Estas representações orientam o comportamento e a compreensão do cotidiano, do mundo em que vivemos. Funcionam como organizadoras das atitudes e práticas dos grupos que as originam e organizam as expectativas dos sujeitos sobre o objeto de forma a atendê-las⁽⁷⁾.

A abordagem estrutural baseia-se na premissa de que de uma representação social se caracteriza por se organizar em torno de um núcleo central, composto por um ou mais elementos, que confere significados a esta representação⁽⁸⁾.

O núcleo central é o componente mais estável e duradouro de uma representação e, em torno deste núcleo dispõem-se elementos periféricos que refletem características contextuais, transitórias ou cotidianas, sendo, portanto, mais flexíveis⁽⁸⁾.

O núcleo central possui uma função geradora e outra organizadora que são determinados pelas relações sociais estabelecidas por indivíduos ou grupos, sendo resistente a mudanças. Essa estabilidade constitui a base ou a estrutura da representação social⁽⁸⁾.

Os elementos periféricos carregam a função de concretizar a representação, ou seja, formular em termos concretos, compreensíveis e transmissíveis ou de ancoragem da representação com a realidade imediata. Permitem a evolução, modificação, adaptação em diferentes contextos e funcionam como os elementos mutáveis da representação. São esses elementos que permitem as trans-

formações das representações de maneira gradativa antes de atingir a estrutura da representação. São estes dois sistemas, o central e o periférico, que constituem as representações sociais e estes são passíveis de transformação.

Essas transformações podem ser de três tipos:

- a) transformação “resistente”: implica uma mudança somente do sistema periférico;
- b) transformação progressiva: ocorre quando a transformação acontece sem ruptura e lentamente, onde o núcleo central vai se transformando até concluir sua mudança;
- c) transformação brutal: consiste numa transformação de toda a representação devido à mudança do núcleo central⁽⁸⁾.

Com base nestes conceitos acerca da teoria das representações sociais, foi percebida a importância em adotá-los para o entendimento dos espaços arquitetônicos, principalmente os ambientes de saúde, onde a impressão do usuário faz-se extremamente importante para compreendermos as relações entre o indivíduo e o ambiente que ocupa.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No coleta de dados foram utilizadas a observação sistemática e um questionário composto de um teste de associação livre de palavras e perguntas abertas e fechadas. Os sujeitos foram os acompanhantes dos pacientes atendidos nos diversos setores do hospital – recepção, ambulatórios, enfermarias e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) –, constituindo um grupo de 75 indivíduos.

Na associação livre de palavras utilizou-se a seguinte frase indutora: “Quais as quatro primeiras palavras que passam em sua cabeça quando você ouve falar em humanização do hospital?”.

A centralidade dos elementos foi confirmada pela técnica da dupla negação⁽⁹⁾. O questionário usado para atender a essa finalidade foi respondido por 40 acompanhantes no mesmo hospital.

Outras informações foram obtidas através de um conjunto de questões abertas como: “Para você, qual a missão deste hospital?”, “Você acha que esta missão está sendo cumprida?”, “Se você pudesse construir este hospital hoje, como você gostaria que ele fosse?”, dentre outras que deram oportunidade aos sujeitos de interpretarem as perguntas

e responderem segundo seu entendimento, produzindo um material para complementar a compreensão da estrutura da representação social.

Os sentidos da humanização para os acompanhantes

O grupo pesquisado era, como de se esperar em nosso meio, constituído majoritariamente por mulheres (90,66%) e, dentre estas, uma proporção de 79,41% eram mães; entre os homens, 71,42% eram pais. Os sujeitos restantes correspondiam a avós, tias ou irmã das crianças atendidas. A faixa etária predominantemente observada foi de 30 a 40 anos.

Com relação à escolaridade, cerca de 56% dos acompanhantes não chegaram a concluir o ensino fundamental e apenas 11% informaram o ensino médio completo. Com relação ao local de moradia, 54% dos acompanhantes eram oriundos das diversas regiões administrativas do município e o restante (46%) informaram que residiam em outro município, principalmente, na Baixada Fluminense.

Com relação aos motivos alegados para procurar o atendimento hospitalar, 22% dos sujeitos informaram problemas agudos apresentados por suas crianças (dor, infecção, desidratação), 18% necessidade de resolver casos cirúrgicos e 5% visitas de rotina (imunização). É importante registrar que desse conjunto, 55% correspondiam a casos crônicos.

Apesar de haver crianças em tratamento há anos, 50% estão em tratamento há menos de um ano. Cerca da metade dos casos chegou ao hospital encaminhado de outro serviço.

O material obtido no teste de evocação foi analisado de modo a contemplar as dimensões individual (frequência) e coletiva (ordem de evocação)⁽¹⁰⁾. Esta tarefa foi realizada com o auxílio do programa EVOC 2000, tendo sido encontrada a média de frequência de evocação igual a 15 e média das ordens médias de evocação (OME) igual a 2,0. Com esses parâmetros foi possível distribuir os elementos em um gráfico de dispersão em que o cruzamento das linhas das médias indicadas o dividia em quatro quadrantes.

Assim, pode ser observado no Quadro 1 que o elemento **atendimento** estava situado no quadrante superior esquerdo, por apresentar frequência (28) acima da média e OME menor do que 2,0,

com características de componente do núcleo central das representações do objeto estudado. No quadrante inferior direito, ficaram situados os elementos de menores frequências, abaixo da média observada, e evocação mais tardia, OME maiores do que 2,0, como **carinho, medicamentos, organização e reforma**, provavelmente, correspondendo aos elementos periféricos.

	O.M.E. < 2,0		O.M.E. ≥ 2,0		
Freq. ≥ 15	Atendimento	28	1,857		
Freq. < 15	Tratar-bem	9	1,667	Reforma	8 2,000
	Limpeza	7	1,857	Medicamentos	8 2,400
	Médica	6	1,667	Organização	8 2,500
	Saúde	5	1,200	Carinho	8 2,625
	Bom	5	1,400		

Quadro 1 – Distribuição dos elementos evocados pelos acompanhantes. Rio de Janeiro, 2006.

Os elementos situados no quadrante inferior esquerdo – **tratar bem, limpeza, médico, saúde e bom** – possibilitam uma interpretação menos direta, não compõe o núcleo central, mas possuem relação com este⁽⁶⁾.

Foi realizado um teste de centralidade, o de dupla negação, onde 95% dos acompanhantes responderam que não se pode pensar em humanização sem pensar em atendimento. Do mesmo modo, 100% dos acompanhantes indicaram carinho e medicamentos como fatores essenciais à humanização e 95% afirmaram ser a organização e reforma importantes para a humanização hospitalar. Assim sendo, estes elementos tiveram a confirmação de seu valor simbólico.

Para os acompanhantes, atendimento vem como premissa para a humanização hospitalar e é essencial para a formação deste conceito. Considerando-se que o hospital pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sabendo-se que prover acesso aos serviços e integralidade no atendimento estão entre os grandes desafios deste sistema, parece bastante justificável e coerente que o núcleo central da representação se apresente assim. Já os elementos carinho, medicamentos, organização e reforma espelham conteúdos que são importantes para a humanização do hospital e expressam preocupações cujos referentes encontram-se no cotidiano desses sujeitos. Refletem fatores essenciais a um bom atendimento e, conseqüentemente, sua humanização. Para os acompanhantes o carinhosos

funcionários para com as crianças, a disponibilidade de medicamentos, uma organização do pessoal e reforma do espaço físico representam atualmente um bom atendimento traduzindo para eles o conceito de humanização.

A maneira com que os acompanhantes concebem a missão do hospital reforça estes achados. Cerca da metade dos sujeitos utilizou os verbos atender, diagnosticar, curar, tratar, salvar para descrever a missão de um hospital, conteúdos que estão referidos aos atributos mais formais da prática da medicina. Uma proporção menor, cerca de 37%, a descreve como cuidar, ajudar, melhorar a vida, servir, conteúdos que estariam mais referidos ao cuidado e apoio. Quando perguntados sobre o que fariam caso pudessem construir de novo o hospital, apenas 11% manifestaram preocupação com a organização, informação e infra-estrutura, 21% manifestaram preocupação direta com a ampliação e maior qualidade do atendimento propriamente dito. Ao mesmo tempo, 37% apresentaram proposições com relação à adequação do espaço e melhoria das condições de conforto ambiental (ventilação, iluminação, cores, privacidade).

Na Seção de Triagem, uma avó que segurava seu neto a espera do atendimento se propôs a responder nossas questões. Sobre a reconstrução do hospital afirmou:

Mais moderno, mais alegre, não seja tão seco, frio porque a criança já vem assustada. Som ambiente, ventilação e sala de espera melhor (Acompanhante).

Ela percebeu que um espaço voltado para a criança viria como auxílio no combate ao estresse causado pelo ambiente hospitalar inadequado.

Outra acompanhante, que percebeu a importância dos ambientes como contribuintes para o bem-estar, afirmou sobre a reconstrução do hospital:

Bem grande, bastantes janelas, arejado, lugar para pegar sol, mais solto, menos dolorido, lugar mais agradável sala de TV para as crianças fora da enfermaria, enfermaria mais silenciosa, sala separada para desenhos, colocar plantas e árvores (Acompanhante).

Uma mãe, ao reparar os conflitos entre os acompanhantes causados por espaços mal projetados, propôs:

Falta um pouco de higiene, separar os banheiros das crianças dos adultos, colocar telefones públicos em cada setor, ter mais hora de visitas, ter um espaço para acompanhantes colocarem suas roupas após o banho [vestiário] (Acompanhante).

A necessidade de um parquinho e brinquedos dentro do hospital veio também como aspiração de uma acompanhante e muitos outros também reclamaram da falta de espaço nas enfermarias. Espaços de lazer, apesar de necessários, não existem no hospital pesquisado, limitando a escola como única opção de convívio entre as crianças quando fora das enfermarias.

Ocorreu também de alguns acompanhantes remeterem ao carinho quando se falou em reconstrução do hospital. Uma mãe respondeu:

Gostaria que as enfermeiras fossem sempre atenciosas com os bebês e os acompanhantes (Acompanhante).

O atendimento mais uma vez aparece como fator essencial na concepção do ambiente hospitalar adequado à criança.

A maioria dos sujeitos afirmou ser indispensável dormir ao lado da criança no período da internação, explicitando uma referência a carinho apontado entre os elementos periféricos dessas representações sociais.

Sobre a separação física entre os leitos, boa parte não vê a necessidade mostrando as vantagens da comunicação entre as crianças ou entre os próprios acompanhantes. Uma mãe respondeu:

É bom para alegrar através do contato com os outros (Acompanhante).

Quando perguntamos aos usuários do hospital pesquisado sobre “O que tem de melhor?” e “O que tem de pior?”, a maioria dos acompanhantes falou que não há nada de ruim no hospital, embora o atendimento tenha sido referido por alguns. Já quando perguntamos sobre o que há de melhor, o atendimento novamente aparece mostrando sua importância, indicando que se constitui na grande questão para o acompanhante, seja positiva ou negativamente e, dessa forma, reafirmando a centralidade deste elemento.

CONCLUSÕES

Os resultados forneceram importante material para a reflexão acerca do processo de implan-

tação da política de humanização desenvolvida pelo SUS.

A estrutura encontrada em nosso estudo demonstra que as questões referentes à humanização encontram-se apenas na periferia, sugerindo a incipiência do processo de implantação das políticas ministeriais. Num cenário otimista pode-se esperar que este seja um momento inicial de uma transformação lenta.

A contribuição da arquitetura à saúde infantil mostrou-se essencial neste trabalho, que nos permitiu uma análise dos dados obtidos com a pesquisa e a confirmação da sua importância para a concepção de projetos arquitetônicos de ambientes de saúde para a criança.

A partir dos resultados, confirmamos a importância de um espaço voltado para as crianças como auxílio no processo de cura. Vimos que, quando o espaço é projetado para a criança, a hospitalização pode ser percebida mais positivamente.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). PNHAH: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF); 2001.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2004.
- 3 Howard J. Humanization and dehumanization of health care. In: Howard J, Strauss A, editors. Humanizing health care. New York: John Willey & Sons; 1975. p. 57-101.
- 4 Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 45-66.
- 5 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 6 Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
- 7 Jodelet D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
- 8 Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores.

- Estudos interdisciplinares de representações sociais. 2ª ed. Goiânia: AB; 2000. p. 27-38.
- 9 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 10 Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-49.

Endereço do autor / Dirección del autor /

Author's address:

Mauro César de Oliveira Santos
Espaço Saúde – PROARQ/FAU/UFRJ,
Prédio da Reitoria, sala 443,
Cidade Universitária
21941-590, Rio de Janeiro, RJ,
E-mail: espacosaude@proarq.ufrj.br

Recebido em: 06/04/2009

Aprovado em: 21/12/2009
