

SIMONE MENEZES DONATO

**EU NÃO SOFRI, EU BORDEI: UMA ANÁLISE DO LAZER E DO
VOLUNTARIADO PRATICADOS EM UNIDADE HOSPITALAR COMO
ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

D677e
2018

Donato, Simone Menezes, 1983-

Eu não sofri, eu bordei : uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização / Simone Menezes Donato. – Viçosa, MG, 2018.

xv, 113 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Tereza Angélica Bartolomeu.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 92-97.

1. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.
2. Voluntários nos hospitais. 3. Lazer. 4. Pacientes hospitalizados. 5. Promoção da saúde. 6. Humanização dos serviços de saúde. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Economia Doméstica. Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica. II. Título.

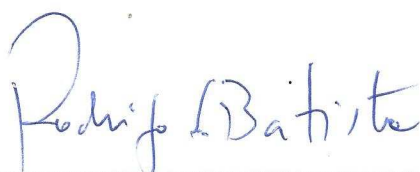
CDD 22. ed. 362.11098151

SIMONE MENEZES DONATO

**EU NÃO SOFRI, EU BORDEI: UMA ANÁLISE DO LAZER E DO
VOLUNTARIADO PRATICADOS EM UNIDADE HOSPITALAR COMO
ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de junho de 2018.



Rodrigo Siqueira Batista



Silvane Guimarães Silva Gomes



Tereza Angélica Bartolomeu
(Orientadora)

"Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. (...) A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa".

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

A sensação de chegar até aqui é difícil de explicar através das palavras, pois foram sentidas com o coração, durante as observações, dos relatos, das conversas, pelas lições de vida e através do olhar de todos que estiveram presentes durante este percurso. Posso dizer, com toda certeza, que foi muito gratificante!

Ressalto que esta conquista não foi só minha, mas de muitos que verdadeiramente estiveram ao meu lado, acreditando em mim, me apoiando e torcendo pelo meu sucesso. Foram muitas as pessoas que renovaram minhas forças, fazendo-me acreditar que poderia continuar.

Primeiramente, aproveito o ensejo para agradecer a Deus, pelas experiências vivenciadas, por ter me conduzido durante esta trajetória e, principalmente, pela oportunidade que me proporcionou de concluir mais uma etapa em minha vida. Sem Ele nada seria possível, nem mesmo a superação das adversidades que foram constantes durante este caminho. “Porque Dele, por Ele, para Ele, são todas as coisas; glórias, pois a Ele eternamente” (Romanos, 11:36).

Ao meu pai, Paulo. A minha mãe, Iara, pelo seu grande exemplo de coragem, determinação e perseverança diante das dificuldades da vida. Ao seu lado, compreendi que os desafios da vida são vencidos com paciência, responsabilidade, persistência, humildade e atitude. Também agradeço aos meus irmãos, Sandro, Sérgio e Silvío, pelo apoio incondicional, incentivo, carinho e compreensão nos momentos de estresse.

Agradeço, de modo especial, à minha orientadora, Tereza Angélica Bartolomeu, por compartilhar generosamente os seus conhecimentos, com inestimáveis apoios em distintos momentos, sempre com aquele otimismo me dizendo: “vai dar certo”! E ela estava com a razão, deu certo! Suas palavras de incentivo e suas orientações, na construção desta pesquisa, me proporcionaram cada vez mais experiência e amadurecimento pessoal e profissional. Obrigada por acreditar em mim, aceitar esse desafio e por me despertar o encanto por esta temática. Sua postura ética, justa e humana é um exemplo a ser seguido.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica (PPGED) – UFV e do Departamento de Economia Doméstica – UFV, pelos ensinamentos proporcionados nas disciplinas ministradas e aos demais funcionários, as ajudas e esclarecimentos das dúvidas.

Às professoras Márcia Barroso Fontes e Rita Márcia Andrade Vaz de Mello, que contribuíram, de forma expressiva, com relevantes considerações na defesa do projeto de dissertação, as quais foram a base para a estruturação deste trabalho.

Aos professores Rodrigo Siqueira Batista e Silvane Guimarães Silva Gomes pelo interesse em contribuir com o desenvolvimento do trabalho e pelas sugestões durante a defesa da dissertação.

Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte por autorizar a realização da pesquisa, às Voluntárias da AVOSC e aos clientes da saúde da instituição que participaram do estudo, por todo apoio recebido, doando as informações que possibilitaram a elaboração desta dissertação, sobretudo, pelas lições de vida.

Ao Ouvidor do Hospital Santa Casa BH, Dr. Manoel Hygino dos Santos, pela colaboração e por contribuir com a liberação da pesquisa no referido hospital.

Às amigas Antonina (Nina), Izabel, Marina e ao amigo Sebastião, pela amizade, pelo constante apoio, orações, incentivos, por me (re)animarem quando, por diferentes motivos, enfraqueci. Expresso, também, a minha gratidão a vocês por tudo que fizeram por mim, que Deus os recompense.

Às colegas do PPGED, Ariane, Daniela, Elimara, Érika, Natália, Ritinha, Suélem, Virgínia, pelo apoio na construção deste trabalho, auxílio nas tarefas desenvolvidas durante o curso e disponibilidade em sempre me ajudar nos momentos que precisei.

Enfim, agradeço aos amigos, ainda que não tenham sido nomeados, mas que, direta ou indiretamente, também contribuíram para a concretização desta etapa. Todos foram fundamentais para que tudo desse certo!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES) pela provisão da bolsa de mestrado para a realização desta pesquisa.

A todos digo muito obrigada e expresso minha eterna gratidão!

BIOGRAFIA

SIMONE MENEZES DONATO, filha de Iara Alves Menezes Donato e Paulo Dimas Donato, nasceu na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais, no dia 08 de abril de 1983.

Graduou-se em Economia Doméstica, em sessão solene no dia 24 de julho de 2015, na Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais, sendo homenageada com o certificado de destaque pelo excelente desempenho acadêmico e com a medalha de prata Presidente Bernardes, em reconhecimento ao melhor desempenho no curso de Economia Doméstica.

Foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica. Seus estágios foram realizados nas áreas de vestuário e têxteis, limpeza e higiene das roupas hospitalares e na Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais (EMATER).

No mês de março de 2016, ingressou no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, Minas Gerais.

Em 28 de junho de 2018 defendeu a dissertação “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização”.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 O problema e sua justificativa	3
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA:.....	5
1.2.1 Objetivo geral.....	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	6
2.2 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS	12
2.3 Humanização e lazer	17
2.4 O trabalho voluntário no contexto hospitalar	22
3.1 Considerações éticas da pesquisa.....	26
3.2 Local e instituição de estudo	26
3.3 Características do estudo.....	27
3.4 Técnicas de coleta de dados e variáveis da pesquisa.....	30
3.5 Análise dos dados da pesquisa	32
3.6 Categorias analíticas.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Caracterização do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Santa Casa BH).....	34
4.2 Caracterização do trabalho voluntário da AVOSC quanto ao voluntariado, estrutura física, equipe de trabalho e atividades desenvolvidas.....	37
4.3 Caracterização das voluntárias da AVOSC responsáveis pela laborterapia.....	44
4.4 Caracterização das clientes da saúde atendidas pela AVOSC.....	46
4.5 O cliente da saúde e a percepção sobre as atividades de lazer e o trabalho voluntário da AVOSC no hospital.....	50
4.5.1 Sentimentos gerados durante o período de tratamento.....	51
4.5.2 Os sentimentos provocados mediante a atividade do bordado no ambiente hospitalar..	54
4.5.3 Percepção das clientes da saúde sobre o trabalho voluntário da AVOSC.....	58

4.6 Atividades de lazer promovidas por voluntárias no Hospital Santa Casa BH	60
4.6.1 A importância da atividade de lazer para as instituições de saúde, na visão da voluntária	61
4.6.2 A importância das atividades de lazer para os clientes da saúde, acompanhantes, profissionais da saúde e para as voluntárias, na visão da voluntária.....	62
4.6.3 Percepção do representante da administração do hospital sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC.....	68
4.7 Percepção das voluntárias sobre a atividade do bordado promovida pela AVOSC	70
4.7.1 Percepção durante e depois de realizar a atividade do bordado com clientes da saúde .	71
4.8 Percepção das voluntárias e do representante da administração sobre trabalho voluntário em hospital	74
4.8.1 Sentimentos provocados ao realizar o trabalho voluntário.....	74
4.8.2 A importância do trabalho voluntário	76
4.8.3 Percepção do representante da administração do hospital sobre o trabalho voluntário em instituição de saúde	79
4.9 A humanização no hospital	81
4.9.1 Percepção das voluntárias sobre a humanização no hospital	82
4.9.2 Percepção da humanização para a administração hospitalar	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES.....	98
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
Apêndice B: Roteiro de Entrevista com um representante da administração do Hospital Santa Casa BH	101
Apêndice C: Roteiro de Entrevista com Clientes da Saúde	103
Apêndice D: Roteiro de Entrevista com as Voluntárias da Entidade AVOSC	105
Apêndice E: Solicitação de autorização para pesquisa	107
ANEXOS	108
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	109
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFV	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.....	37
Figura 2 – Sede da Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC).....	38
Figura 3 – Local onde os medicamentos e outros materiais são doados na sede da AVOSC.....	40
Figura 4 – Bazar da Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC).....	41
Figura 5 – Toalha com diferentes bordados realizados por clientes da saúde no Hospital Santa Casa BH.....	42
Figura 6 – Toalha bordada com ponto cheio realizado por uma cliente da saúde no Hospital Santa Casa BH.....	43
Figura 7 – Uma voluntária promovendo o acolhimento a um cliente da saúde na enfermaria do Hospital Santa Casa BH.....	44
Figura 8 – Cliente da saúde realizando a atividade do bordado no leito/enfermaria do Hospital Santa Casa BH.....	47
Figura 9 – Algumas voluntárias ministrando o bordado no ambulatório da quimioterapia e radioterapia do Hospital Santa Casa BH.....	48
Figura 10 – Voluntárias ensinando bordado a duas pacientes no Hospital Santa Casa BH.....	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de atendidos, percentual e amostra.....	29
Quadro 2 – Fórmula para o cálculo da amostra.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados socioeconômicos das voluntárias entrevistadas.....	46
Tabela 2 – Dados socioeconômicos dos clientes da saúde.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AVOSC – Associação das Voluntárias da Santa Casa
CADI – Centro de Admissão e Diagnóstico
CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAP – Comunidade Ampliada de Pesquisa
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CTH – Câmara Técnica de Humanização
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
ONU – Organização das Nações Unidas
ONGs – Organizações Não Governamentais
PFST – Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
SCBH – Santa Casa de Belo Horizonte
SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFV – Universidade Federal de Viçosa
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

DONATO, Simone Menezes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2018. **Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização.** Orientadora: Tereza Angélica Bartolomeu.

As atividades de lazer, em alguns hospitais, têm ficado a cargo de voluntários, que passaram a ser grandes agentes propulsores de estímulos para uma qualidade de vida e bem estar, contribuindo para a humanização nestes ambientes. Nesse sentido, a proposta desta dissertação foi descrever e analisar as atividades de lazer e o voluntariado promovido pela Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agente administrativo inserido no ambiente hospitalar. A pesquisa realizada teve uma abordagem qualitativa e quantitativa, com maior predominância qualitativa, sendo realizada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, localizado na capital do Estado de Minas Gerais. Os participantes desta pesquisa foram 56 clientes da saúde, três voluntárias e um representante da administração da referida instituição de saúde. Para coleta de dados foram utilizados a observação participante, entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado e documentos secundários, como o Estatuto da Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC) e o Manual da Voluntária elaborado pela Associação. A análise dos dados quantitativos foi realizada utilizando o método estatístico descritivo simples, e para os dados qualitativos foi utilizada a técnica Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin. Os resultados obtidos e as análises e discussões empreendidas confirmaram a hipótese que fundamentou toda pesquisa, de que as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, durante o período de internação e/ou tratamento do cliente da saúde, são atividades benéficas para os agentes receptores e doadores dessa prática. As relações humanas estabelecidas diariamente no hospital são extremamente complexas e o voluntariado da AVOSC é um componente essencial para os trabalhos da instituição de saúde e para a propagação da humanização no ambiente, pois contribui para o resgate de valores, atitudes, iniciativas, motivações, espírito de solidariedade, amizade e empatia frente à dor do próximo. Nessa acepção, identificou-se que os clientes da saúde e acompanhantes se sentem acolhidos e valorizados pela atenção recebida durante a prática da laborterapia promovida pela AVOSC, resultando em bem estar e qualidade de vida. Além disso, constatou-se que estas atividades amenizavam a dor e o sofrimento dos clientes da saúde, e as voluntárias, ao desempenharem suas funções de promoção do lazer, sentiam um bem que consideravam ser maior do que a pessoa que recebe essa ação de solidariedade. Assim, pode-se dizer que a atividade de lazer é um fator de ressignificação do contexto hospitalar, tem

um papel importante na promoção da saúde das pessoas que se encontram hospitalizadas ou em fase de tratamento sem internação. É fundamental sua implantação em instituições de saúde, partindo do princípio de que a saúde não é apenas sinônimo de ausência de doenças.

ABSTRACT

DONATO, Simone Menezes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2018. **I did not suffer, I embroidered: an analysis of leisure and volunteering in a hospital unit as a humanization strategy.** Advisor: Tereza Angélica Bartolomeu.

Leisure activities, in some hospitals, have been carried out by volunteers, who have become effective stimulating agents for quality of life and well-being, contributing to the humanization in these environments. In this sense, this dissertation aimed to describe and analyze the leisure activities and volunteering promoted by the Association of the Volunteers of Santa Casa (AVOSC), in the view of the receiving participants, of the collaborators of such practices and of the administrative agent from the hospital environment. The research was carried out in both qualitative and quantitative approaches, with dominance of qualitative methods, and was conducted in the *Santa Casa de Misericórdia Hospital* of Belo Horizonte, located in the capital of the State of Minas Gerais. The participants of this study included 56 health clients, three volunteers and a representative of the administration of the aforementioned health institution. Participant observation, semi-structured interviews and secondary documents, such as the Statute of the Santa Casa Volunteers Association (AVOSC) and the Volunteer's Handbook prepared by the Association were used for data collection. The quantitative data were analyzed by simple descriptive statistical method, whereas, for the qualitative data, the content analysis technique, by Bardin's perspective, was used. The results, analysis and discussions have confirmed the hypothesis that supported all research, confirming that the leisure activities in the hospital environment, during the period of hospitalization and/or treatment of the health client, are beneficial activities for the receiving agents and for the collaborators of this practice. The human relations established daily in the hospital are extremely complex and the AVOSC volunteering is an essential component for the work of the health institution and the spread of humanization in the environment, for it contributes to the recovery of values, attitudes, initiatives, motivations, a spirit of solidarity, friendship and empathy with the pain of others. In this sense, it was possible to identify that the health clients and their companions feel welcomed and valued for the attention they received during the occupational therapy promoted by AVOSC, resulting in well-being and quality of life. In addition, it was noticed that these activities eased the health clients' pain and suffering, and the volunteers, when exercising their role of promoting leisure, felt a good that they considered to be greater than the one felt by the person who receives the action of solidarity. Therefore, it can be said that leisure activity is a factor of resignification of the hospital context and that it has an important role in health

promotion for those who are hospitalized or in treatment phase without hospitalization. It is, thus, fundamental that leisure activity is implemented in health institutions, following the principle that health goes beyond the concept of absence of diseases.

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais são considerados, por muitos indivíduos, como locais marcados por sentimentos de dor, angústia, medo e solidão. Tal associação é mais contundente, principalmente, para aquele enfermo que se encontra em um estado de saúde grave e delicado, que requer mudanças relacionadas aos seus hábitos de vida. Nesse sentido, “a hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a uma experiência negativa. Os desconfortos físico, moral, espiritual e o medo da morte podem gerar sofrimentos” (SILVA, 1992, p. 6).

Todo tipo de internação traz ao paciente um sentimento de ruptura em relação às suas atividades cotidianas. Muitas vezes, de forma brusca, o enfermo é retirado dos seus afazeres diários para um tipo de rotina que não está acostumado, inclusive, em muitas situações, sem poder controlá-la, interferir ou mesmo sem condições de reclamar perante sua enfermidade. Nesses momentos, observa-se que a percepção que o indivíduo tem do tempo em que está internado muda, isto é, os minutos, as horas e os dias parecem parar.

Nesse sentido, os momentos dentro de um hospital são, na maioria das vezes, angustiantes, podendo agravar ainda mais o sofrimento, quando doentes e/ou acompanhantes tem que aguardar em filas de espera, submeter à frieza no atendimento dos profissionais da saúde, acomodar em ambiente com condições inadequadas, enfim, perpetuando uma cultura, no contexto das instituições hospitalares, centrada na doença.

Tendo em vista a percepção do cliente da saúde¹ como alguém que possui necessidades, e não somente como um indivíduo com uma doença a ser tratada, atividades diferenciadas de lazer, que o levem a um bem estar físico e emocional, podem e devem ser realizadas, de modo a aliviar seu sofrimento, tornando menos angustiante seu período de internação.

Pinto (2009) expõe que, a promoção do lazer no ambiente hospitalar relaciona-se a funções compensatórias e utilitaristas, consideradas importantes para o estado em que se encontram os enfermos, sendo perceptíveis suas contribuições para o descanso; o relaxamento; a meditação; a recuperação do desgaste emocional proveniente de tratamentos; a redução da dor, do sofrimento e do tédio; o alívio do estresse, da ansiedade e até mesmo para a ocupação do tempo.

Para tanto, a ocupação com atividades que propiciem prazer mostram-se como uma estratégia favorável, isto é, colaboram para a promoção da saúde, sendo, portanto, consideradas atividades de humanização, realizadas com o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento dos

¹ O termo cliente(s) da saúde, utilizado nesta pesquisa, refere-se a pacientes/enfermos de instituições hospitalares.

clientes da saúde/acompanhantes e promover qualidade de vida e bem estar durante a hospitalização ou tratamento.

A humanização tem sido tema de estudo cada vez mais presente em pesquisas científicas relacionadas à área da saúde, tendo em vista, crescentemente, sua importância nas práticas executadas dentro dos hospitais. Isso pode ser observado nos estudos de Seitz (2011), Isayama et al. (2011) e Carvalho (2013). Além disso, a partir do surgimento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), sua importância tem sido divulgada amplamente.

O PNHAH foi construído mediante a identificação de um número significativo de queixas dos usuários em relação aos maus tratos ocorridos em hospitais. Daí surgiu a iniciativa de unir profissionais da saúde, que constituíram um Comitê Técnico, para implementar uma proposta de trabalho direcionada à humanização dos serviços hospitalares públicos no Brasil. Estes profissionais elaboram o PNHAH com o intuito de proporcionar uma mudança de cultura no atendimento da saúde (BRASIL, 2001).

No ano de 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), impulsionou a humanização das práticas integrando a gestão e a atenção nos modos de cuidar, com a finalidade de fomentar uma mudança de cultura no âmbito hospitalar. Nesse ínterim, a humanização passa a ser vista como uma política pública transversal, delineada pela PNH, atravessando diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) (FREITAS, 2011).

No que tange a humanização, em alguns hospitais, as atividades de lazer tem ficado a cargo de voluntários que passaram a ser grandes agentes propulsores de estímulos para uma qualidade de vida e bem estar, prestando trabalho não remunerado à clientes da saúde e acompanhantes. Através das atividades realizadas voluntariamente, muitas instituições hospitalares pressupõem que surjam efeitos positivos no quadro clínico dos enfermos, a fim de permitir que sua permanência no hospital tenha um impacto menos negativo; além de proporcionar bem estar para o familiar ou acompanhante, também acreditam que estas ações podem contribuir no sentido de oferecer um espaço mais agradável para os profissionais da saúde.

Nessa acepção, parte-se do entendimento de que as atividades de lazer realizadas por voluntários, em instituições de saúde, são importantes, uma vez que tem proporcionado a presença de novas formas de acolhimento e cuidados com a saúde, contribuindo para a humanização das práticas hospitalares.

O trabalho voluntário, inicialmente, era percebido como caridade, situado em espaços não ocupados por profissionais da saúde. A partir de 2017, tem sido muito presente em unidades de internação, expressando como principal objetivo o bem estar dos clientes da saúde e seus acompanhantes.

De acordo com as informações divulgadas pela Rede Paulista de Centros de Voluntariado, em um documento intitulado “Textos e Reflexões de Centros de Voluntariado” (Brasil, 2014), o bem estar torna-se o foco de atuação das pessoas que exercem trabalho voluntário, manifestando-se nas seguintes perspectivas: nos modos de cuidar; na redução do mal estar de se estar doente; em procedimentos médicos; em se estabelecer relações que permitam a troca entre quem doa e quem recebe, sendo essa troca mais significativa, provavelmente, para o voluntário, uma vez que permite encontrar-se na pessoa do outro.

Um exemplo de trabalho voluntário, presente no ambiente hospitalar, é aquele desenvolvido pela Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), que proporciona atividades de lazer junto aos clientes da saúde e acompanhantes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Diante de tais considerações, pretendeu-se, com o presente estudo, proporcionar reflexões sobre as atividades de lazer promovidas por voluntários como estratégia de humanização e, além disso, ampliar o conhecimento e levantar discussões para estudos posteriores.

Portanto, a partir dos aspectos delineados, procurou-se refletir sobre o diálogo entre lazer e trabalho voluntário em unidades de internação, uma vez que foi identificada uma escassez de pesquisas realizadas, conforme consulta em banco de dados e sites acadêmicos.

1.1 O problema e sua justificativa

A proposta desta pesquisa, intitulada “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização”, foi construída a partir da experiência acadêmica da pesquisadora, fruto dos conhecimentos adquiridos em disciplinas da graduação, que tratam sobre temas relevantes envolvendo o contexto da saúde; através da realização de estágio no ambiente hospitalar; participação em eventos científicos sobre Hotelaria Hospitalar e pela experiência em projeto de iniciação científica.

Especificamente, o interesse pela temática “humanização hospitalar associada às atividades de lazer e trabalho voluntário” surgiu durante a disciplina “ECD 378 –

Administração de Serviços de Hotelaria Hospitalar”, mediante o conhecimento envolvendo temas relacionados aos serviços recreativos desenvolvidos em instituições de saúde, que instigaram a procura de novos conhecimentos com a finalidade de promover, de forma mais suave, o enfrentamento do momento difícil proporcionado pela internação ou durante o tratamento das enfermidades.

A partir deste interesse, foi realizada uma busca sobre as publicações científicas e em pesquisa realizada em bases de dados científicos, como o Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações, *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave “lazer”, “trabalho voluntário” e “humanização”. Não foram encontradas publicações científicas que analisassem as atividades de lazer promovidas por voluntários como estratégia de humanização, e a percepção entre os clientes da saúde e voluntários quanto à realização dessas atividades em hospitais.

Utilizando os mesmos critérios para as temáticas lazer e hospitais, foram identificadas experiências de intervenções de lazer em unidades de internação, porém, sem analisar, especificamente, as questões de interesse explicitadas acima.

Um estudo que ressalta a temática mencionada é a dissertação de Pinto (2009), intitulada “O lazer em hospitais: Realidades e Desafios”. Esta publicação teve por objetivo compreender o papel do lazer no contexto hospitalar, tendo como referência a realidade dos sujeitos internados. Dentre várias conclusões evidenciadas, a autora pôde notar que o lazer tem um papel importante na manutenção e na promoção da saúde dos enfermos, sendo fundamental a inserção de práticas de lazer no contexto hospitalar, partindo do princípio de que a saúde não é apenas sinônimo de ausência de doenças.

Esta pesquisa foi além do estudo referenciado. Ela incluiu, junto aos objetivos, um estudo de caso que teve como propósito analisar a percepção de clientes da saúde que participam de atividades de lazer, de voluntárias que desenvolvem tais atividades no contexto hospitalar e da administração do hospital quanto à importância dessas ações.

Considerando tal justificativa e diante de uma situação precária vivenciada diariamente em muitos hospitais, com infraestrutura inadequada em relação ao tamanho dos ambientes, iluminação, cor, péssimo atendimento pelos profissionais da saúde, filas enormes de pacientes, aguardando por consulta ou internação; pretendeu-se analisar as atividades de lazer e as contribuições dessas atividades para a promoção das ações de humanização hospitalar.

Nesse sentido, o problema, pelo qual se justificou a presente pesquisa, se insere no seguinte contexto: os hospitais são ambientes marcados pela dor, angústia, medo e solidão, sendo a hospitalização uma experiência negativa para muitos. Embora haja uma grande preocupação com a recuperação do cliente da saúde, em termos de tratamento da doença, muitas vezes não existe inclusão de práticas de lazer como coadjuvante para o tratamento do paciente.

Ao refletir sobre essas situações vivenciadas diariamente, em muitos ambientes hospitalares, e com o propósito de promulgar atitudes humanizadoras, legitimadas em políticas públicas de saúde, como, por exemplo, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS, torna-se emblemática a busca por atividades que possam livrar as instituições de saúde da visão clássica de dor, tristeza, angústia, medo, solidão, dentre outros sentimentos adversos.

Nesta perspectiva, o presente estudo visou ampliar o conhecimento; levantar discussões para estudos posteriores, quanto à importância da realização de trabalho voluntário e atividades de lazer em hospitais para a promoção de saúde e humanização; assim como proporcionar um ambiente mais agradável.

Para tanto, com o intuito de dar visibilidade às temáticas lazer e humanização em unidades de internação, este estudo se propôs a responder as seguintes questões: A realização de atividades de lazer, promovidas por voluntários no ambiente hospitalar, contribui para a recuperação dos clientes da saúde e para a propagação da humanização na assistência hospitalar? Como as voluntárias se sentem ao promover tais atividades?

A hipótese que norteou o presente trabalho foi de que as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, durante o período de internação e/ou tratamento do cliente da saúde, são atividades benéficas para os agentes receptores e doadores dessa prática.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA:

1.2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar as atividades de lazer e o voluntariado promovido pela Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agente administrativo inserido no ambiente hospitalar.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, o trabalho voluntário da AVOSC, as voluntárias e os clientes da saúde que participam das atividades de lazer no ambiente hospitalar;
- Analisar a percepção dos clientes da saúde e das voluntárias sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC;
- Identificar a percepção da direção do hospital quanto às atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, para os clientes da saúde;
- Analisar como se dá a humanização hospitalar, na visão das voluntárias da AVOSC e do representante da administração do hospital.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A evolução histórica da saúde no Brasil está diretamente relacionada às transformações sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira. Nesse sentido, a fim de compreender as políticas públicas de saúde no Brasil, é importante considerar os principais movimentos históricos que delinearam o campo da assistência à saúde no Brasil (STHAL, 2016).

Desde a vinda da família real para o Brasil até o final do século XIX, as condições de saneamento básico da população eram extremamente precárias e não havia uma organização do sistema de saúde. Com o agravamento de epidemias e endemias, ao final do século XIX, a situação se torna caótica, exigindo uma organização maior da assistência à saúde (STHAL, 2016).

Conforme explicam Berbel e Rigolin (2011), o contexto brasileiro estava marcado pela existência de muitas doenças que acometiam a população, como, lepra, beribéri, tuberculose e cólera, configurando uma situação caótica. As intervenções do governo eram delineadas em torno de movimentos de controle sanitário nos portos, ruas e nas casas, com o propósito de combater as doenças.

De acordo com os autores citados, este modelo de intervenção ficou conhecido como sanitarismo campanhista, em que o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos principais da ação Estatal. Tendo a percepção de que os fins justificam os meios.

Uma característica marcante deste episódio foi a falta de um diálogo entre Estado e população no sentido de considerar a importância da imunização e sua contextualização com a precariedade da saúde pública, que o país enfrentava naquele momento.

A partir do início do século XX, precisamente em 1904, explodiu a Revolta da Vacina, surgindo o movimento da Reforma Sanitária que ocorreu devido às precárias condições de vida da população, às reformas urbanas e pela vacinação compulsória. Nessa época, a economia dependia de toda a força de trabalho, que necessitava se adequar às exigências da indústria e manter os padrões de produção de café. O Estado, comprometido com o sistema econômico, intensificou seu processo de organização para garantir o sucesso da industrialização, visando garantir uma força de trabalho em condições de produzir. Desse modo, as ações em saúde seriam prioritárias (CORREIA et al., 2010).

Baptista (2007) ressalta que o ideal da Reforma Sanitária exigia uma revisão na forma de atuar do governo, que tinha uma lógica burocrática caracterizada pela concentração do poder nas mãos de poucos. Com o intuito de promover uma disposição social para redistribuir a renda e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática.

A ideologia sanitarista dos anos 1920 desempenhou um papel de mobilização política. Apesar de ser fundamentalmente um movimento considerado de elite, a Reforma Sanitarista tomou um grande impulso, uma vez que atraiu setores das classes médias, formando correntes favoráveis às teses sanitaristas dentro do Congresso e agitando a imprensa. No contexto político, em torno da ideia de saneamento do Brasil, implementou-se a politização da questão sanitária durante o primeiro período republicano (LIMA, 2006).

A partir de 1923, com a elaboração da Lei Elói Chaves, a saúde dos trabalhadores atrelada à previdência passa a ser componente de um sistema para os trabalhadores. Assim, de início, foram criadas as caixas de pensão, conhecidas como Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), depois, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e, finalmente, o grande instituto congregador de todos, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CARVALHO, 2013).

De acordo com Menicucci (2014), a política de saúde foi constituída de forma segmentada desde o seu início. Com a criação da previdência social, a assistência à saúde emerge, sendo considerado um período marcante para o sistema de proteção social instituído no Brasil. Ressalta-se que foi através da criação da previdência social que se desenvolveu a sustentação dos direitos sociais pelo Estado, trazendo a segmentação de suas clientela. Inicialmente nas CAP's, ligadas às empresas, e posteriormente nos IAPs, construídos em torno

de categorias profissionais (ferroviários, marítimos, bancários), sendo que cada Instituto prestava, residualmente, assistência à saúde, que dá origem à assistência à saúde propriamente, porém, de formas diferenciadas. Cada instituto tinha recursos para a saúde e prestava serviços de maior ou menor envergadura.

O autor citado evidencia que o mais importante nesse contexto é que o benefício tinha um vínculo com o contrato de trabalho formal, possuindo características de seguro e não de direito de cidadania. Nesse sentido, verifica-se o caráter meritocrático associado à inserção no mercado de trabalho, cujas diferenciações reproduz. Além disso, no Brasil, a política de saúde apresentava diferenças do tipo funcional e institucional, ou seja, ao Ministério da Saúde cabiam as ações que incluíam o coletivo e algumas de assistência básica, e ligada à Previdência Social, estava a saúde curativa restrita aos segurados.

No entanto, Lima, Silva e Pereira (2010) ressaltam que anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde, tinha-se uma divisão dos brasileiros em categorias, como: os que tinham direito à saúde pública por serem contribuintes da previdência social, aqueles que podiam pagar pelos serviços de saúde particulares e os que não possuíam direito algum.

Sarreta (2009) considera que a organização do sistema previdenciário, organizado a partir de categorias profissionais, cortou as ações mantidas pelo Estado, restringindo às medidas campanhistas e aquelas garantidas por meio da contribuição obrigatória. As ações voltadas para a educação em saúde limitavam-se a alguns programas, uma vez que a prioridade era o combate às doenças infecciosas e parasitárias, cujo o enfoque era nas categorias ligadas à exportação e ao comércio que eram consideradas as atividades essenciais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

Na década de vinte, com a ocorrência de avanços na saúde, através da mobilização política, Baptista (2007) salienta que apesar da existência de ações coletivas e preventivas existentes, grande parcela da população não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde. Em se tratando do sistema político e dos direitos presentes na sociedade, o direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e não havia interesse na definição de uma política ampla de proteção social.

Outro período marcado por grandes transformações na área da saúde no Brasil, de acordo com Sarreta (2009), foi entre 1945 a 1964. A influência norte-americana levou o país a implantar o modelo de saúde baseado em grandes hospitais, colocando em segundo plano a rede de atenção básica, o que, conseqüentemente, trouxe impactos negativos para o Sistema Único

de Saúde (SUS). Assim, nesse cenário complexo, o desenvolvimento da política de saúde foi consideravelmente lento.

Diante do exposto, fica evidente que esse percurso obteve como resultado o desenvolvimento de um padrão de intervenção estatal centralizado, fragmentado e que, segmentando algumas ações governamentais, produziu grandes disparidades no acesso da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde, gerando consequências negativas.

Ao final do ano de 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde (III CNS), momento em que surgiram vários estudos para a criação de um sistema de saúde. Esta Conferência teve como principais objetivos: criar um sistema de saúde para todos e organizado de forma descentralizada. A ditadura militar, que teve início em março de 1964, encerrou a proposta poucos meses depois (CARVALHO, 2013).

Durante a ditadura, havia um sistema de saúde que tinha como propósito colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e como um dever do Estado. Abrangendo um tipo de organização em defesa de um sistema público de saúde integral e universal que acontecia em pleno regime autoritário, mas sempre na perspectiva de sua superação (CARVALHO, 2013).

Posteriormente à ditadura, de acordo com Paim (2012), entre as décadas de setenta e oitenta, os movimentos sociais, ao se ampliarem, ganharam força, propondo a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da “democratização da saúde”. Com a redemocratização, especialmente a partir do evento conhecido como a VIII Conferência Nacional de Saúde (III CNS), a “Reforma Sanitária” se inseriu em um novo contexto.

Para Lima, Silva e Pereira (2010), pode-se considerar que, por volta dos anos 1980, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial que foi instaurado em 1964, também experimentou uma profunda e prolongada crise econômica, que persiste ao longo do tempo. Assim, a saúde, nessa década, contou com a participação de novos atores sociais, na discussão das condições de vida da população brasileira, contribuindo para a existência de um amplo debate que permeou a sociedade civil. Então, a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão mais abrangente, enquanto política, estando estreitamente vinculada à democracia.

Sousa e Batista (2012) consideram que antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema governamental brasileiro, em se tratando de políticas públicas direcionadas para a saúde, era considerado omissor. O modelo vigente consistia em que o próprio cidadão deveria cuidar da sua saúde, só havia uma intervenção estatal em casos considerados graves e que não pudessem ser solucionados pelo próprio indivíduo, que representasse um risco de

epidemia à população ou ao sistema econômico. Portanto, alguns direitos, principalmente em relação ao contexto da saúde, só vieram a ser consolidados, efetivamente, a partir da Constituição de 1988.

De acordo com Guidini (2012), o sistema de saúde brasileiro evoluiu conforme o desenvolvimento político e econômico no Brasil, percorrendo por diferentes regimes, elaborações de Leis e normas que atingiram a saúde pública até a concepção do Sistema Único de Saúde. Desse modo, conforme o referido autor, o SUS pode ser compreendido como resultado de um extenso processo de construção política e institucional, iniciado com a Reforma Sanitária, apresentando como objetivo a transformação das condições de vida e de atenção à saúde da população brasileira.

Nesse sentido, corroborando com Guidini, Roncalli (2003) pondera que o atual modelo de prestação de serviços de saúde do país, corporificado pelo SUS é, portanto, resultado de um longo caminho histórico, caracterizado pelas significativas lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 70 e 80, em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Nesse ínterim, em 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS). Na realização do evento foi apresentada a proposta enfatizando a reformulação da política de saúde, e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O programa, conhecido como Prev-Saúde, baseava-se em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), desenvolvido no período entre 1976 e 1979, no Nordeste do Brasil (BAPTISTA, 2007).

No ano de 1986, o Ministério da Saúde convocou técnicos, gestores e usuários da saúde para uma discussão que tinha como finalidade a reforma do sistema de saúde. Diante de tais discussões, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). Esta conferência foi considerada um marco para a história da política de saúde brasileira, pelo fato de contar com a participação de membros da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial (BAPTISTA, 2007).

Nesse contexto da realização da VIII CNS, Baptista (2007) disserta que foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia-ponte na construção, logo em seguida, do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, posteriormente, se inseriu em um contexto mais amplo da política pública, abrangendo além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social, e em 1988, após a

legalização do SUS, buscou-se definir, em novas leis, regras para garantir o financiamento do setor e a regulação do setor privado e demais pontos da política.

Após a realização da VIII Conferência em 1986, na Constituição Federal Brasileira de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) para que a população do país tenha acesso ao atendimento público de saúde.

A Constituição de 1988 explana, na seção II, Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012).

A partir da legalização do SUS, rompe o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil antes da Constituição de 1988, determinando a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania, que naquele momento se expandia, e que considera não apenas os direitos formais, como os direitos políticos, mas, principalmente, a ideia de uma democracia de direitos substantivos, envolvendo a igualdade de bem estar entre todos os indivíduos. Nesse campo, cabe lembrar que a saúde teve uma importância preponderante no ideário da Constituição (MENICUCCI, 2014).

De acordo com o exposto, Reis, Araújo e Cecílio (2009) descrevem que o SUS tornou-se, então, a expressão do esforço do nosso país de garantir o acesso de todos os cidadãos que necessitam de cuidados em saúde para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora tenha-se a compreensão de que bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas, é inquestionável a importância da formulação e implantação de política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos cidadãos.

Em 1990, o SUS foi regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990, determinando objetivos, princípios e garantias peculiares para a efetivação da saúde no contexto brasileiro, assegurando, perante procedimentos legais, o cumprimento do direito fundamental de proteção à saúde.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990):

dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E especificamente sobre o SUS, no Título II menciona que o Sistema Único de Saúde se constitui como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990).

Durante a década de 1990 e nos anos 2000, o processo de implementação do SUS entrou em cheque, surgindo a necessidade de articulação dos diversos atores sociais, como, por exemplo, os próprios trabalhadores que atuam na área da saúde, no sentido de defender as conquistas promulgadas pela Constituição de 1988 (LIMA, 2006).

A partir de 2000, em um contexto cada vez mais crescente de queixas de usuários em relação a maus tratos ocorridos em instituições de saúde, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde (XI CNS) e o termo humanização pautou as discussões de forma mais abrangente, como pode ser constatado pelo próprio tema escolhido para a conferência: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Diante de tal fato, o tema humanização passou a ser inserido no contexto das discussões para implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (VIANA, 2004).

A partir da realização da XI Conferência Nacional de Saúde, com a identificação de situações problemáticas ocorridas nos hospitais, surge a proposta de humanizar o ambiente. Nesse contexto, teve início, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que algum tempo depois, no ano de 2003, transformou-se em uma política pública, intitulada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS.

2.2 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS

Com base na análise sobre a contextualização histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, discutida anteriormente, para entender a dinâmica de uma política pública na área da saúde, no presente tópico, procurou-se discutir algumas fases ou etapas da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também conhecida como HumanizaSUS e Política Nacional de Humanização (PNH). Com ênfase especial nas fases de identificação do problema, formulação da política e implementação, de forma a identificar a dinâmica existente entre as várias fases do ciclo da política.

O primeiro passo, ou seja, a identificação do problema está centrada na constatação, pelo Ministério da Saúde, de um número significativo de queixas de pacientes em relação a maus tratos nos hospitais. O Ministério da Saúde então tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental, para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde, envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil, prevendo a participação de gestores,

profissionais da saúde e comunidade. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (BRASIL, 2001).

Viana (2004) ressalta que o Ministério da Saúde, enquanto gestor federal do SUS, investiu na melhoria da gestão hospitalar e na melhoria do atendimento oferecido à população, contribuindo para a construção de uma cultura humanizada em relação ao atendimento nos hospitais públicos. Desse modo, foram implementados programas voltados para a área materno-infantil, como o Parto Humanizado, Mãe Canguru e Hospital Amigo da Criança.

A partir dessas propostas visando a humanização em unidades de internação, oficialmente, em junho de 2001 foi lançado, para o atendimento hospitalar, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Para Oliveira, Neusa e Collet (2006, p. 6) “ao apresentar essa proposta, o Estado coloca que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais.”

Nesse sentido, o PNHAH, além de aprimorar o relacionamento entre os pacientes e os profissionais da saúde, tem o objetivo de fortificar a relação dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Para tanto, há uma valorização da dimensão humana e subjetiva de forma a requalificar os hospitais públicos que poderão tornar as instituições de saúde mais solidárias e modernas, atendendo expectativas de gestores e principalmente da comunidade (BRASIL, 2001).

Demonstrando a importância do relacionamento entre os profissionais, Oliveira, Neusa e Collet (2006) acentuam que não existe humanização da assistência se não existe um cuidado com a realização pessoal e profissional de todos que fazem parte da equipe naquele ambiente. Além disso, também pode-se considerar que não há humanização sem um projeto que envolva a coletividade, ou seja, em que toda a instituição se reconheça e se valorize.

De acordo com Viana (2004), o PNHAH, inicialmente, foi um projeto piloto implantado em dez hospitais, no período de julho a dezembro de 2000. Coordenado pelo Comitê Técnico de Humanização da Assistência Hospitalar, designado pela Portaria SAS/MS nº 210, de 20/6/2001. O trabalho foi desenvolvido em cada hospital por dois profissionais, com o acompanhamento e supervisão de mais sete profissionais, além dos integrantes do Comitê.

Com base em atos normativos, estabelecidos pelas portarias: GM/MS nº 881, de 19 de

junho de 2001, SAS/MS nº 202, de 19 de junho de 2001 e SAS/MS nº 210, de 20 de junho de 2001, criadas pelo Ministério da Saúde e Interministeriais, procurou-se orientar as ações a serem implementadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultaram na criação do PNHAH.

Oliveira (2010) apresenta um breve relato do que se constituem as portarias mencionadas, como apresentado a seguir: a) A Portaria GM/MS nº 881, de 19 de junho de 2001, institui o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo elaborado por profissionais da área técnica de saúde mental, desenvolvido no período de junho a dezembro de 2000; b) A Portaria SAS/MS nº 202, de 19 de junho de 2001 estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS); c) A Portaria SAS/MS nº 210, de 20 de junho de 2001, institui o Comitê Técnico Assessor para o desenvolvimento do PNHAH.

Para Conceição (2009), neste programa foram inseridas as ações de humanização já desenvolvidas tanto no nível local como nacional, que tiveram características por terem sido desenvolvidas de forma focalizada e fragmentada, com destaque para as áreas da saúde envolvendo a mulher e a criança, trabalhando em frentes como: humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto; humanização da gestão, entre outras.

A primeira fase do PNHAH ocorreu no período correspondente a janeiro de 2001 a março de 2002 e a segunda fase no período de abril de 2002 a junho de 2003. Em seguida, o ano de 2003 foi considerado um marco histórico da humanização no Ministério da Saúde, quando é difundida a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS), durante o evento XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Iº Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, que aconteceu em Natal/RN, no período de 17 a 20 de março de 2003 (OLIVEIRA, 2010).

Viana (2004) disserta que as experiências de humanização implementadas nos programas do Ministério da Saúde ocorrem há muito tempo, e apresentam progressos importantes na área da saúde em relação a um atendimento hospitalar mais humanizado. Assim, cabe ressaltar que não se conseguiu uma interface entre eles, ainda sucedendo ações fragmentadas com pouca ou nenhuma interligação, mesmo estando implantados em uma mesma instituição hospitalar, fato este que pode ser observado no Relatório da Experiência do PNHAH. Nessa conjuntura, com a identificação de tal problema, surgiu então a demanda que contribui para a formulação e implantação da Política Nacional de Humanização.

Essa falta de integração, identificada nos programas, foi uma questão relevante a ser

levada em consideração no momento em que foram esquematizadas as diretrizes das políticas de saúde, após a eleição para presidente da república, em início de 2003, quando o Ministério da Saúde passou a ter uma nova gestão que delineou um novo atendimento hospitalar. Assim, dentre as prioridades dessa nova gestão, foi incluído a construção de uma Política Nacional de Humanização, englobando as iniciativas já existentes e com a preocupação de que a humanização estivesse voltada para a atenção e para a gestão do SUS, operando de forma transversal em todas as práticas envolvendo saúde. Nesse sentido, a humanização passa a ser pensada de forma mais completa, abrangendo não só as instituições hospitalares como também toda a rede de saúde e as formações de seus profissionais (VIANA, 2004).

Ademais, a Política Nacional de Humanização (PNH) considera a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, apreendendo que a humanização, enquanto uma política pública, deve atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, além disso, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde. Assim, implica dizer que as ações implementadas devem estar integradas, levando em consideração as diretrizes das políticas de saúde, tendo a preocupação com o atendimento mais humanizado do seu público alvo (SILVA, 2010).

De acordo com Pasche, Passos e Hennington (2011), a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, é uma política do SUS que surge a partir da convergência de três objetivos centrais, sendo eles: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis na produção de saúde e na vida dos trabalhadores.

Os autores citados também descrevem que a PNH nutre-se e reinveste na tradição do SUS, de um modo de fazer política. Reinveste na reforma, isto é, apresenta, dentre seus objetivos, rever as formas que foram instituídas no âmbito das práticas de saúde, analisando as instituições de modo a fazer valer o processo de institucionalização que deve continuar vivo e ativo.

A PNH, ao mesmo tempo em que reconhece as dificuldades enfrentadas na área da saúde pública, parte e aposta em um “SUS que dá certo”. A partir de experiências presentes em todo território brasileiro que informam sobre possibilidades reais e concretas de superação de desafios experimentados por equipes, trabalhadores e usuários.

Nesse sentido, o termo humanização se apresenta não somente como emergência de novas propostas, mas também como estratégia de valorização da experimentação do SUS que já se dá no cotidiano das práticas de gestão e de atenção à saúde. A valorização do cotidiano para a formulação de políticas públicas é uma inovação, tendo em vista que as políticas de saúde se originam em geral do aparato burocrático do Estado (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011).

A partir da análise dos problemas e dificuldades identificados em vários serviços de saúde e considerando as experiências de humanização que foram bem sucedidas, acredita-se que a PNH tem sido experimentada em todo o País. Desse modo, existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da Política Nacional de Humanização, traduzidas em método, princípios, diretrizes e dispositivos que estruturam a política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde descreve sobre a estrutura da PNH (princípios, método, diretrizes e dispositivos), traduzindo da seguinte forma:

- **Por princípio** entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde: Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.
- **Por método** entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”: Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas; Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises e Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes.
- **Por diretrizes** entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da: clínica ampliada; Co-gestão; Acolhimento; Valorização do trabalho e do trabalhador; Defesa dos direitos do usuário; Fomento das grupidades, coletivos e redes e Construção da memória do SUS que dá certo.
- **Por dispositivos** entende-se a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são postos a funcionar nas

práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado gestor; Contrato de gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, entre outros; Visita aberta e direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; Projetos co-geridos de ambiência; Acolhimento com classificação de riscos; Projeto terapêutico singular e Projeto de saúde coletiva e Projeto memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2013).

Florentino e Camargo (2015) esclarecem que dentro das diretrizes e propostas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a execução da PNH, existem vários componentes que possibilitam a implantação das atividades de lazer no ambiente hospitalar, sendo eles: a valorização, autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Para tanto, a partir do surgimento da PNH, a temática humanização, além de se fazer presente de forma ampla em eventos científicos, acadêmicos, em cursos, também se faz presente em ações nas instituições de saúde, que apresentam como premissas as diretrizes e os princípios da PNH com o intuito de um atendimento humanizado.

Dentre essas ações implementadas, as atividades de lazer, que são desenvolvidas em muitos hospitais, se constituem como possibilidades de intervenção para que o ambiente seja mais humanizado. Considerando este fato, um esclarecimento maior sobre tais atividades será dado no próximo item.

2.3 Humanização e lazer

A temática humanização tornou-se mais presente em discussões referentes à saúde pública no Brasil no fim da década de 1990. Entretanto, o interesse pela humanização começou a tracejar seu caminho na década de 1950, por intermédio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da defesa em prol da assistência ao parto humanizado, da luta antimanicomial e por influência de outros movimentos abrangendo a assistência à saúde (CONCEIÇÃO, 2009).

De acordo com Florentino e Camargo (2015, p. 100), “o processo da hospitalização cria no sujeito uma série de mudanças e rupturas nas relações e no cotidiano: limitações físicas e sociais, perda da autonomia e afastamento dos papéis que o identificam como indivíduo”. Corroborando com esta ideia, Dantas et al. (2014) enfatizam que durante o tempo de internação,

os clientes da saúde tendem a apresentar um estado psicológico abalado, pois terão de lidar com um novo cotidiano que exige um maior equilíbrio emocional. Dessa forma, buscam por condições ambientais necessárias para adaptarem-se ao novo contexto, de modo a superarem tais momentos de dificuldades advindos da internação, que os privam da proximidade com os familiares, bem como ficam distantes do conforto da casa e longe das atividades do dia a dia.

Gomes (2008) confirma que o cliente da saúde é um dos agentes do ambiente hospitalar que possui singularidades, encontra-se em situação de vulnerabilidade durante o período de internação, encontra-se frágil, deslocado do convívio familiar. Em vista disso, cabe ao hospital proporcionar um ambiente propício ao seu acolhimento e promoção de sua qualidade de vida. Entretanto, o que muito se observa é que nem sempre isso acontece, consistindo sua estada em um momento de adversidade.

O lazer pode ser um elemento importante para ampliar as possibilidades de bem estar e qualidade de vida no contexto hospitalar, que vai possibilitar a construção de um ambiente mais humanizado.

De acordo com Trindade (2006), para compreender o processo de humanização, que ocorre através do lazer, é preciso entender que o lazer é considerado uma atividade fundamental na vida das pessoas, embora muitos não o considerem e o tratam como uma fuga do cotidiano. Cabe ressaltar que o lazer é acessível para todos os indivíduos, independente de qualquer distinção que se possa fazer (raça, sexo, idade, religião), podendo ser conceituado como o direito mais democrático que existe na sociedade, uma vez que todos têm a oportunidade de experienciá-lo, basta que a pessoa tenha consciência do tempo disponível e encontre nesse tempo algo que lhe proporcione prazer e satisfação em vivenciar.

Isayama et al. (2011, p. 3), em seu estudo, confirmam que “[...] há a possibilidade de desenvolvimento de ações de humanização ligadas ao lazer junto aos sujeitos envolvidos com o ambiente hospitalar, sejam eles pessoas em tratamento, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e até mesmo os acompanhantes”.

Mas o que vem a ser o termo humanização tão utilizado em propagandas de divulgação de hospitais; em eventos que tratam da hotelaria hospitalar e tão discutido em estudos científicos?

O conceito de humanização de acordo com Mota, Martins e Vêras (2006) apud Isayama et al. (2011, p. 6):

É entendida como uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, levando em conta que os sujeitos sociais, quando incentivados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, sobretudo, de investir na produção de um novo tipo de

interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e formulando seu protagonismo (MOTA, MARTINS e VÉRAS, 2006 apud ISAYAMA et al., 2011, p. 6).

Com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), o conceito de humanização, pelo Ministério da Saúde, passou a ser descrito como:

Uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2010, p. 44).

Para Conceição (2009), o conceito de humanização descrito na PNH foi ampliado, tornando-se não mais restrito à assistência hospitalar, uma vez que passou a contemplar a gestão e a atenção, com o propósito de buscar a superação da fragmentação dos processos de trabalho, através de ações coletivas.

Ainda sobre o termo humanização, Gomes (2008) enfatiza que este guarda uma especificidade a ser compreendida através de sentidos e percepções dos usuários, que se submetem ao atendimento nas instituições hospitalares. Assim, na década de 1960, iniciaram no Brasil os primeiros movimentos de reivindicação dos direitos dos usuários e, em 1980, surgiram os primeiros congressos sobre humanização hospitalar e da saúde.

Taraboulsi (2004) apud Barroso e Souza (2011) descrevem que algumas instituições de saúde estão tentando deixar para trás a imagem clássica de hospital, levando para o ambiente alternativas que minimizem os impactos dos momentos difíceis, de dor, tensão, angústia e sofrimento que os clientes da saúde enfrentam durante o período de internação, transformando a estada mais agradável, afinal, as pessoas nunca terão prazer de estarem no hospital, mas o desconforto pode ser minimizado por medidas humanizadoras.

Seitz (2011) chama a atenção no sentido de que é preciso estar atento para que os objetivos da humanização não se limitem apenas a uma condição de status para a organização, pois, um atendimento que é considerado humanizado envolve transformações mais amplas, abrangendo mudanças de atitudes e comportamentos, exigindo dos profissionais da saúde uma articulação que vai além dos conhecimentos técnicos e científicos apreendidos por meio de teorias, envolvendo também aspectos afetivos.

Corroborando com a referida autora, Dantas et al. (2014) explanam que não se pode pensar em tratar um cliente da saúde apenas pelo lado físico, em relação a fornecimento de medicamentos e procedimentos médicos, mas, também, é importante tratar o lado emocional e social de cada enfermo, independente da faixa etária ou de suas peculiaridades.

Nesse sentido, o lazer pode ser uma alternativa para um ambiente hospitalar mais humanizado, podendo proporcionar benefícios para os clientes da saúde, familiares e acompanhantes, para os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, além de outros colaboradores). Dentre os serviços de lazer que são oferecidos nos hospitais, a criança tem sido a mais beneficiada com a presença de brinquedotecas.

Como apresentado no Congresso Nacional de Educação - Educere (2009), a brinquedoteca hospitalar é amparada pela Lei nº 11.104/2005, que trata sobre a obrigatoriedade da implantação de brinquedotecas em unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Porém, de acordo com Zwaretck (2013, p. 4):

A existência de brinquedotecas hospitalares ainda está em fase de expansão, os hospitais aos poucos se adequam às necessidades impostas pela legislação vigente, para que o espaço específico destinado para o brincar nas instituições hospitalares torne efetiva a possibilidade lúdica em sua dimensão terapêutica (ZWARETCK, 2013, p. 4).

Pinto (2009) observou em seu estudo que grande parte da temática envolvendo lazer em instituições hospitalares é relacionada às crianças. Assim, internados em outras faixas etárias, como os adultos, se configuram como um público-alvo de poucos estudos e publicações no espaço acadêmico, constituindo uma lacuna que pouco esclarece sobre a realidade do adulto e suas particularidades no contexto hospitalar. De certa forma, tal constatação compromete as pesquisas que são desenvolvidas com relação ao lazer no hospital. Logo, verifica-se a importância de novas pesquisas que evidenciem os efeitos proporcionados pelos momentos de lazer praticados em unidades de internação.

Ao implantar ou durante a realização de atividades de lazer direcionadas aos clientes da saúde, com o propósito de agregar efeitos positivos durante a hospitalização ou o período de tratamento do enfermo, é importante considerar que cada um tem suas necessidades, aspectos culturais, sociais e emocionais específicos, independente se é criança, adolescente ou adulto.

Nessa perspectiva, Dantas et al. (2014) reforçam que cada cliente da saúde possui suas peculiaridades que devem ser levadas em consideração. Portanto, da mesma forma que a criança ou o adolescente sente necessidades e anseios, os adultos e idosos também sentem, porém, ressalta-se que cada faixa etária apresenta suas diferenças. Sendo assim, é considerado indispensável a preocupação com o lado emocional e social do enfermo.

Diante de tais considerações, parte-se do pressuposto que as atividades recreativas podem trazer benefícios não só para as crianças hospitalizadas, como também para todos os profissionais que estão ali presentes, para os familiares e acompanhantes envolvidos durante o período de hospitalização. Entretanto, cabe salientar que, de acordo com as discussões

realizadas por Seitz (2011), a grande maioria dos hospitais não proporciona nenhuma atividade de lazer aos seus clientes da saúde. Desse modo, os enfermos ficam por longas horas imóveis no leito, mergulhados em sua dor, em seus pensamentos e preocupações. Por essa razão e em função de minimizar as condições negativas advindas da internação, deve-se proporcionar a esses pacientes algum tipo de recreação, respeitando as condições e preferências de cada um.

Zwaretck (2013) explana que a recreação, enquanto uma prática terapêutica, apresenta como objetivo amenizar a monotonia hospitalar, mudando o contexto, o significado, possibilitando estada mais parecida possível ao que o cliente da saúde tinha antes de ser internado, tornando-o mais saudável, superando a solidão, a saudade, a perda e a tristeza que a hospitalização provoca.

Para os autores Casara, Generosi e Sgarbi (2007, p. 1):

A Recreação Terapêutica é entendida como restabelecimento, restauração, recuperação; é a atitude mental de quem deixa fluir o aspecto lúdico da vida, conciliando a diversão e a terapia através de atividades e dinâmicas estabelecidas conforme a necessidade de cada paciente, tornando a passagem pelo hospital menos traumática (CASARA, GENEROSI e SGARBI, 2007, p.1).

Os autores supracitados, reconhecem a importância da Recreação Terapêutica pela associação de um conjunto de fatores fundamentais, que possibilitam um equilíbrio harmônico para o desenvolvimento integral do indivíduo durante seu período de internação.

De acordo com Oliveira (2001, p. 1), a presença de atividades envolvendo a recreação são necessárias nas instituições de saúde, “não só para amenizar a permanência do paciente no hospital, mas também para estimular a socialização, a afetividade, o bem estar físico e mental, enfim, o resgate da parte saudável do paciente e a sua qualidade de vida”.

Nesse contexto, outro ponto a ser observado é que as atividades de lazer podem ser promovidas por meio do trabalho voluntário, exercido, muitas vezes, por pessoas que dedicam parte do seu tempo e de sua vida, na realização de determinada atividade, por vontade própria e sem remuneração.

No âmbito hospitalar, as atividades desenvolvidas por voluntários têm-se configurado, principalmente, com uma oportunidade para ajudar a minimizar o sofrimento durante o período de internação. Além disso, existem outras discussões pertinentes envolvendo o trabalho voluntário que serão ressaltadas a seguir.

2.4 O trabalho voluntário no contexto hospitalar

O Estado se constitui como um importante agente responsável pela expansão do trabalho voluntário, garantindo o seu funcionamento em conformidade com um respaldo regulamentado, sancionado pela Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências de acordo com um enquadramento jurídico legal brasileiro (BRASIL, 1998).

Consoante à referida Lei, perante a legislação brasileira, a definição de serviço voluntário em seu artigo primeiro é:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade (BRASIL, 2012).

A Lei nº 13.297, de 16 de junho de 2016, conforme a publicação do Diário Oficial da União em 2016, alterou o art. 1º da Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, para incluir a assistência à pessoa como objetivo de atividade não remunerada reconhecida como serviço voluntário. Ficando conforme a nova redação dada, como:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para os fins desta Lei, a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa (BRASIL, 2016).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), “o voluntário é o jovem ou o adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte de seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem estar social ou outros campos” (BRASIL, 2010, p. 4). A descrição de voluntário pela ONU, apresentada por Ortiz (2007, p. 30), “trata-se, portanto, de uma definição bastante ampla para compor todos os tipos de pessoas e seus respectivos interesses, todas as cargas de tempo possíveis, todos os tipos de atividades, todas as formas de organização”.

De acordo com Leite (2011, p. 66), “posteriormente à Lei nº 9.608, em 23 de março de 1999, foi sancionada a Lei nº 9.790, que define a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)”. A referida autora, em suas discussões sobre a Lei, acrescenta que:

O artigo 3º, parágrafo VII, da lei nº 9.790/99, indica os objetivos sociais dessas organizações, evidenciando o trabalho voluntário. Surge então um perfil diferenciado de voluntariado, voltado para a doação de tempo, talentos e

habilidades, fundamentado em valores como solidariedade e cidadania (LEITE, 2011, p. 66).

Para o exercício do serviço voluntário, conforme a Lei nº 9.608, deverá ser celebrado um Termo de Adesão entre a entidade (pública ou privada) e o prestador do serviço voluntário, especificando o objeto da atividade a ser executada voluntariamente e as condições do seu exercício (BRASIL, 2010).

Tal medida é necessária tendo em vista a precaução ressaltada por Leite (2011), de que, a Lei nº 9.608 define, notoriamente, o vínculo entre as pessoas que estabelecem algum tipo de serviço com a instituição de saúde, não permitindo, dessa forma, que exista oportunidade para possíveis falsos voluntários se inscreverem, apenas para caracterizar relação de trabalho. À vista disso, considera-se que a Lei trouxe consigo o fim de um dos maiores entraves enfrentados pelas instituições sociais que se abriram ao trabalho de voluntários.

Salienta-se, diante de tais discussões, que o trabalho voluntário, apesar de ser uma atividade que não cria um vínculo empregatício, não remunerado, deve ser exercido com a mesma responsabilidade, seriedade e empenho do trabalho assalariado. Portanto, as instituições sociais definem diferentes objetivos, e a reunião de todos eles com os das pessoas que desejam exercer atividades voluntárias, consequentemente, resulta em um trabalho que pode ser considerado significativo, humanizado e mais efetivo (LEITE, 2011).

No Brasil, segundo Holanda (2003), o trabalho voluntário foi identificado por meio de manifestações religiosas, sendo executado, a princípio, por mulheres. A partir do momento em que o Estado vem se redefinindo em suas funções de executor de políticas sociais, através da reforma do Estado brasileiro, cresce o poder público não-estatal conhecido como “terceiro setor”. Nesse campo, o voluntariado vai se expandir.

A trajetória comum integrando o trabalho voluntário e as instituições hospitalares teve início no século IV, em Roma, período que corresponde à criação do primeiro modelo de hospital que atualmente conhecemos. Nesse cenário, nos espaços voltados às enfermarias e hospedarias, religiosos e leigos voluntários amparavam os enfermos, peregrinos, viajantes, forasteiros e moribundos, proporcionando-lhes abrigo e conforto, mesmo que muitas dessas pessoas estivessem em uma condição de vida que fosse distante da cura (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, depreende-se que o trabalho voluntário não é uma descoberta recente. Nesse sentido, pesquisadores explanam que, no Brasil, esse tipo de atividade existe desde 1543. Seu início está relacionado à época em que foi criado o primeiro hospital brasileiro, a Santa Casa de Misericórdia. Nessa época, as freiras eram motivadas por questões religiosas a oferecerem refeições e cuidarem da saúde dos enfermos internos de forma gratuita. Por essa

perspectiva, compreende-se que, no Brasil, a tradição do trabalho voluntário está ligada ao ambiente religioso, predominando os sentimentos e os valores de ordem religiosa, baseada na fraternidade e no apoio ao próximo (HOLANDA, 2003).

Desde então, o voluntariado foi se expandindo e sendo incentivado através de projetos e programas governamentais que abrangeram outros setores da sociedade brasileira. Esta ação de solidariedade, no âmbito da saúde, se apresenta como um campo de atendimento às diversas necessidades dos clientes da saúde, além de ser uma referência para a humanização das relações nos ambientes hospitalares.

Em 1980, surgem inúmeras Organizações Não Governamentais (ONGs), diferentemente das tradicionais instituições assistencialistas e filantrópicas existentes nas décadas de 1930 e 1940, período considerado importante, uma vez que foram incluídas novas formas referentes ao trabalho voluntário. Tais organizações evidenciam a participação da população, com o objetivo de contribuir efetivamente para que o povo se tornasse sujeito de sua própria história (LEITE, 2011).

Nesse ínterim, as ONGs, inseridas no contexto do terceiro setor, necessitavam de um apoio indispensável da sociedade, de tal forma que tivessem condições de desempenhar bem as suas atividades. Diante desse cenário, o trabalho voluntário se inseriu como uma atividade fundamental na organicidade, vitalidade, sistematização e estrutura destas organizações, em especial, em organizações hospitalares (RODRIGUES, CRUZ e MEYER JUNIOR, 2014).

Em 1985, foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) “O Dia Internacional do Voluntário”, sendo considerada uma data especial, dedicada à solidariedade e à cooperação. Além da grande importância que é dada para a questão do voluntariado e para a celebração de pessoas, organizações e ações voluntárias desenvolvidas no mundo inteiro, a ONU incentiva homens e mulheres para um momento de reflexão sobre questões relacionadas à cidadania e a solidariedade, assim como, também, chama a atenção para a importância decisiva na busca do esforço pela melhoria da qualidade de vida no planeta (HOLANDA, 2003).

De acordo com Duarte e Felício (2012), a partir da década de 1990, o tema voluntariado tem sido muito discutido, porém, ainda necessita de uma maior atenção e de novos conhecimentos veiculados em estudos. Assim, as ações de atividades do tipo voluntárias voltam com maior força durante a década de 1990, ocupando lugar de destaque na realização de serviços sociais, que passam a ser conduzidos com mais veemência por organizações do Estado e organizações da sociedade civil em geral.

Em se tratando do trabalho voluntário realizado no contexto hospitalar, de acordo com Ortiz (2007, p. 12), “o termo ‘voluntariado hospitalar’ refere-se a um conjunto de práticas que ocorrem dentro dos estabelecimentos hospitalares, ou vinculadas a eles, mas sempre à margem das práticas específicas das equipes profissionais da saúde”.

Rodrigues, Cruz e Meyer Junior (2014), explicam que nas organizações hospitalares, os voluntários, quando bem orientados, podem contribuir de forma expressiva para o cumprimento das atividades bem como para o próprio desempenho de todo o sistema organizacional, com destaque para a própria humanização.

No contexto envolvendo humanização e trabalho voluntário hospitalar, Ortiz (2007) disserta que, diante do surgimento de importantes inovações tecnológicas, os que preocupam com um ambiente hospitalar humanizado partem do princípio de que o hospital resultou-se em um local frio, sem acolhimento aos clientes da saúde, constituindo-se em uma instituição direcionada especificamente para o tratamento da doença e não para a pessoa que está doente, necessitando de um tratamento e cuidados que vão além de fornecer apenas medicamentos. Diante do exposto, é preciso que o hospital volte a ser mais “hospitaleiro” e, para que isso ocorra, muitas vezes recorre-se às atividades que são desenvolvidas voluntariamente.

Os voluntários podem contribuir, como colaboradores, para que ocorra a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, produzindo benefícios que vão refletir em todos os usuários destes serviços. Além disso, cria-se na instituição um clima que proporciona boa acolhida, boa ambiência e bom tratamento. Desse modo, os voluntários podem contribuir não só para a melhoria dos serviços de saúde como também para a minimização de gastos operacionais, que fortalecerá a imagem organizacional junto a sociedade (RODRIGUES, CRUZ e MEYER JUNIOR, 2014).

Para Gomes (2000) apud Holanda (2003), a área da saúde é considerada um campo privilegiado para a execução de atividades voluntárias. As atuações de voluntários em atividades nos hospitais, nos seus diferentes setores, vão desde o ensino de trabalho manual como pintura, artesanato, desenho, atividades lúdicas, atividades pedagógicas, até servindo lanche nos ambulatórios, como também realizando determinadas funções ligadas diretamente aos clientes da saúde. Desse modo, necessário se faz ter o entendimento de que, além dessas atividades destacadas, com o passar do tempo, os serviços vêm se expandindo, ganhando novos contornos e novas atividades.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Considerações éticas da pesquisa

Para o início do presente estudo, foi enviado ao Hospital Santa Casa BH, uma carta de solicitação para a realização da pesquisa (Apêndice E). A autorização (Anexo A) foi obtida com a aprovação do Senhor Provedor e da diretoria da AVOSC.

Em seguida, o projeto de dissertação foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – Minas Gerais (CEP/UFV), sendo aprovado no dia 03 de outubro de 2017, sob o parecer número 2.313.051 (Anexo B).

Dentre as considerações éticas, também fez parte o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), elaborado em consonância com a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012 e impresso em duas vias originais, sendo uma arquivada pela pesquisadora responsável, na Universidade Federal de Viçosa, e a outra entregue ao entrevistado(a).

Antes de ser entregue o TCLE, aos participantes, foram esclarecidos os objetivos e a finalidade do estudo, através de uma conversa prévia, dando liberdade ao mesmo de escolher participar ou não da pesquisa.

3.2 Local e instituição de estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na cidade de Belo Horizonte/MG. De acordo com os dados obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, a cidade de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, tem uma área da unidade territorial apresentada em 2016 de 331,401 km², com uma população estimada, em 2017, de 2.523.794 habitantes. Possui 328 estabelecimentos de saúde relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

De caráter específico, o estudo foi realizado junto à Associação das Voluntárias da Santa Casa, também designada pela sigla AVOSC, que é, de acordo com informações obtidas pelo site da Associação, uma entidade civil e autônoma que se submete às leis, regulamentos e normas vigentes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte².

² Nesta pesquisa será referenciado o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte também pelo nome Hospital Santa Casa BH.

A AVOSC tem por objetivo proporcionar atividades de lazer aos clientes da saúde e seus acompanhantes no Hospital Santa Casa BH, no formato de jogos; oficinas de trabalhos manuais; leitura de livros, jornais e revistas; “shows”; entre outras atividades. Atendem usuários da Rede de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde – SUS, encaminhados para atendimento no Hospital Santa Casa BH (AVOSC, 2013).

A escolha por esta Associação, como local de estudo, relaciona-se aos seguintes aspectos: por desempenhar suas atividades desde o início da década de setenta, humanizando o atendimento aos clientes da saúde do Hospital Santa Casa BH; por contar com uma equipe de aproximadamente 135 voluntárias; e por exercer suas atividades no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, a maior unidade de internação do SUS no município de Belo Horizonte.

O Hospital Santa Casa BH foi fundado em 1899. Possui modernas instalações, situando-se entre as melhores organizações hospitalares de atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, dedicando-se à promoção do bem estar do enfermo, à produção da saúde, enfim, à defesa da vida (AVOSC, 2013).

Uma visita prévia foi realizada à AVOSC em fevereiro de 2017 com o objetivo de conhecer a Associação. Na ocasião, a Vice-Presidente expôs sobre o trabalho desenvolvido pelas voluntárias junto aos clientes da saúde e acompanhantes do Hospital Santa Casa BH.

A demanda do atendimento da AVOSC, aos clientes da saúde, é grande. Destacam os serviços prestados relativos à: atividades de lazer nos setores de quimioterapia, radioterapia, pediatria, enfermarias, maternidade; confecção de aventais para as mães das crianças internadas e confecção de pijamas, camisolas e quimonos que são doados para os enfermos; curso para gestantes realizado sempre na última quinta-feira de cada mês, com a duração de oito horas; realização do bazar, onde as doações recebidas em roupas e objetos diversos são vendidos durante todo o ano, a preços simbólicos, cuja renda é revertida em prol do cliente da saúde e, também, tem-se a doação de medicamentos receitados aos clientes da saúde no momento da alta hospitalar (AVOSC, 2013).

3.3 Características do estudo

A presente pesquisa possui uma abordagem qualitativa e quantitativa, com maior predominância qualitativa. De acordo com Minayo (2012), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupando do universo dos significados, motivos, aspirações,

crenças, valores e atitudes. Segundo a autora referida, em ambos os tipos de pesquisa, os dados obtidos não são incompatíveis, mas complementares. Já a pesquisa quantitativa busca descrever e explicar a realidade social por meio de dados estatísticos, modelos abstratos, que produzem regularidades.

Para Goldenberg (2004, p. 62), “a integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões, de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular”.

Além de qualitativo e quantitativo, o estudo caracteriza-se do tipo descritivo e exploratório, envolvendo um estudo de caso. De acordo com Gil (2012), as pesquisas exploratórias desenvolvem, esclarecem e modificam conceitos e ideias; já as pesquisas de natureza descritivas estudam características de determinados grupos, aplicando-se ao levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população de interesse. Os estudos descritivos, juntamente com os exploratórios, são os que, geralmente, realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p. 274), “o estudo de caso refere-se ao levantamento com mais profundidade de determinado caso ou grupo humano sob todos os seus aspectos”. Nesse sentido, o estudo de caso permite explorar, descrever, entender e analisar a complexidade dos fenômenos que se deseja conhecer em profundidade.

Para Triviños (2012), o estudo de caso consiste em uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa de forma profunda. Assim, tem como finalidade aprofundar a descrição das particularidades de um fato. O autor ainda ressalta que o valor dessa categoria de pesquisa se encontra em fornecer conhecimentos profundos sobre uma determinada realidade, obtendo resultados que podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de novas pesquisas.

A população do presente estudo foram todos os clientes da saúde, atendidos no mês de outubro de 2017, que participaram das atividades de laborterapia³, do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, e as voluntárias da AVOSC que estiveram envolvidas nas referidas atividades durante o período proposto. Também foi ouvido um representante da administração da referida instituição de saúde.

³A terminologia laborterapia é utilizada pelas voluntárias para se referirem a atividade do bordado promovido pela AVOSC, no hospital.

A amostra definida foi composta por clientes da saúde atendidos nas seguintes unidades internas do Hospital Santa Casa BH: enfermarias e no setor de quimioterapia e radioterapia, durante o mês de outubro de 2017, dando preferência àqueles que estiveram hospitalizados ou em fase de tratamento sem internação a mais de um dia nas enfermarias e que aceitaram participar do estudo. Também compôs a amostra as voluntárias da AVOSC que desenvolveram as atividades de laborterapia, junto aos referidos enfermos, naquele período.

Para a escolha dos clientes da saúde, que participaram da pesquisa, foi realizado um contato prévio com as voluntárias da AVOSC, com o intuito de identificar aqueles que estavam em condições e dispostos a serem entrevistados. Desse modo, o contato com os clientes da saúde foi feito, a princípio, através da Associação.

Com relação às voluntárias da entidade, foram entrevistadas aquelas que estavam desenvolvendo a atividade de laborterapia nas enfermarias e no ambulatório da quimioterapia/radioterapia, na ocasião da coleta de dados, e que se dispuseram a participar da pesquisa.

Um representante da administração do Hospital Santa Casa BH também foi entrevistado, a fim de identificar a percepção da direção quanto às atividades de lazer promovidas pela AVOSC na supracitada instituição.

Para definir o tamanho da amostra de clientes da saúde ($n=100$) a ser entrevistada, foi utilizado o número total de clientes que participam da atividade de laborterapia por mês. Para o cálculo da amostra de voluntárias, utilizou-se o total das voluntárias responsáveis por executarem, especificamente, a atividade de laborterapia no hospital. Já o representante da administração do hospital, foi escolhido de acordo com a disponibilidade em participar da pesquisa.

Após a obtenção do número de atendimentos, foi feito o cálculo de amostra (Quadro 2), considerando o erro amostral de 10%, intervalo de confiança de 95%, e probabilidade de ocorrer ou não o evento de 50%.

Através dos cálculos, obteve-se a seguinte amostra: 56 clientes da saúde, três voluntárias da AVOSC e um representante da administração do Hospital Santa Casa BH que, para os cálculos, foi incluído junto ao número de voluntárias, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de atendidos, percentual e amostra

Erro = 10 %	População	Percentual	Amostra
Clientes da saúde	200	90%	56
Voluntárias + 1 representante da diretoria	11	10%	4
Total	211	100%	60

Quadro 2 – Fórmula para o cálculo da amostra

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{[e^2 \times (N - 1)] + (Z)^2 \times P \times Q}$$

n - É o tamanho da amostra

Z - Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado ($Z = 1,96$ – nível de confiança de 95%)

P - Probabilidade de ocorrência do evento

Q - Probabilidade do evento não ocorrer ($Q = P - 1$)

e - É o erro amostral (margem de erro)

N - Tamanho da população

Fonte: Nique e Ladeira (2014)

3.4 Técnicas de coleta de dados e variáveis da pesquisa

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram: observação participante; entrevistas baseadas em um roteiro semiestruturado (Apêndices B, C e D) e análise de documentos secundários, como, Estatuto da Associação e o Manual da Voluntária elaborado pela AVOSC.

De acordo com Oliveira (2007), os documentos são registros, de diferentes formatos, que fornecem subsídios para apreensão dos acontecimentos os quais se deseja pesquisar, e se compõem de informações sobre a vida social de determinado grupo.

A técnica de observação participante, de acordo com Kluckhohn (2018, p. 29):

É a co-participação consciente e sistemática, tanto quanto as circunstâncias permitirem, nas atividades comuns de um grupo de pessoas e, se necessário, nos seus interesses, sentimentos e emoções. O propósito deste método é obter dados sobre o comportamento através de contatos diretos, em situações específicas, nas quais a distorção resultante do fato de ser o investigador agente estranho é reduzida ao mínimo.

A técnica de observação participante foi utilizada durante o acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas pela AVOSC, no mês de outubro de 2017, de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h, no Hospital Santa Casa BH.

A entrevista semiestruturada, como técnica de coleta de dados, de acordo com Martins (2004), é aquela que se apoia em teorias e hipóteses que interessam a pesquisa, proporcionando interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo durante as respostas dos entrevistados. Nessa perspectiva, foram realizadas entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado, sendo executadas na instituição, no período da manhã e na parte da tarde. Participaram desta atividade as voluntárias da AVOSC, os clientes da saúde que praticavam atividades de lazer e um representante da administração do hospital. Estes indivíduos expressaram suas percepções quanto às atividades de lazer promovidas junto aos clientes da saúde, no ambiente hospitalar, visando a humanização.

Inicialmente, foi feito um pré-teste com os roteiros de entrevistas com o objetivo de avaliar as questões e fazer ajustes necessários. Assim, nesta etapa, foram identificadas algumas questões que repetiam, as quais foram excluídas dos roteiros de entrevistas.

As entrevistas, mediante permissão, foram gravadas em áudios e posteriormente transcritas, utilizando o método de análise de conteúdo para interpretar as informações obtidas. Antes da aplicação desta técnica de coleta de dados, houve uma conversa informal com os envolvidos com o propósito de explicar a finalidade e os objetivos da pesquisa.

Para a realização das entrevistas, seguindo as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV e a Resolução 466/2012, os envolvidos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O TCLE é um documento que esclarece aos participantes sobre o objetivo da pesquisa, possibilitando que os mesmos colaborem de forma justa, evitando o surgimento de possíveis constrangimentos.

Para a operacionalização dos objetivos específicos foram considerados os seguintes aspectos:

Com o propósito de caracterizar o Hospital Santa Casa BH e o trabalho voluntário da AVOSC foram consideradas as variáveis: “estrutura física”, “equipe de trabalho” e “atividades de lazer”. A obtenção desses dados foi por meio de entrevista semiestruturada realizada com um representante da administração do hospital (Apêndice B) e com as voluntárias da AVOSC (Apêndice D), além da análise de documentos secundários, como, Estatuto da Associação, o Manual da Voluntária da AVOSC e livros.

Para caracterizar as voluntárias e os clientes da saúde foram analisadas as variáveis “idade”, “sexo”, “estado civil”, “grau de escolaridade”, “profissão” e renda domiciliar. A

obtenção desses dados foi mediante a realização de entrevista semiestruturada, e o método de análise, dos mesmos, foi a estatística descritiva simples.

Quanto à percepção dos clientes da saúde, das voluntárias e do representante da administração do hospital, sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, foram consideradas as variáveis “atividades de lazer”, “trabalho voluntário”, “percepção”, “saúde”, “sentimentos” e “humanização”. A obtenção dos dados também foi mediante a realização de entrevista semiestruturada (Apêndices B, C e D). O método, para analisar as informações obtidas, foi a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin.

De modo a verificar se as atividades de lazer, oferecidas pelas voluntárias da AVOSC, promovem a humanização hospitalar, foram analisados todos os dados obtidos, através das entrevistas semiestruturadas, da observação participante e das visitas sucedidas no período da coleta de dados. O método, para analisar tais informações, também foi a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin.

3.5 Análise dos dados da pesquisa

Os dados quantitativos, obtidos através das entrevistas, foram analisados utilizando o método estatístico descritivo simples.

A estatística descritiva é considerada a etapa inicial da análise, etapa onde são descritos os dados, os valores ou as pontuações obtidas para cada variável, isto é, trata-se a descrição da distribuição das pontuações ou frequência (SAMPLERI, 2006).

Para os dados qualitativos, foi utilizada a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. Este autor define a Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 42).

De acordo com Guerra (2014, p. 38), “a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados coletados, que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta dos mesmos”. Para Minayo (2008, p. 303), “a análise de conteúdo diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Dentro da perspectiva de Bardin (2011), existem diferentes fases de análise de conteúdo. Organizando-se em três polos cronológicos, sendo eles: 1) A pré-análise, que é considerada a fase de organização propriamente dita. Tem por objetivo tornar as ideias iniciais operacionais e sistematizá-las, com o propósito de atingir um desenvolvimento preciso das operações sucessivas; 2) Em seguida tem-se a exploração do material, que consiste na delimitação de categorias, viabilizando que os conteúdos sejam analisados através de expressões ou palavras, e, por último, 3) tratamento dos resultados, referindo-se às análises e discussões.

Nesse sentido, os dados qualitativos, também obtidos através das entrevistas, foram analisados conforme os parâmetros apresentados por Bardin (2011), sendo utilizados os três polos cronológicos sugeridos pela autora para a análise temática dos materiais.

Assim, na primeira etapa, a pré-análise, foi realizado o estado da arte, analisando referenciais teóricos na área da saúde que embasaram a compreensão do objeto de estudo, a formulação da hipótese, dos objetivos (geral e específicos) e a definição dos entrevistados, de modo a proceder a etapa da coleta dos dados no hospital onde a pesquisa foi desenvolvida.

Na etapa correspondente a exploração do material, posteriormente à execução das entrevistas com clientes da saúde, voluntárias e um representante da administração do hospital, foi realizada a transcrição das gravações e, em seguida, foram delineadas as categorias de análise, divididas em subcategorias e temas, com o propósito de tornar os dados operacionais.

Já na última etapa, o tratamento dos resultados, os dados obtidos foram descritos, interpretados e explicados; discutindo-os com o referencial teórico, bem como, estabelecendo as devidas inferências aos resultados da pesquisa.

Além disso, torna-se oportuno mencionar que os dados obtidos com as entrevistas também foram preparados em arquivos, tabulados e, posteriormente, procedeu-se a leitura e interpretação dos elementos textuais, para fazer as discussões com os autores.

3.6 Categorias analíticas

As categorias analíticas foram determinadas de acordo com os objetivos da pesquisa e os pressupostos teóricos apresentados neste estudo. Para tanto, a partir da coleta de dados, as análises das entrevistas semiestruturadas foram realizadas com base em categorias temáticas definidas previamente.

Para facilitar o entendimento dos resultados e discussões, as categorias foram divididas em subcategorias e temas. Ademais, esta pesquisa também considerou as variáveis de análise

utilizadas na caracterização da população do estudo (voluntárias, clientes da saúde e representante da administração do Hospital Santa Casa BH), como: idade, estado civil, grau de escolaridade, profissão e renda domiciliar. Considerou também as variáveis relacionadas à caracterização do Hospital Santa Casa BH e caracterização do trabalho voluntário da AVOSC quanto ao voluntariado, estrutura física, equipe de trabalho e atividades desenvolvidas.

A seguir, os resultados obtidos e as discussões serão apresentados em seções a fim de facilitar a compreensão das análises.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo geral descrever e analisar as atividades de lazer e o voluntariado promovido pela Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agente administrativo inserido no ambiente hospitalar.

Neste contexto, para compreender as discussões propostas, serão apresentados: a caracterização do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, do trabalho voluntário da AVOSC, das voluntárias e dos clientes da saúde que participaram das atividades de lazer no ambiente hospitalar; as análises das percepções dos clientes da saúde, das voluntárias da AVOSC e do representante da administração sobre atividades de lazer e trabalho voluntário promovidos no referido hospital; além disso, foi analisada a percepção da humanização hospitalar, na visão das voluntárias da AVOSC e do representante da administração do hospital.

4.1 Caracterização do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Santa Casa BH)

A capital Belo Horizonte foi inaugurada em 1897. No ano seguinte, um grupo de personalidades da capital mineira, percebendo a carência da assistência médica aos menos favorecidos, principalmente indigentes, formou a Associação Humanitária da Cidade de Minas, que foi o primeiro passo para a construção de uma instituição hospitalar em prol da população carente. Em uma reunião realizada em 1899, foram abertas inscrições para sócios-fundadores e tomadas as providências para a construção de um hospital filantrópico que a cidade recém-inaugurada deveria ter. A comissão de fundadores foi formada por médicos e engenheiros que se propuseram e aprovaram, junto à Prefeitura de Belo Horizonte, o local mais apropriado para

edificação. Desse modo, nascia o hospital Santa Casa BH, a primeira instituição de saúde instalada em Belo Horizonte (SCBH, 2016).

Dois anos após a inauguração da capital mineira, em 21 de maio de 1899, foi fundado o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, cujo nome seguira a tradição das instituições do gênero no Brasil. No início, o nome passou a ser “Santa Casa da Cidade de Minas” e, mais tarde, de “Santa Casa de Belo Horizonte” (SANTOS, 2016).

No princípio, os médicos vinham de outras cidades e o número era reduzido, formados no Império ou na República. Precisavam ter uma idade satisfatória para exercerem a medicina, pois os mais jovens não possuíam a plena confiança das pessoas. Esse profissional, por força de obrigação, entrava nos lares; e os médicos que tinham mais experiência e eram residentes em outras localidades, se convidados, não se dispunham a reinstalar-se na capital recém-nascida. Mesmo assim, desembarcaram em Belo Horizonte profissionais capazes de exercer a medicina e prestar bons serviços (SANTOS, 2016).

O atendimento médico na instituição, inicialmente, tinha o propósito de oferecer assistência gratuita aos “enfermos indigentes” hospitalizados. Ao longo do tempo, foi se tornando expressivo os sacrifícios da instituição para abrigar o crescente número de enfermos. Aqueles que não fossem efetivamente carentes (ou indigentes, como se expressava na época) pagariam diárias, cujos valores seriam fixados periodicamente pela administração (SANTOS, 2016).

Com o apoio da população e de seus dirigentes, amparada pelo poder público, a Santa Casa de Belo Horizonte foi crescendo, entrando também em funcionamento a residência das Irmãs Servas do Espírito Santo⁴, cuja prestação de serviços ao hospital fora contratada em 1909 (SANTOS, 2016). Na instituição, as religiosas cumprem a missão de “fazer com que todas as pessoas conheçam o amor salvador de Deus Uno e Trino”. Com esta missão, as Irmãs Servas do Espírito Santo assumiram na Santa Casa, ao longo de seus mais de cem anos de trabalho e dedicação aos enfermos da instituição, a responsabilidade de ir ao encontro dos excluídos e dos que estão à margem da sociedade (SANTOS, 2010).

O Grupo Santa Casa BH é uma referência em saúde no Brasil. Sendo composto pelas seguintes instituições: Santa Casa BH (Hospital Emygdio Germano), Hospital São Lucas, Centro de Especialidades Médicas Santa Casa BH, Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa BH, Funerária Santa Casa BH e Instituto Geriátrico Afonso Pena (SCBH, 2013).

⁴Até hoje, em 2018, a instituição de saúde conta com o apoio das religiosas.

Ao longo dos anos, novos setores foram construídos, como o histórico prédio da Maternidade Hilda Brandão e o pavilhão Miguel Couto, erguidos no entorno do pavilhão original com o propósito de ampliar o atendimento na instituição. Na década de 1940, por iniciativa do provedor José Maria Alkmim, foi construído um novo hospital a partir de um projeto do renomado arquiteto Raffaello Berti (SCBH, 2016).

O edifício da Santa Casa BH, inaugurado em 1946, possuía, em 2017, 13 andares com 4 grandes alas cada um, cuja estrutura comporta modernas unidades de atendimento com UTI's e alas de enfermaria consideradas de alto padrão. Reunidos em um único quarteirão, compõem a Santa Casa BH outros 9 prédios anexos. Seu Centro de Admissão e Diagnóstico Inicial (CADI) - primeiro centro especializado em diagnóstico da capital mineira, em operação desde o ano de 2011, tornou-se referência no Estado (SCBH, 2016).

A instituição dispõe das seguintes unidades internas: Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico e Tratamento, Centro de Nefrologia, Centro de Transplantes, Clínica de Olhos, Laboratório Santa Casa BH, Maternidade Hilda Brandão, Pediatria - Clínica e Cirúrgica, Quimioterapia e Radioterapia, Unidade de Tratamento Intensivo Adulto, Unidade Pediátrica de Tratamento Intensivo (SCBH, 2016).

A Santa Casa BH é considerada a maior instituição de saúde e a maior prestadora de serviços, na área de saúde, pelo SUS em Minas Gerais. Além disso, em 2015, foi o hospital mineiro que mais internou pelo SUS e é considerado o 3º do Brasil. Líder no estado em número de leitos SUS (1.037), 170 leitos de UTI (o maior número de leitos, em um único hospital, no país), 35 especialidades médicas, 19 salas cirúrgicas para procedimentos de média e alta complexidade, 115 internações por dia. Considera-se que o atual padrão de atendimento do hospital está entre os melhores do país (SCBH, 2016).

Atuando em 35 especialidades médicas, atingiu a marca de 1.086 leitos de alto padrão destinados ao atendimento pelo SUS, no final de 2014, com o projeto Santa Casa Mil Leitos SUS. O empreendimento representou um avanço no modelo de saúde pública, estabelecendo melhorias no atendimento, tornando-o ainda mais humanizado, aliando tecnologia de ponta a assistência especializada. Desde a implantação do projeto, em 2008, o número de leitos foi ampliado, o índice de internações cresceu 67% e o atendimento às demandas de alta complexidade subiu 50% (SCBH, 2016).

Em se tratando de humanização hospitalar, “a instituição de saúde tem a missão de promover, de forma sustentável, o atendimento integral e humanizado às pessoas, com

qualidade e resolutividade, valorizando os profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa” (SCBH, 2016).

A figura 1, a seguir, trata-se da edificação do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (cujas estrutura é intitulada de Hospital Emygdio Germano), a principal unidade, das seis que compõe o Grupo Santa Casa BH.

Figura 1 – Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte



Fonte: Google imagens, 2017.

4.2 Caracterização do trabalho voluntário da AVOSC quanto ao voluntariado, estrutura física, equipe de trabalho e atividades desenvolvidas

A partir do final da década de 60, época em que o voluntariado ainda instituía seus primeiros passos no Brasil, a Sra. Beatriz Ferreiro Franco e duas amigas já cumpriam uma agenda de visitas às crianças da Pediatria da Santa Casa BH, doando parte de seu tempo aos pacientes e amenizando a solidão que viviam no ambiente hospitalar (SANTOS, 2016).

Por sugestão do Dr. Manuel Firmato de Almeida, médico da Clínica de Pediatria Cirúrgica, juntamente com o apoio e orientação da administração da instituição, através da Irmã Paulea e do Dr. José Evaristo Todeschi, foi organizada e fundada, em 17 de maio de 1971, a

Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), com sede própria, (Figura 2), no prédio anexo ao Hospital Santa Casa BH (AVOSC, 2017).

Figura 2 – Sede da Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC)



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em 1971, participaram da fundação da AVOSC um grupo de vinte e quatro senhoras que ficaram sensibilizadas com a situação das crianças internadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, pois recebiam visitas duas vezes por semana (AVOSC, 2013).

Cabe ressaltar que, naquela época as crianças e os idosos não tinham direito a acompanhante em hospital, de acordo com Santos (2016). O dia-a-dia dos enfermos era caracterizado como sendo muito solitário, uma espécie de isolamento. As visitas familiares eram limitadas a duas vezes por semana.

Para as senhoras da AVOSC, o sentimento de ser voluntária é prestar serviços não remunerados a uma comunidade, com o desejo de participar na melhoria do bem estar humano. É dar o tempo, o talento, o interesse e o comprometimento a uma obra social, visando o bem comum (AVOSC, 2017).

Nesse sentido, o trabalho da voluntária vem completar o trabalho do profissional e não substituí-lo, permitindo que ele tenha mais tempo livre para cumprir a função. Além disso, a voluntária transmite ao paciente uma mensagem de conforto, otimismo e esperança. Desse

modo, dedicam seu tempo a proporcionar carinho, atenção e, principalmente, a humanizar o atendimento aos pacientes (AVOSC, 2017).

Segundo documentos da AVOSC, para ser voluntária é preciso que a interessada seja apresentada por um dos seus membros ou indicada por um médico ou por outro profissional do hospital, e deve ter disponibilidade de, no mínimo, seis horas semanais. A candidata ao cargo de voluntária, uma vez inscrita, passa por um período de estágio para depois, conforme seu desempenho, ser efetivada (AVOSC, 2013).

Durante esse estágio, realizado por um período de três meses, as candidatas acompanham as voluntárias efetivas nas unidades de atendimento do hospital, observam como as atividades são desenvolvidas junto aos clientes da saúde e acompanhantes e no final do estágio decidem se querem continuar como voluntárias.

Em 2017, a equipe da AVOSC era formada por cerca de 135 voluntárias. A diretoria era composta por seis voluntárias eleitas em assembleia para um período de dois anos, podendo ser reconduzida por mais dois anos. As voluntárias eram encaminhadas para os diversos setores da instituição de saúde, de acordo com a necessidade de cada um, dedicando, no mínimo, seis horas semanais (AVOSC, 2013).

De acordo com alguns documentos da Associação (o Estatuto e o Manual da Voluntária) e com informações obtidas pela Vice-Presidente, no período da coleta dos dados, foi elaborada uma descrição das atividades desenvolvidas pela AVOSC, nas unidades internas do Hospital Santa Casa BH.

A primeira atividade descrita foi sobre a doação de medicamentos. Estes são adquiridos da seguinte forma: a maioria é a própria Associação que compra, outros são de doações ou através de amostras grátis. Todos os remédios são conferidos em relação ao prazo de validade. No momento da alta hospitalar, os pacientes são atendidos na sede da AVOSC, em um local específico (Figura 3), onde recebem os medicamentos receitados. Esta doação acontece com o intuito de evitar que o cliente da saúde interrompa seu tratamento. Na ocasião em que o paciente chega com a receita, a voluntária responsável por esta atividade faz o controle, anotando, em um caderno específico, a data que entregou o medicamento, o nome do medicamento e o nome do paciente que o recebeu.

Figura 3 – Local onde os medicamentos e outros materiais são doados na sede da AVOSC



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Além de medicamentos, a Associação faz outros tipos de doações, como: cadeiras de roda, cadeiras de banho, muletas, bengalas canadenses, lentes, chinelos, fraldas descartáveis infantis e geriátricas, material de higiene, além de outros. A AVOSC arrecada fundos para custear alguns tipos de próteses, sempre atendendo aos pedidos feitos pelo setor de Serviço Social; fornece vales-transportes para pacientes em tratamento e para as mães que amamentam seus filhos hospitalizados; além disso, paga hospedagem para pacientes que aguardam internação.

Sobre as atividades de costura, realizadas na sede da Associação, as voluntárias confeccionam os aventais para as mães, os pijamas infantis e de adulto, camisolas e quimonos que serão doados aos pacientes.

Na sede da AVOSC, também é promovida a atividade do bazar (Figura 4). Neste local, são vendidas, durante todo o ano, a preços simbólicos, as doações recebidas em roupas e objetos diversos, cuja renda é revertida em prol do paciente. O bazar é uma importante fonte de renda para a Associação assim como o carnê, através do qual as voluntárias doam um valor mensal, dentro das suas possibilidades.

Figura 4 – Bazar da Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC)



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Aos clientes da saúde que frequentam a unidade da quimioterapia e radioterapia do Hospital Santa Casa BH são distribuídos, pelas voluntárias, vales-transportes (para que eles possam se locomover para as sessões de tratamento), remédios, cobertores, agasalhos, turbantes, bonés, próteses de tipos variados, inclusive mamárias. Como permanecem várias horas nesse hospital, os enfermos recebem suco de gelatina e biscoitos das voluntárias responsáveis por esta atividade. Além disso, também neste setor, os pacientes têm a oportunidade de aprender a bordar.

Já no setor da pediatria, são promovidas atividades com as crianças nas brinquedotecas, montadas pela AVOSC com o apoio do SERVAS (Serviço Social Autônomo). A AVOSC doa pijamas, chinelos, material de higiene pessoal e aventais para as mães que, por lei, são obrigadas a acompanhar o filho durante a internação. Para tornar-lhe a estada no hospital mais amena, as voluntárias ensinam trabalhos manuais e noções de higiene.

Na maternidade, junto com as mães, são realizadas conversas sobre noções de higiene pessoal e de puericultura. No momento da alta hospitalar, as mães recebem das voluntárias um enxoval completo de roupinhas para o bebê e os medicamentos receitados.

O acolhimento às mães também abrange o curso para gestantes. A partir de 2012, a AVOSC, em parceria com a Santa Casa/Maternidade Hilda Brandão, passou a coordenar o curso de orientação às gestantes com o hospital, tendo por objetivo atender às gestantes

encaminhadas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Este curso é gratuito e realizado nos meses de março, abril, maio, junho, agosto, setembro, outubro e novembro, sempre na última quinta-feira de cada mês com a duração de oito horas. Consta de palestras em: obstetrícia, pediatria, assistência social, nutrição, anestesia, fisioterapia, psicologia, enfermagem e fonoaudiologia, sendo todos os palestrantes profissionais da Santa Casa.

Por fim, nas enfermarias do Hospital Santa Casa BH são 11 andares onde as voluntárias se revezam oferecendo apoio moral e doando objetos de higiene pessoal, toalha de banho, camisolas, pijamas, chinelos, entre outros. Nestes ambientes, também são feitos os trabalhos de laborterapia.

Torna-se oportuno lembrar que, a terminologia laborterapia é utilizada pelas voluntárias para se referir à atividade do bordado promovido pela AVOSC, no hospital. Nesta atividade, os modelos de bordados, (figuras 5 e 6), realizados pelas voluntárias são bem diversificados. Durante a observação participante, foram identificados os seguintes pontos que os clientes da saúde aprendem: Ponto Haste ou Ponto Atrás, Ponto Corrente, Ponto Falso Crochê, Ponto Nó Francês ou Ponto Rococó, Ponto Caseado, Ponto Pequênês, Ponto Teia de Aranha, Ponto Repôlego, Ponto Palestrina, Ponto Matiz, Ponto Português, Ponto Sianinha, Ponto Sombra, Ponto Alinhavo, Ponto Mosca, Ponto Cruz, Ponto Cadeia Xadrez e Ponto Estrela.

Figura 5 – Toalha com diferentes bordados realizados por clientes da saúde no Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Figura 6 – Toalha bordada com ponto cheio realizado por uma cliente da saúde no Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com a Vice-Presidente, as voluntárias, ao promoverem o acolhimento aos clientes da saúde nas enfermarias (Figura 7), primeiramente, chamam-nos pelo nome, cumprimentam desejando bom dia ou boa tarde e perguntando como estão se sentindo. Em seguida, permanecem, por algum tempo, de acordo com a necessidade do paciente, em uma conversa informal. É através deste diálogo que a voluntária tem a percepção daquilo que o cliente da saúde precisa. Cabe destacar que acontece de enfermos irem para o hospital apenas com a roupa do corpo. Muitos são de baixa renda e ficam internados sem a presença de um acompanhante. Os provenientes de outras cidades, ficando internados por longo período, para fazerem o tratamento no hospital, recebem as doações mencionadas. Também é importante destacar que, durante este diálogo, estabelecido entre a voluntária e o cliente da saúde, é proibido tratar de assuntos referentes a política, religião e futebol.

Figura 7 – Uma voluntária promovendo o acolhimento a um cliente da saúde na enfermaria do Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nos meses de janeiro, julho, dezembro, as atividades de atendimento ao cliente da saúde são suspensas na Associação, funcionando regularmente de fevereiro a junho e de agosto a novembro. Todo ano, em fevereiro, é realizado o inventário da AVOSC, com a produção de um relatório onde são expostos todos os gastos, isto é, o total das despesas filantrópicas.

4.3 Caracterização das voluntárias da AVOSC responsáveis pela laborterapia

A AVOSC, em 2017, contava com o trabalho de 135 voluntárias na ativa. Dentre estas, identificou, no período da coleta dos dados, um grupo de aproximadamente 10 voluntárias responsáveis pela atividade do bordado, conhecida como laborterapia.

Como a demanda do atendimento aos clientes da saúde era grande, observou-se que o número de voluntárias era insuficiente para atender a todos, não sendo possível dar prioridade aos acompanhantes que gostariam de aprender a bordar. Assim, percebeu-se a necessidade de ter mais voluntárias, principalmente para a atividade do bordado. Cabe ressaltar que os acompanhantes também participavam da laborterapia, porém, a prioridade era do cliente da saúde.

Das 10 voluntárias responsáveis pela atividade de bordado, identificadas no período da coleta de dados, foi possível entrevistar três delas. Pois, de acordo com o cálculo estatístico, a amostra das voluntárias entrevistadas seriam três.

As voluntárias que sabiam bordar e se identificavam com esta atividade, ficavam responsáveis por esta função, duas vezes por semana, junto aos clientes da saúde e seus acompanhantes. Esta atividade era realizada nos seguintes setores do hospital Santa Casa BH: enfermarias e ambulatório da quimioterapia e radioterapia.

A Voluntária 1 de 63 anos, era casada e possuía o ensino superior completo em psicologia. Não atuava na área de formação e nem possuía vínculo empregatício, pois era aposentada. Quando questionada sobre sua renda familiar total, disse que era um total de R\$8.000,00. Em relação ao tempo de atuação como voluntária na entidade, informou que participava das atividades há seis anos.

A voluntária 2 tinha 54 anos, era casada. Era Assistente Social, Pedagoga e possuía Pós-Graduação em Tanatologia⁵. Informou que não exercia sua profissão, sendo dependente do cônjuge. Sua renda familiar era de R\$7.000,00. O seu tempo de voluntariado na AVOSC era de quatro anos. Também relatou que fazia trabalho voluntário no Hospital da Baleia, duas vezes por semana.

A Voluntária 3 tinha 67 anos, era casada e possuía ensino médio completo. Era aposentada e não possuía vínculo empregatício. Esclareceu que já desempenhou atividade de secretaria no mercado de trabalho. Ao ser interrogada sobre sua renda familiar, disse que o valor correspondia a R\$ 3.000,00. O tempo que atuava como voluntária na Associação era de 10 anos.

Os dados socioeconômicos apresentados sobre cada voluntária entrevistada estão descritos, em síntese, na tabela 1.

⁵Tanatologia, de acordo com a voluntária, trata sobre o estudo da morte.

Tabela 1 – Dados socioeconômicos das voluntárias entrevistadas

Voluntárias	Idade	Estado Civil	Grau de Escolaridade	Profissão/Atividade	Renda Domiciliar
Voluntária 1	63 anos	Casada	Psicóloga	Aposentada	R\$8.000,00
Voluntária 2	54 anos	Casada	Assistente Social, Pedagoga e Pós-Graduada em Tanatologia	Não exerce a profissão. Informou depender do cônjuge.	R\$7.000,00
Voluntária 3	67 anos	Casada	Ensino médio completo	Aposentada	R\$ 3.000,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Todas as voluntárias tinham mais de 50 anos, eram casadas, com renda familiar superior a R\$ 3.000 reais. Por não exercerem atividade remunerada, tinham disponibilidade para o trabalho voluntário.

Todas as entrevistadas relataram exercer as atividades com os clientes da saúde do Hospital Santa Casa BH duas vezes por semana, dedicando um tempo mínimo de seis horas semanais.

4.4 Caracterização das clientes da saúde atendidas pela AVOSC

Durante o período da coleta de dados, que durou um mês, foram entrevistados 56 clientes da saúde no Hospital Santa Casa BH, nas seguintes unidades internas: enfermarias e ambulatório da oncologia. Dentre os entrevistados, havia enfermos hospitalizados nas enfermarias e aqueles que estavam em fase de tratamento sem internação, indo regularmente ao hospital para fazerem os procedimentos terapêuticos referentes à quimioterapia ou à radioterapia.

A abordagem aos clientes da saúde, tanto nas enfermarias como no ambulatório da oncologia, foi realizada mediante a presença de algumas voluntárias da AVOSC, dando preferência para aqueles que estavam realizando a atividade de bordado a mais de um dia.

Algumas entrevistas foram realizadas nas enfermarias, nos leitos dos pacientes que estavam bordando. Como pode ser observado na figura 8.

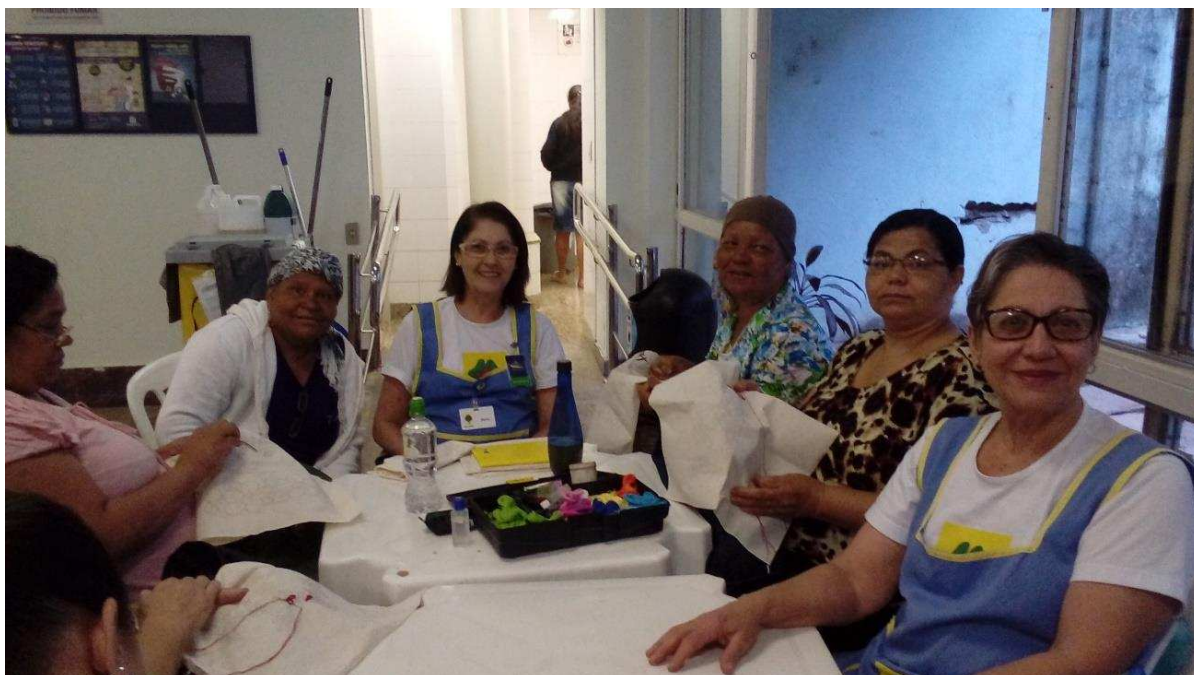
Figura 8 – Cliente da saúde realizando a atividade do bordado no leito/enfermaria do Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

As entrevistas também aconteceram no ambulatório da quimioterapia e radioterapia, figura 9, quando as voluntárias da Associação chegavam para dar início à atividade do bordado, alguns clientes da saúde se aproximavam para participar da atividade. Naquele momento, foram convidados a participar da pesquisa.

Figura 9 – Algumas voluntárias ministrando o bordado no ambulatório da quimioterapia e radioterapia do Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O contato com os clientes da saúde, nos setores supracitados, foi um momento forte e emocionante. Muitos deixaram transparecer, durante as entrevistas, o sentimento de tristeza pela condição de saúde que estavam enfrentando. Foi difícil controlar a emoção perante uma realidade marcada por sofrimentos. Neste contexto, que se faz comum a tantas outras instituições de saúde, é comovente observar a capacidade que as pessoas têm de transcender as situações ruins (principalmente quando se trata de dificuldades na área da saúde) em lições de vida e de superação.

Para caracterizar os clientes da saúde, investigou-se 56 indivíduos quanto às seguintes variáveis de análise: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, renda domiciliar e profissão. Os dados obtidos podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2 – Dados socioeconômicos das 56 clientes da saúde entrevistadas

Dados socioeconômicos	(%)
Faixa etária	
0-20	2
21-30	7
31-40	5
41-50	23
51-60	34
61-70	22
71-80	7
Mais de 81	0
Estado civil	
Solteiro(a)	20
Casado(a)/União Estável	56
Separado(a) judicialmente/Divorciado(a)	11
Viúvo(a)	13
Grau de escolaridade	
Analfabeto(a)	2
Ensino Fundamental Incompleto	41
Ensino Fundamental Completo	14
Ensino Médio Incompleto	12
Ensino Médio Completo	23
Ensino Superior Incompleto	4
Ensino Superior Completo	4
Pós-Graduação	0
Renda domiciliar	
Relataram não possuir renda	7
Menos de 1 salário	4
De 1 salário a 1 e 1/2	62
De 1 salário e 1/2 a 2 salários	13
Mais que 2 salários	14
Profissão/atividade	
Aposentado(a)	12
Doméstica/do lar	45
Assalariado(a)	14
Autônomo(a)	29
Total	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Com relação ao sexo, todos as clientes da saúde entrevistados são do sexo feminino. Tal fato se justifica devido às entrevistas serem direcionadas às pessoas que participavam da atividade do bordado, e no período de coleta de dados não havia nenhum homem realizando a atividade do bordado. Os homens que estavam internados ou em tratamento que foram convidados a participar do bordado não aceitaram, pelo motivo de considerar uma atividade feminina.

Sobre papéis considerados masculinos e outros femininos pela sociedade, D'Ávila (2018) sintetiza que os papéis destinados ao sexo feminino e ao sexo masculino, fortemente

demarcados, tem sido inseridos em um processo de maior flexibilização. Em nossa cultura, tradicionalmente se reconhece o pai com a função de prover o sustento do grupo familiar e a mãe são destinadas as funções do cuidar e prover afetos aos membros da família. A referida autora ressalta que há, no entanto, um movimento cada vez mais crescente de desconcentração dessas funções do núcleo familiar.

Quanto a idade das clientes da saúde, verificou-se que a maioria, 79%, tinha de 41 a 70 anos. Quanto ao estado civil, 56% eram casadas ou tinham união estável. Quanto a escolaridade, verificou-se que era baixa. Das entrevistadas, 92% tinham no máximo ensino médio completo. Em relação à renda domiciliar, 73% contavam com no máximo 1 e 1/2 salário mínimo e 7% informaram não possuir renda. Disseram viver de doações de amigos e familiares para sobreviverem.

Os dados referentes à profissão foram diversificados, destacando-se as ocupações de empregada doméstica ou do lar, 39,28%, e autônomas, 26,78%. As atividades consideradas como autônomas identificadas foram: costureira, vendedora, diarista, faxineira, sacoleira, cabeleireira, salgadeira, lavradora e promotora de eventos. Das entrevistadas, apenas 8,92% disseram ser aposentadas. Verificou-se que, as atividades que mais se destacaram estão relacionadas à baixa escolaridade, ou seja, são as que não requerem instrução formal.

De acordo com os dados socioeconômicos analisados, observou-se que a maioria das clientes da saúde possuía baixa escolaridade e apresentava baixa renda, todas estavam em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este perfil corrobora com as discussões apresentadas por Macagnan e Saretto (2010) que confirmam que há uma predominância da baixa escolaridade em indivíduos atendidos pelo SUS, vinculando este fato em relação ao nível socioeconômico, em que pessoas com maior renda per capita tem maior grau de escolarização.

4.5 O cliente da saúde e a percepção sobre as atividades de lazer e o trabalho voluntário da AVOSC no hospital

A intenção foi analisar, especificamente, a percepção das clientes da saúde sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC. Para atender esta análise, os dados foram obtidos entrevistando as 56 clientes da saúde. Dentre estas, algumas estavam hospitalizadas nas enfermarias e outras se encontravam em fase de tratamento, sem internação, no ambulatório da quimioterapia e radioterapia do Hospital Santa Casa BH.

Na percepção da maioria das clientes da saúde, predominaram, satisfação, ansiedade e o sentimento de felicidade pela oportunidade de participar de uma atividade de lazer. A atenção

das voluntárias da AVOSC, dispensada às pacientes, com a promoção de atividades de lazer, tem possibilitado a desvinculação da imagem clássica do hospital (de dor, tristeza, angústia, medo e solidão), mesmo diante da presença de tantos sofrimentos, pois existe a possibilidade de realizar uma atividade de lazer ao retornar ao ambiente hospitalar para tratamento de saúde.

Este viés vai de encontro aos pressupostos de algumas pesquisas científicas (como sinaliza os estudos de Isayama et al. (2011), Januzzi e Cintra (2006), Trindade (2006), além de outras na área da saúde, de que, as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, são importantes para os clientes da saúde.

Nesse sentido, muitos depoimentos apontaram para este imperativo. Dentre as percepções das clientes da saúde identificadas quanto a esta categoria, ao fazer uma reflexão sobre os sentimentos que envolvem o tratamento, a atividade do bordado promovida pela AVOSC e o trabalho voluntário da Associação, fez-se procedente elencar algumas subcategorias, como:

- Sentimentos gerados durante o período de tratamento;
- Os sentimentos provocados mediante a atividade do bordado no ambiente hospitalar;
- Percepção das clientes da saúde sobre o trabalho voluntário da AVOSC.

4.5.1 Sentimentos gerados durante o período de tratamento

Antes de entender a percepção das clientes da saúde sobre as atividades de lazer, julgou-se conveniente, a princípio, averiguar esta subcategoria a partir do questionamento à paciente sobre os seus sentimentos durante a hospitalização ou fase de tratamento da enfermidade.

Esse questionamento sensibilizou algumas entrevistadas, pois se emocionaram ao lembrar do diagnóstico da doença. Outras se comoveram com relação ao período de internação e/ou tratamento da doença, sobre os momentos difíceis enfrentados no ambiente hospitalar. Para tanto, verificou-se uma predominância de sentimentos positivos, mesmo diante das dificuldades advindas da enfermidade.

Apesar da hospitalização ou do ambiente hospitalar ser considerado por muitas pessoas como espaços marcados por uma infinidade de aspectos negativos, predominaram sentimentos relacionados a aspectos positivos, ou seja, das 56 clientes da saúde entrevistadas, a maioria (75%) relatou que se sentia bem, tinha esperança de cura e que a cada dia que passava se sentia bem melhor, mais confiante, com mais entusiasmo para vencer a enfermidade, isto é, havia uma motivação para viver, como pode ser percebido nas falas a seguir.

Ah, agora que eu estou dando mais valor à minha saúde. Estou com mais vontade de lutar, sabe?! E a luta é grande! Você sabe que o lugar não é bom, mas tem que ter esperança de viver. Tem pessoas aqui que eu percebo que estão muito pra baixo, tristes e penso: ah, meu Deus, a pessoa não pode ficar assim, não pode se entregar a doença, senão ela pode piorar a situação dela e realmente morrer! (C1).

Eu vou me sentindo melhor, cada dia que passa eu estou me sentindo bem melhor (C3).

Apesar da demora do diagnóstico, estou muito confiante, graças a Deus! Porque a minha médica disse que o meu tratamento está indo muito bem! (C9).

Demorou para descobrir meu problema, mas eu estou bem, estou com muita fé, já sinto a cura, sabe?! (C29).

Cada dia você levanta de um jeito. Tem dia que estou muito bem, no outro estou com mal estar, enjoada, com diarreia, mas, eu não posso reclamar disso! Eu sei que eu tenho que passar por isso, que tenho que fazer as sessões de quimioterapia, vou ter que fazer a radioterapia pra poder curar. Se eu começar a reclamar, eu desisto do tratamento e eu não posso desistir dele! Eu gosto de viver! (C51).

Sobre os sentimentos negativos, uma minoria (25%) indicou sentir tristeza e ansiedade durante a fase de tratamento. Este dado chama atenção pelo fato de ser mais comum a predominância de sensações negativas no ambiente hospitalar do que positivas, e no presente estudo prevaleceram os sentimentos positivos. Tal fato pode estar relacionado ao bom tratamento recebido pelos profissionais da saúde, já que 17,85% das participantes também disseram que eram muito bem atendidas e o tratamento era muito bom; e aos trabalhos das voluntárias, que vinham proporcionado bem estar e qualidade de vida aos enfermos, como pode ser observado em alguns relatos abaixo.

Entramos pra consulta, quando voltamos, a voluntária ali! Que alegria! Parece que completa a consulta, complementa, é um complemento no tratamento, está muito bom, muito bom! (C15).

Esse grupo de voluntárias ajuda demais da conta, sabe?! Esse trabalho voluntário faz diferença, tá! Tem aquelas voluntárias que servem também o suco, o biscoito, às vezes chega na hora que o paciente está com fome, porque nem todos têm condições de trazer dinheiro. Então, esse serviço voluntário é excelente, só tenho que agradecer, nota 10! (C25).

Há, nossa, sinto tanta coisa! Sinto vontade de voltar pra casa, mas está bom, o tratamento aqui é bom. Os profissionais respeitam bastante a gente. As voluntárias são excelentes. Bem humanizado aqui. Eu gosto, mas, assim, eu quero ir pra minha casa, não vejo a hora (C31).

Olha, eu acho que esse voluntariado é uma das atividades mais importantes que tem aqui! Porque é a hora que você recebe a maior atenção de todo mundo.

Muitas vezes o médico não tem tempo pra te dar atenção, uma enfermeira não tem tempo, apesar de serem excelentes! Mas é muita gente pra eles atenderem! Igual outro dia, eu contei, foram 280 pacientes das 7h da manhã até às 16h da tarde. Haja paciência para dar atenção pra tanta gente! Então, vem essas bênçãos pra cá e que cuidam da gente, olham você com outro olhar! Quer dizer, tem gente que não tem nem um décimo desse carinho em casa! Tem gente que está doente aqui, você vê o tratamento que o acompanhante dá para o paciente, o paciente é um estorvo. Agora as voluntárias não, elas cobrem a gente de carinho. Hoje deram de presente toquinha pra quem quisesse. Tem lanchinho! Todo dia tem lanchinho! Situações simples, mas é um carinho! Acho que vale mais do que se fosse uma comida de alta qualidade. Isso que eu acho (C51).

Embora o tratamento das doenças no hospital submeta a cliente da saúde a momentos e a sentimentos desagradáveis, percebeu-se um sentimento um tanto diferente do habitual, que traz motivação e colabora por transformar a realidade de muitas enfermas em fase de tratamento ou hospitalização.

Uma questão preocupante e de extrema importância que foi destacada por algumas entrevistadas, como uma situação desagradável, que gera tristeza e pode trazer consequências irreversíveis para muitos clientes da saúde, trata-se da demora do diagnóstico da enfermidade realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O relato abaixo, expressa bem essa sensação ruim, vivenciada por muitos que dependem do SUS, de não saber sobre a enfermidade e pela demora do diagnóstico, que pode ser bom ou ruim.

Eu só fiquei mal em fevereiro, porque eu não sabia o que eu tinha. Aquele processo de aguardar os resultados dos exames, quase que acabou comigo! (C51).

Na instituição pesquisada, percebeu-se que a demora do diagnóstico da doença é um fator preocupante e que merece uma atenção maior. Assim, pode-se considerar este fato como um ponto importante a ser melhorado pelo SUS, de modo que os clientes da saúde não sintam-se prejudicados devido a esta demora que foi identificada.

A cartilha intitulada “O SUS pode ser seu melhor plano de saúde” (2003), expressa de forma contundente que esta demora do diagnóstico pelos usuários do SUS pode ser entendida como uma ofensa à Constituição Federal (em especial ao artigo 1º, inciso III, 5º *caput*, 196 e 198, inciso II), que determina como fundamento a dignidade da pessoa humana e dispõe a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, que tem a atribuição de viabilizar um atendimento integral. Além disso, também fere a Lei Orgânica que criou o SUS (Lei 8080/90), que garante o acesso aos serviços de saúde de maneira eficaz e sem qualquer discriminação.

Para Lima, Silva e Pereira (2010), o SUS é considerado uma perspectiva de avanço para a política de saúde de modo geral. No entanto, observa-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais, além de existir uma omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações voltadas para a saúde. Os autores ainda esclarecem que, muito se deve persistir no sentido de uma relação entre Estado e sociedade pautada pela articulação, controle social, parceria, respeito à diversidade, transparência, descentralização e participação cidadã.

Pensando no sistema público de saúde, cabe explicitar, especificamente em relação à demora de um diagnóstico, que esta questão vai de encontro ao princípio da integralidade na assistência à saúde, que abrange a continuidade do cuidado. Nesse sentido, a dificuldade que um dependente do SUS enfrenta para chegar ao resultado de um exame é ampla; perpassar por toda rede do sistema público, desde a atenção básica (Programa Saúde da Família - PSF) até a atenção especializada ou hospitalar, o sistema é complexo e burocrático.

Assim, a demora no diagnóstico de uma enfermidade é uma questão pertinente a ser questionada, pois apesar da saúde ser um “direito de todos e um dever do Estado” e do Sistema Único de Saúde (SUS) ser muito bem consolidado e estruturado, percebeu-se que ainda existe uma falha no sistema público de saúde, que continua deixando a desejar. Como foi observado pelos resultados obtidos na presente pesquisa, é uma realidade triste que infelizmente muitos brasileiros continuam enfrentando diariamente.

Para tanto, é importante entender os sentimentos que envolvem os clientes da saúde em relação ao período de tratamento ou hospitalização, de modo a promover atividades, como a do bordado que será analisada na próxima subcategoria, para amenizar os sentimentos ruins, por exemplo, a ansiedade e a tristeza da espera do diagnóstico.

4.5.2 Os sentimentos provocados mediante a atividade do bordado no ambiente hospitalar

Nesse contexto, teve-se o interesse de identificar por que a cliente da saúde aceita participar da atividade do bordado promovida pela AVOSC, e como ela se sentia durante e depois de realizar a referida prática. Cabe mencionar que, no período da coleta dos dados, todas as entrevistadas participaram apenas da atividade do bordado na instituição de saúde.

Ao analisar esta subcategoria, foi possível vincular a atividade do bordado aos sentimentos dos clientes da saúde, onde se averiguou o verdadeiro significado desta prática para as entrevistadas que se encontravam em um momento de saúde expressivamente delicado. Assim, observou-se, dentre vários aspectos, principalmente, que essa atividade de lazer foi

capaz de distrair as pessoas, fazendo o tempo passar de uma forma mais prazerosa, e modificar momentos de tristezas em entusiasmo e ânimo para lutarem pela vida.

Diante do exposto, Pinto (2009) afirma que, no ambiente hospitalar, é fundamental pensar modos de ressignificar o tempo e o espaço, assim como a saúde. Nesse processo, o lazer pode ser um fenômeno colaborador, que é capaz de proporcionar muitos benefícios para a vida das pessoas que se encontram hospitalizadas.

As clientes da saúde que participaram da atividade do bordado, quando interrogadas sobre o motivo de aceitar participar da referida atividade, mencionaram os seguintes aspectos: distrair, passar o tempo, gostar de bordar, achar interessante, terapia, achar bonito e ocupar a mente. Sendo que a maioria das participantes informou que participa da atividade com a intenção de distrair (35,71%); em seguida, relataram que é para passar o tempo (25%). Os outros motivos foram os seguintes: gostar de bordar (14,29%), achar interessante (8,93%), como terapia (7,14%), achar bonito (5,36%) e ocupar a mente (3,57%). Algumas falas abaixo podem exemplificar o que foi exposto anteriormente.

Gosto de bordar, achei uma oportunidade de aprender uns pontinhos (C10).

Ah, para distrair a cabeça, é uma terapia e tanto minha filha! Nossa, é muito bom, é Deus mesmo que colocou essas mulheres aqui! [...] A gente esquece do que está passando, esquece da dor, da doença. Porque às vezes a gente chega aqui com um pensamento ruim, e essa atividade distrai a gente demais, é uma atividade muito boa que elas inventaram. Quando vem os palhaços também dou risada, eu gosto, mas isso aí distrai muito mais! Além de ser uma atividade para fazer aqui, também faço em casa, então, é uma terapia aqui e na casa da gente (C16).

Pra eu ocupar a mente, me sentir mais tranquila, pra eu aguentar ficar no hospital (C21).

Por que passa o tempo, fica mais fácil pra enfrentar a doença, é mais tranquilo, a gente aprende até uma profissão, por isso, acho interessante (C22).

Terapia. Tenho depressão e na internação, estava pra baixo, não tinha nada pra fazer aqui, eu começo a chorar, aí minha depressão volta. Isso é muito importante no hospital, é uma terapia, enquanto estou fazendo essa atividade não estou pensando bobagem (C23).

Aqui a gente fica muito tempo esperando, aguardando o médico chamar para fazer os procedimentos. O tempo fica muito vago, a espera fica longa, aí, com o bordado preenche, a hora passa e o médico chama mais rápido (C29).

Eu nunca bordei. Acho bonito, aí tive curiosidade. Ainda mais aqui no hospital por causa da rotina. Pra gente não ficar tão ansioso, tem que ter alguma atividade pra fazer, eu aceitei fazer e estou gostando (C30).

Achei interessante, minha mãe era bordadeira, sempre tive vontade de aprender a bordar, comecei e gostei (C32).

Eu aceitei pelo carisma das pessoas que ensinam. Você vê que o jeito de ensinar é diferente. Eu nunca tive interesse em bordar. Mas, só o jeito delas ensinarem e o tempo que você fica perdendo sentado aqui, é um tempo desgastante, você fica ansiosa, aí demora um pouquinho, aí você fica atrasada ali, aí fica ali pesando: meu Deus do céu, estou aqui a toa e não tem nada pra fazer! Quando você vê o bordado, começa a bordar, você vê o tempo passar. O tempo passa e você nem vê. Nó, é maravilhoso, eu adoro, eu fico ansiosa pra chegar aqui e bordar (C38).

In loco, durante as entrevistas e ao observar o ambiente e os sentimentos envolvidos durante a realização da atividade do bordado, verificou-se que, esta prática, de certa forma, ameniza a triste rotina hospitalar, descontra o ambiente, desperta sorrisos, fortalece os ânimos, enfim, surgem sentimentos bons, fazendo com que o processo de hospitalização não seja tão triste e os procedimentos clínicos não sejam tão dolorosos.

Além disso, notou-se que acontece uma mudança positiva no humor das pessoas hospitalizadas, na forma como elas estavam se comportando antes, um pouco mais tristes, deprimidas, retraídas, e depois se encontravam mais felizes, como informaram algumas pacientes. Com a prática do bordado, algumas clientes da saúde disseram que passaram a se sentir melhores para enfrentar a doença e/ou o tratamento.

Assim, foi possível perceber que a atividade do bordado tem sido importante para as clientes da saúde; é uma prática que tem motivado as enfermas, despertando vários interesses, inclusive para fazer outras atividades no hospital, como algumas enfermas relataram. Além disso, intensifica sensações prazerosas que podem refletir positivamente na recuperação ou pelo menos amenizar a dor e o sofrimento durante a estada no hospital.

O sentimento de motivação estimulado nos indivíduos, de acordo com Diogo (2016, p. 11), “é uma grande inspiração que proporciona diversas expectativas, lançada por um desejo individual que leva o indivíduo a começar exercer aquela determinada atividade”.

Para Soler et al. (2004), a intenção de motivar os indivíduos deve permear todas as áreas da vida humana, isto é, as relações familiares, escolares, de trabalho e, inclusive, as circunstâncias que envolvem cuidados específicos à saúde das pessoas que precisam passar por processos de recuperação.

Ao identificar essa motivação proporcionada através da atividade do bordado, foram analisados, de modo específico, os sentimentos envolvidos durante e depois de realizar esta prática, como pode ser observado na próxima temática.

Sentimentos durante e depois de realizar a atividade do bordado

As clientes da saúde, quando questionadas como se sentiam durante e depois de realizarem a atividade do bordado, relataram, claramente, as motivações que esta prática proporcionava; predominando, entre as respostas, a vontade de fazer cada vez mais a atividade e o entusiasmo que sentiam quando observavam o bordado que foram capazes de produzir. Surgia uma motivação. Alguns relatos a seguir representam o que foi mencionado anteriormente.

Nossa, eu fico engrandecida de saber que fui eu que fiz aquele bordado ali! Eu não acreditava, pra quem não fazia bordado antes, eu ver aquilo ali e saber que foi eu que fiz, é gratificante! (C16).

É maravilhoso! Faço cada bordado lindo! Coloco em cima da cama e falo assim: Meu Deus, isso aí foi eu que fiz? (C20).

Ah, ótimo! Quando vejo um bordado bonito e percebo que consegui fazer uma peça bonita, eu sinto bem e isso me ajuda a melhorar. O contato com o belo faz bem, e o bordado traz isso pra mim, assim como o poema quando eu escrevo (C37).

Eu consegui fazer um ponto, aí, agora, eu estou ansiosa pra terminar o desenho, a figura e pegar outro ponto, já terminar aquele ponto e começar a aprender outros pontos (C46).

Bom, traz uma sensação de que eu consegui! Porque quando você olha um bordado, você fala assim: poxa, complexo e dá trabalho! É uma atividade que você tem que ter paciência e eu sou muito ansiosa. Então, eu uso realmente como uma terapia pra mim. Quando eu vejo que consegui terminar mais um trabalho, que fiz um desenho bonito, legal, eu vejo ali carinho, amor e dedicação. Dediquei muito tempo e um trabalho daquele, quando você vê que terminou de fazer mais um trabalho com tanto carinho e amor, você fica muito feliz (C52).

A gente fica maravilhada! Como é que a gente consegue fazer um bordado! Como é que a gente consegue fazer um desenho! Como é que a gente dá vida! A gente fica se perguntando: foi eu mesma que fiz isso? (C54).

Pôde-se constatar que, mesmo diante de uma situação difícil, como a enfermidade, a atividade do bordado foi capaz de proporcionar sensações motivadoras nas participantes. Em face de uma enfermidade grave, como o câncer, ao participar dessa atividade, muitas esquecem da dor e dos efeitos colaterais provocados pela moléstia e pelo tratamento. Além disso, esses sentimentos têm alimentado expectativas, esperança, vontade de viver, de se sentir capaz de fazer algo, que leva a pessoa a ver um sentido em sua própria vida.

Um aspecto que merece atenção e foi retratado por Trindade (2006), relaciona-se ao fato de que as instituições de saúde não dão a devida importância aos benefícios que o lazer pode proporcionar no ambiente de saúde e, em muitas situações, não o julga necessário num processo de tratamento de doenças.

Desse modo, a presente pesquisa vem dar visibilidade a esta prática tão necessária nestes espaços. É fundamental que os hospitais reconheçam os benefícios e a importância destas atividades para o tratamento ou para a recuperação dos clientes da saúde. Como as práticas de lazer tem sido oferecidas através do trabalho voluntário, urge que essas instituições promovam e auxiliem mais esses serviços.

Sobre o trabalho voluntário em hospital, na próxima subcategoria será analisada, exclusivamente, a percepção das clientes da saúde sobre o voluntariado da AVOSC no Hospital Santa Casa BH.

4.5.3 Percepção das clientes da saúde sobre o trabalho voluntário da AVOSC

No que se refere a esta subcategoria, teve-se o propósito de identificar a percepção das clientes da saúde quanto ao trabalho voluntário da AVOSC e das atividades promovidas por elas.

Todas as clientes da saúde consideraram importante o trabalho voluntário da AVOSC na instituição de saúde. Dentre os relatos obtidos, essa importância foi indicada através dos seguintes pontos:

- Sentem falta quando as voluntárias estão ausentes por algum motivo;
- Mexe com o emocional da pessoa que está enferma, pois algumas relataram que, antes ficavam muito tensas, tristes, preocupadas com a doença e, hoje, ficam até mais tranquilas para fazer o tratamento; esquecem da enfermidade;
- E, principalmente, algumas se sentem importantes e valorizadas pelo fato das voluntárias se preocuparem em oferecer uma atividade de lazer para elas, que se julgam estar em uma condição “inferior”.

Além disso, muitas reconheceram que ficar no hospital não é uma situação boa, isto é, não se encontravam em tratamento ou hospitalizadas por vontade própria, mas por uma condição de saúde que exigiu isso. As clientes da saúde admiravam o trabalho das voluntárias que disponibilizavam e dedicavam o tempo delas a uma pessoa que elas nem conheciam, sendo

que poderiam estar passeando, viajando, curtindo a vida de uma forma diferente, fazendo qualquer outra atividade que não fosse estar no ambiente hospitalar.

Outro aspecto importante, que muitas entrevistadas relataram, trata-se do benefício do trabalho voluntário, tanto para quem recebe como para quem oferece a ação voluntária. Das pessoas que se dedicavam ao voluntariado e daquelas que participavam dessas atividades, não foi identificado nada a desejar para ambos sobre a contribuição do voluntariado. Trata-se de uma atuação que contribui positivamente e promove benefícios, sendo recompensadora. Em algumas falas abaixo, das clientes da saúde, pôde-se observar o que foi discutido anteriormente.

Então, elas não perdem nada. [...] Elas aprendem, saem ganhando, dão como também recebem, é um trabalho muito gratificante. Não gosto de ir ao hospital, mas gosto desse trabalho. [...] É muito bom, é troca de experiência mesmo! Eu sinto até falta do pessoal quando eu não vejo alguém, eu já falo: Ô gente, cadê a senhora do bordado? [...] Elas oferecem atividades que são como uma arte pra gente refrescar um pouco a mente. Porque se a gente fica no recuo da doença, aí fica doente mesmo, então, você tem que fazer alguma atividade, como estes artesanatos. Elas trazem esta alegria, nunca vem mau humoradas, sempre com esta alegria, com esta empolgação toda, que é bom (C1).

O dia de vir era uma tristeza, hoje já fico doida pra chegar o dia! Chego cedo pra sentar ali e ela me ensinar. Tem muitos potinhos que a gente não sabe. Nossa, ficava muito triste, muito pra baixo, agora não, fico na expectativa pra chegar aqui! Essa semana eu acabo de fazer, e falo: há meu Deus, até chegar dia 22! A gente fica sentada ali pensando na doença, tipo assim: será que o médico vai pegar minha veia certo hoje? Então, ficava naquela tensão, quando eu entrava lá, ficava mais tensa, nervosa. Agora, fico tranquila, pega a minha veia fácil (C11).

São pessoas que já trabalharam a vida inteira, agora estão aposentadas, deveriam estar em casa, curtindo, viajando. Elas estão ganhando mais do que nós que estamos aqui. O papel delas aqui, pra min, é mais importante que o papel do médico. Porque o médico, você senta lá, vai examinar. Agora, elas estão lidando com cada um, com cada sentimento, com cada problema e são pessoas que não são novas e estão sempre dispostas. Você não vê elas com sorrisos tristes, com problemas e todos nós temos! Você pode não ter talento nenhum, que elas te dão talento, é como se elas tirassem o talento delas e colocassem em você, e muitas vezes você não sabe nem colocar a linha na agulha. Quando eu comecei, eu vou ser sincera, não sabia nem colocar a linha na agulha. A forma delas explicarem, falarem, de lidarem com o paciente, é como se elas tivessem arrancando a doença das pessoas, muitos até esquecem que estão doentes. Então, são senhoras que não precisam estar aqui! Vou ser sincera, os profissionais que estão aqui, trabalhando, não tratam ninguém mal, mas estão fazendo aquilo que são obrigados a fazer. Já elas, não são obrigadas a fazer nada disso, elas saíram de casa, não ganham para estarem aqui, estão por amor. Acho que é isso que cura as pessoas, é o amor que elas doam, porque elas não doam não é só o tempo, é o amor delas e a paciência de Jó (C38).

Acho lindo o trabalho desse pessoal! Isso é muito importante para o paciente. Muito importante! Não é porque ele vai fazer pra ganhar dinheiro, nada não,

é pra alma do paciente. Você se sente valorizada. Você sente que tem alguém que se preocupa com você. Alguém quer te ajudar de alguma forma. É uma terapia (C42).

Eu gostaria de agradecê-las, porque são poucas pessoas que tiram esse tempo pra doar para as pessoas que estão com depressão, esperando um tratamento médico. Esse trabalho está evitando homicídio! Durante o tempo que a pessoa está aqui, distrai a mente, evita pensar em situações ruins (C48).

Deixar o que você tem que fazer na vida, de graça, pra lidar com pessoas de todo o tipo, com gente que você não sabe quem é, você não tem a menor afinidade, e, de repente, você cria um laço com essa pessoa. Muitas vezes está com alguém que está precisando mais de carinho e de atenção do que de dinheiro. [...] Então, é por isso que o voluntariado social é tão importante no país igual o nosso, onde o básico que falta é amor, o básico! (C51).

Percebeu-se que as atividades promovidas pelas voluntárias da AVOSC foram capazes de transformar o estado de espírito das clientes da saúde. Deixaram de preocupar com a enfermidade, aumentou a confiança das enfermas para não desistirem do tratamento, por mais que fosse doloroso o procedimento ou a medicação; muitos esqueciam da dor, da própria doença e do tempo de espera.

Nesse sentido, o voluntariado na instituição pesquisada tem sido um meio de promoção de força para as clientes da saúde, renovando suas esperanças, em um momento muito difícil de ser enfrentado. Além disso, permitem um novo olhar para a instituição de saúde, de hospitalidade, acolhimento e solidariedade, que tem proporcionado bem estar e qualidade de vida.

O estudo de Benatti e Pontes (2012) comprova que se sentir bem recebido e acolhido é um fator extremamente importante tanto para o hospital como para o paciente. Nesse sentido, pensando em todo contexto que envolve a instituição de saúde, como a ambiência, a hospitalidade, o conforto do apartamento, a qualidade da nutrição e dietética, as atividades de entretenimento (como as atividades de lazer), além da estrutura clínica, são fatores que, juntos, contribuem no sentido de minimizar as dificuldades e sofrimentos causados por uma hospitalização, principalmente quando prestados com qualidade.

4.6 Atividades de lazer promovidas por voluntárias no Hospital Santa Casa BH

A proposta desta categoria foi analisar a contribuição das atividades de lazer para as instituições de saúde, de forma geral, e, especificamente, para o Hospital Santa Casa BH. Procurou-se verificar como as entrevistadas percebiam a realização de atividades de lazer dentro de um hospital e como elas viam estas atividades para as pessoas hospitalizadas ou em

tratamento sem internação, para os profissionais de saúde, acompanhantes e para as voluntárias da AVOSC.

Os dados analisados foram obtidos através das entrevistas realizadas com três voluntárias que desenvolveram a atividade do bordado com clientes da saúde, no período da coleta dos dados, e com um representante da administração do hospital.

Para concretizar a análise dos resultados obtidos, fez-se pertinente elencar as seguintes subcategorias:

- A importância da atividade de lazer para as instituições de saúde, na visão da voluntária;
- A importância das atividades de lazer para os clientes da saúde, acompanhantes, profissionais da saúde e para as voluntárias da AVOSC, na visão da voluntária;
- Percepção do representante da administração do hospital sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC.

4.6.1 A importância da atividade de lazer para as instituições de saúde, na visão da voluntária

Ao pensar nas possibilidades para o tratamento das doenças, logo reporta-se a medicamentos e aos procedimentos clínicos, além de outros fatores que contribuem para a cura do cliente da saúde. Porém, não se pode deixar de pensar no aspecto emocional, nas possibilidades que proporcionam bem estar, como as atividades de lazer.

Sobre a contribuição destas atividades no ambiente hospitalar, Oliveira (2001) expressa que o lazer pode amenizar não só a permanência do paciente no hospital, mas também contribui no sentido de estimular alguns aspectos, como: a socialização, a afetividade, o bem estar físico e mental, proporcionando qualidade de vida nestes espaços.

Assim, por considerar a importância da atividade de lazer em instituições de saúde, como coadjuvante no sentido de minimizar os efeitos causados pelo processo de hospitalização e/ou tratamento da enfermidade, é que surgiu a proposta desta subcategoria, que propõe analisar a percepção das voluntárias.

Nesse sentido, todas as voluntárias entrevistadas ressaltaram que é importante e fundamental realizar uma atividade de lazer em instituições de saúde, pois são momentos de distração que ajudam a passar o tempo do cliente da saúde.

Eu acho isso muito positivo e necessário. Porque as horas dentro do hospital não passam para o paciente. Não passam! Aqui não tem televisão no quarto, então, são horas intermináveis! Porque o pensamento vai aumentando e a dor também vai aumentando! (Voluntária 1).

Considero superimportante! Ocupa a cabeça, tira a sonolência, não fica só dormindo, não fica o tempo todo prostrado pensando na doença (Voluntária 2).

Olha, eu acho necessário! Porque eles estão ali sempre naquela mesma rotina, [...]. Então, essas atividades ajudam a passar o tempo, quebra a rotina do hospital. Geralmente vem um grupinho de palhaço e eles adoram, tem uns que tem medo (Voluntária 3).

Através dos relatos das voluntárias, é possível confirmar que as atividades de lazer são consideradas importantes nas instituições de saúde, enfatizando, principalmente, a contribuição dessas atividades no sentido de ajudar a passar o tempo, além de propiciar momentos de distração.

O entretenimento e a ocupação do tempo ocioso do cliente da saúde para Godoi (2008, p. 77) “vem de encontro à necessidade humana do lúdico para tornar menos desgastante e traumatizante a estada em ambientes estranhos ao lar”.

Em suma, construir parcerias com trabalhos voluntários voltados para instituições hospitalares, criar oportunidades e desenvolver atividades de entretenimento, tem possibilitado diferentes formas de inovar para que o cliente da saúde possa aproveitar e usufruir do espaço do hospital de um modo menos traumatizante.

Considerando a importância da atividade de lazer para as instituições de saúde, detectada nas entrevistas, procurou-se analisar as contribuições destas atividades, para clientes da saúde, profissionais da saúde, acompanhantes e para as voluntárias, as quais serão descritas no próximo tópico.

4.6.2 A importância das atividades de lazer para os clientes da saúde, acompanhantes, profissionais da saúde e para as voluntárias, na visão da voluntária

Pôde-se perceber que o trabalho das voluntárias da AVOSC, com os clientes da saúde, era realizado tendo como um princípio o respeito pela vontade do cliente da saúde de querer ou não participar das atividades. Ao observar como as atividades aconteciam, constatou-se que havia uma boa receptividade dessas ações por todos que faziam parte do ambiente hospitalar.

Considerando esta averiguação, fez-se relevante especificar esta subcategoria que propõe analisar, na visão da voluntária, a importância das atividades de lazer para clientes da saúde, acompanhantes, profissionais da saúde e para as voluntárias. Identificou-se que, cada entrevistada teve uma percepção. De modo geral, as voluntárias consideraram estas atividades positivas para todos da instituição de saúde.

4.6.2.1 Importância para os clientes da saúde, na visão da voluntária

A Voluntária 1 afirmou perceber que, as atividades de lazer para os clientes da saúde contribuem no sentido de proporcionar expectativas de cura em relação ao tratamento da enfermidade, de modo que eles passam a ter uma maior e melhor perspectiva de vida. Além disso, eles se sentiam valorizados pela atenção que recebiam durante o momento que praticavam a atividade.

Eu acho que você dá um toque na esperança do paciente. Mas é mesmo! Porque às vezes ele está tão desolado, sente que o seu problema de saúde não tem jeito! Assim, mesmo que seja pra ele ficar internado, ao realizar uma atividade, ele passa a ter uma esperança de vida. E, também, eu acho que ele pensa assim: “gente, essa mulher,[...], se ela tem tempo pra ficar conversando comigo, então, eu devo valer alguma coisa!” (Voluntária 1).

Já a voluntária 2 afirmou que essas atividades colaboram para descontraí-los, deixando-os mais felizes. Assim como destacou a voluntária 1, a Voluntária 2 também reforçou que o enfermo se sentia valorizado ao participar de uma atividade de lazer.

Eu percebo, nitidamente, que o paciente fica, assim, mais descontraído, ele fica mais alegre, você entendeu?! Ele se sente, assim, que está sendo valorizado! (Voluntária 2).

Na percepção da Voluntária 3, os clientes da saúde viam as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, como uma prática recreativa. Para ela, tais ações contribuíam para os enfermos esquecerem o momento desagradável que estavam vivenciando, do que estavam sentindo, enfim, se sentiam bem.

Isso aqui é uma recreação para eles. Por exemplo, eles vêm pra cá, sentam, aprendem e acabam esquecendo um pouco do que estão passando, do que estão vivendo, do que estão sentindo. Porque, às vezes, as dores deles estão tão profundas, lá dentro, que, mesmo que eles não falem, pois tem pessoas que não falam, você percebe durante o bordado. Por exemplo, na linha você consegue ver quando uma pessoa vira e fala assim: “Ah, eu vou usar linha preta, eu quero fazer com linha marrom”. Vão fazendo o bordado, aí você começa a perceber e fala assim: “Como que essa pessoa está sofrendo, o que ela está sentindo?”. Você consegue perceber isso, acaba olhando e observando tanto, que você fala assim: “Gente, a pessoa está sofrendo demais!” Então, você pode levar uma palavra pra ela, pode mudar o modo dela pensar. Elas se sentem bem. Elas vêm e uma brinca com a outra, conversam. Ficam tão amigas quando encontram ali no bordado, que trocam fichinhas, celulares, uma ensina a outra e vai até uma na casa da outra. Por exemplo, uma fala assim: “uai, gente, hoje eu estou sozinha, minha colega não veio!” Então, eu acho que elas ficam mais abertas, elas esquecem da doença naquele momento. Elas falam: “nossa, passou tão depressa, não vai embora não!” (Voluntária 3).

Dentre os depoimentos acima, chama a atenção o fato dos clientes da saúde se sentirem valorizados pela atenção que recebiam ao participar das atividades de lazer. Nesse sentido, percebe-se que estas atividades são capazes de proporcionar bem estar, que leva o indivíduo a uma sensação de descontração, felicidade, distração, enfim, de acolhimento.

Outro ponto importante a ser ressaltado, revelado no depoimento acima, trata-se da possibilidade de identificar, através do bordado, o sofrimento dos clientes da saúde. É instigante entender como a escolha da linha e do desenho foram capazes de transmitir o que eles estavam sentindo naquele momento de sofrimento perante a enfermidade. Este fato pôde ser identificado pelo próprio relato da cliente da saúde descrito logo abaixo.

Eu não sofri, eu bordei! A minha tristeza eu passei para o bordado! (C52).

4.6.2.2 Importância para os acompanhantes dos pacientes, na visão da voluntária

Na percepção da Voluntária 1, os acompanhantes gostam imensamente. Já para a Voluntária 2, os acompanhantes consideram uma maravilha. Na visão da Voluntária 3, os acompanhantes, ao participar da atividade de lazer, sentem aquele momento como uma distração. De forma geral, as voluntárias perceberam que, os acompanhantes consideravam as atividades de lazer como excelentes e relevantes. Tais constatações podem ser observadas, claramente, nos relatos abaixo:

Os acompanhantes gostam muito, porque o paciente, às vezes, exige muito dele! Então, a hora que chega uma voluntária e você vai ensinar, eles falam: “Ai, que bom que você chegou!” (Voluntária 1).

Eles acham, assim, maravilhoso! (Voluntária 2).

Muitos acompanhantes não podem ir na sala de quimioterapia, não podem entrar quando os pacientes estão tomando a medicação. Então, eles ficam lá bordando com a gente e esquecem que a pessoa está lá dentro, quando o paciente vem e fala: “Ah, acabei!” Os acompanhantes tomam um susto (Voluntária 3).

De acordo com os depoimentos acima, foi possível verificar que as entrevistadas também consideravam que havia uma boa receptividade das atividades de lazer por parte dos acompanhantes que, querendo ou não, também mudam suas rotinas ao acompanharem uma pessoa enferma. Desse modo, constata-se que essas atividades são importantes e agradáveis para eles, propiciando um momento de distração durante o tempo de permanência no hospital.

Além disso, verificou-se que, durante os momentos em que as atividades eram desenvolvidas, especificamente sobre a atividade do bordado, a interação que acontecia entre

os acompanhantes e os clientes da saúde pôde ser reconhecida como um momento de solidariedade, amizade e união entre todos que vivenciavam aquele contexto. Por exemplo, foi possível observar que um se prontificava em ajudar o outro a superar suas dificuldades durante a prática do bordado. Assim, considerando estas circunstâncias, pode-se dizer que existe uma socialização muito significativa entre as pessoas, através da ação do bordado, que chama a atenção para a importância do lazer no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, Beuter et al. (2009) confirmam que é essencial oferecer ações que auxiliem a interação entre os indivíduos, com o propósito de contribuir para amenizar circunstâncias que ocasionam sentimentos de estresse, sofrimento físico e emocional, como os procedimentos técnicos, realização de exames e o tratamento da doença.

Sobre a importância da interação entre as pessoas nos espaços de saúde, Heidmann et al. (2006) esclarecem que, a interação em equipe favorece o conhecimento de determinados aspectos, como: emocionais, culturais, econômicos e sociais que envolvem a pessoa hospitalizada. Isso transcende o modelo biomédico fundamentado em observar a enfermidade considerando os aspectos individuais e biológicos, centralizado em especialidades e tecnologias.

4.6.2.3 Importância para os profissionais da saúde, na visão da voluntária

No relato da Voluntária 1, os profissionais consideravam as atividades de lazer como uma prática que faz bem para os clientes da saúde e incentivavam que eles participassem.

Eu acho que eles veem, assim, como uma atividade positiva. É, não tem como não achar não. Quando a gente chega, normalmente tem enfermeira que fala: “oh, o pessoal do bordado está aí!” Então, assim, tem aquele incentivo para o paciente (Voluntária 1).

Já a Voluntária 2 evidenciou que existe uma diferença em relação a atenção, ao modo de tratar o cliente de saúde, ou seja, no relato, foi perceptível que há um tipo de acolhimento divergente entre profissionais e voluntárias. Grande parte dos profissionais age de modo mais técnico, sem envolvimento emocional com o cliente da saúde, mais atentos às questões clínicas da enfermidade. Identificam o indivíduo pela doença e não consideram o enfermo como um todo, que possui não apenas dores físicas, mas também emocionais. As voluntárias são mais receptivas, atenciosas e mais carinhosas com os enfermos. A Voluntária 2 ainda chamou a atenção para o fato de que, se o profissional da saúde proporcionasse um melhor acolhimento aos enfermos, haveria uma confiança maior entre paciente e a equipe clínica. Por outro lado,

ela justificou esse tipo de comportamento do profissional pela questão do tempo, que é muito curto no ambiente hospitalar para conceder uma atenção maior para cada cliente da saúde.

A gente não pode generalizar, mas tem profissionais que estão ali de forma nem sempre humana, quer dizer, tem alguns que dão atenção, mas, de maneira geral, você percebe ele muito técnico. Vamos supor, a enfermeira, ela tem que dá o remédio, tem que trocar, mas não vai parar ali e ficar conversando, colocando a mão na cabeça do paciente, porque não dá tempo. Então, ela pode ter vontade, mas o hospital teria que mudar muitos procedimentos, como, uma enfermeira não poderia ter aquele tanto de paciente para atender, porque se ela ficar aqui com um, passa o horário do remédio do outro, passa o banho do outro. Com isso estou justificando, defendendo o lado delas. Então, vejo isso muito técnico. Agora, em relação aos médicos, claro que tem exceções, eu também vejo muito técnico, muita objetividade, mas nada subjetivo, nada muito pessoal, [...], não são carinhosos. Se eles tivessem essa atenção, essa conversa, seria uma oportunidade de ter até mais confiança do paciente em relação ao médico. Porque eu acho que o médico ver muito o paciente como parte do corpo, a parte doente, e não de forma holística, ele não consegue ver o paciente num todo e saber que aquele todo tem dor, tem afeto, tem saudade, tem carinho, esse lado não é visto. Então, o médico olha, você está com um problema na perna, então eu vou examinar a sua perna, é como se só a perna importasse, o paciente é a perna, o paciente não é um todo, fisicamente, e não é um todo também ligado a emoção. Porque o doente não sente só dores físicas, ele também sente dores emocionais (Voluntária 2).

Para a Voluntária 3, os profissionais da saúde consideravam as atividades de lazer importantes para os enfermos, e recomendavam aos pacientes se envolverem nas atividades. Como pode ser verificado no seguinte relato:

Há, eles consideram importante, porque o paciente mesmo conta a gente o que eles acham. Aconselham as pessoas virem e participarem dessa atividade. Os profissionais falam com os pacientes que é necessário que eles participem das atividades, pois ajuda a esquecerem aquele momento. Os profissionais também reconhecem as voluntárias como profissionais do bordado, pelo modo como conversam, pela troca de experiência e confiança transmitida (Voluntária 3).

Nos depoimentos anteriores, chamou a atenção as argumentações da Voluntária 2 sobre a conduta dos profissionais da saúde, que oferecem, no exercício de sua profissão, uma assistência mais técnica. Notadamente, no dia-a-dia, percebe-se que este comportamento é muito comum no ambiente hospitalar.

De acordo com Dantas (2014), não se pode pensar em tratar um paciente pensando apenas no lado físico, mas, também, considerar o lado emocional e social de cada enfermo durante o tratamento ou hospitalização.

Para Nunes, Hildinger e Meurer (2015), o trabalho no interior do hospital requer atenção e eficiência. Em muitas situações está voltado, exclusivamente, para a execução das tarefas. Tal

constatação faz com que muitos profissionais da saúde deixem de lado os relacionamentos interpessoais, ocasionando uma assistência do tipo mecanizada. Entretanto, é importante destacar que, em um ambiente de trabalho, como em uma instituição de saúde, as relações interpessoais solidárias também estão relacionadas com a produtividade e eficiência, não apenas com a competência técnica. Assim, compreende-se que as ações de solidariedade também contribuem para o bem estar dos profissionais das diversas áreas, que vão refletir na produção de um bom trabalho para o cliente da saúde.

Retomando as discussões sobre as atividades de lazer, percebeu-se que estas atividades, promovidas pelas voluntárias no hospital, apesar de serem consideradas importantes e valorizadas pela maioria, não era consenso entre todos os profissionais da saúde que faziam parte da instituição, como pôde ser observado no relato da Voluntária 2.

Para tanto, ao executar uma atividade em um ambiente hospitalar, é preciso entender que as pessoas que estão naquele local apresentam necessidades especiais e se encontram em um momento de fragilidade perante um tratamento ou uma doença. Minimizar a dor, a tristeza, a angústia, o medo, a solidão e fazer o tempo passar é um constante desafio a fim de proporcionar bem estar para o cliente da saúde.

Para Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003, p. 237), “o profissional da saúde deve ampliar sua compreensão, perceber os elos que unem as pessoas em sua volta, captar seus desejos, vontades e sentimentos”.

Esta discussão nos reporta ao que foi abordado por Diogo (2016, p. 5), “[...] temos um hospital que cuida, assiste e intervém apenas ao lado da doença, ou seja, a patologia do paciente, onde não reconhece o que está além do patológico, das máquinas, dos medicamentos e prontuários, esquecendo-se realmente do que seja o sujeito”.

Nesse sentido, ao pensar no tratamento das doenças, é interessante não remeter apenas aos remédios, procedimentos médicos e outros fatores que contribuem para a cura do cliente da saúde, mas, também, pensar no lado emocional, levando em consideração, dentre os procedimentos clínicos obrigatórios, a execução de atividades que sejam prazerosas ou façam com que as pessoas sintam-se confortáveis.

4.6.2.4 Importância para as demais voluntárias da AVOSC, na visão da voluntária

A Voluntária 1 e a Voluntária 2 consideraram que as demais voluntárias da Associação veem as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, de forma imensamente positiva. A

Voluntária 2 acrescentou que esta prática é considerada importante para o cliente da saúde. Há uma interação entre todos os envolvidos, e as voluntárias percebem a importância de se doar em prol do bem estar do outro. Já a Voluntária 3 destacou que as voluntárias gostam das atividades de lazer, há um interesse da parte de outras voluntárias de aprender a atividade para poder ensinar os enfermos e acompanhantes. As falas abaixo reforçam estas afirmativas:

Eu acho que elas veem de uma forma muito positiva (Voluntária 1).

Positivo, tem uma interação bem grande. Eu percebo que elas veem também a importância disso para os pacientes. Só o fato de ser voluntária, você vê que a pessoa sai da casa dela, gasta passagem, gasta uniforme, que a gente compra o uniforme, e elas largam tudo, os afazeres delas para estarem aqui. Então, eu acho, assim, que se ela faz tudo isso para estar aqui, com certeza, ela tem um lado humano grande também. São pessoas humanas e que também percebem a importância de se doar (Voluntária 2).

Elas gostam também. Cada vez mais, tem mais voluntárias querendo aprender para poder ensinar, sabe?! Não é só a entrega do pano não, é a entrega do ponto, do tempo, do ensinar, do bordar, sabe, eu acho que isso é o mais importante (Voluntária 3).

Nos relatos acima, chamou a atenção o fato dessas atividades causarem um bem estar tão significativo, que foi capaz de incentivar e despertar o interesse de outras voluntárias para desenvolverem essas ações no ambiente hospitalar.

Na ocasião da coleta dos dados, algumas voluntárias estavam aprendendo a bordar com outra voluntária, que tinha muito conhecimento da técnica, visando se dedicarem a esta atividade junto aos clientes da saúde e acompanhantes, uma vez que se identificaram muito com a prática.

Além de analisar a percepção das voluntárias sobre a contribuição das atividades de lazer para enfermos, profissionais da saúde, acompanhantes e para as demais voluntárias, foi analisada a percepção de um representante da administração do hospital, com a finalidade de entender o olhar da administração em termos de contribuição dessas atividades para o público referido, como será analisado na próxima subcategoria.

4.6.3 Percepção do representante da administração do hospital sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC

O representante da administração do hospital, ao ser questionado sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, informou que o hospital permitia o desenvolvimento dessas atividades com o propósito de reduzir o tempo de hospitalização do cliente da saúde, e estas

atividades vinham gerando um bom resultado. Ele ressaltou que o processo de hospitalização é um período que proporciona o surgimento de sentimentos negativos, como, a depressão. Os enfermos, em muitas situações, não tem a presença de um acompanhante para desabafarem ou relatarem sobre suas angústias. Daí o voluntário veio suprir esta carência. A fala abaixo retrata bem o que foi mencionado anteriormente.

Para o Hospital Santa Casa BH, essas atividades acontecem exatamente para minimizar o período de internação do paciente. É um período que às vezes provoca inclusive depressão na pessoa que está internada. Porque muitas vezes fica isolada, muitos pacientes não têm acompanhantes, não tem com quem conversar, não tem pessoas da família com os quais ouvir os seus problemas. Então, há grupo de pessoas, artistas, pessoas com alguma habilidade no campo das artes que se dispõem a vir para oferecer algum produto de lazer e distração. Isso tem causado boa repercussão (representante da administração do hospital).

Também expôs algumas observações sobre como ele percebia a realização destas atividades junto às pessoas que se encontravam hospitalizadas, para os acompanhantes, familiares e para os profissionais da saúde. De acordo com a sua percepção, os enfermos, de modo geral, recebiam bem as atividades de lazer, e havia uma integração boa. Porém, destacou que alguns não aceitavam muito bem, pois consideravam que estas atividades incomodavam ou pelo fato de preferirem ficar quietos em sua situação de enfermo. Relatou ainda que os profissionais da saúde, acompanhantes e familiares reconheciam a importância da realização das atividades de lazer com boa disposição e apreço, ao afirmar o seguinte:

Evidentemente, os pacientes vêm pra cá trazidos, às vezes, por problemas sérios. Alguns até nem recebem muito bem as atividades, pois acham que pode influir negativamente no processo de recuperação. Eles acham que aquilo incomoda. Dependendo muita da pessoa, eles gostariam, realmente, de ficar no momento mais de meditação, de reflexão sobre a condição de enfermo, enfim, memorizar os problemas que começam da infância, da formação, do tratamento e doméstico, de modo que nem sempre isto é visto com boa receptividade. Mas, de modo geral, a recepção é boa, as pessoas se integram a esses grupos que vem aqui, recebem bem, atendem bem e encontram sempre uma palavra de estímulo diante do momento difícil que atravessa (representante da administração do hospital).

[...] Os profissionais de saúde, acompanham simplesmente com boa vontade, com simpatia, mas eles não podem se desligar do problema [...] que é a assistência ao paciente! Mas, de modo geral, nós não temos problemas maiores com esse tipo de trabalho desenvolvido nas enfermarias. Evidentemente, há pacientes que se encontram em condições especiais que não tem condições de participar dessas atividades, por exemplo, pacientes que estão na UTI, nas salas de cirurgia, sala de espera, nesses lugares, evidentemente como na maternidade e no pré-natal, não há esse tipo de atividade (representante da administração do hospital).

[...] Para os acompanhantes e familiares também é dentro dessa mesma linha de raciocínio sobre o que os profissionais de saúde percebem em relação a essas atividades. Os acompanhantes e familiares dependem só de uma pessoa, de sua formação, de sua disposição psicológica, que tem interpretações diversas, mas, de modo geral, tem uma boa recepção em relação a essas atividades (representante da administração do hospital).

Há uma boa receptividade das atividades de lazer por parte do representante da administração do hospital, que reconheceu a importância dessas ações para todos da instituição de saúde. O mesmo, por ser jornalista e responsável pela edição de um informativo que percorre as instalações da Santa Casa e também com circulação externa, servindo de orientação para as pessoas, pode contribuir para a divulgação dos trabalhos da AVOSC, possibilitar uma maior visibilidade e levar a importância desta ação voluntária para os profissionais de saúde e outros colaboradores.

4.7 Percepção das voluntárias sobre a atividade do bordado promovida pela AVOSC

Sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, foi dado ênfase para a atividade do bordado, analisada nesta categoria, com a finalidade de identificar, especificamente, a percepção das voluntárias sobre esta prática promovida pela Associação no Hospital Santa Casa BH.

Esta atividade, se caracterizou como um momento de lazer. É conhecida como laborterapia, sendo oferecida aos clientes da saúde que se encontravam hospitalizados ou em fase de tratamento sem internação e também para acompanhantes, porém, cabe ressaltar que, o cliente da saúde tem prioridade na participação desta atividade.

No Hospital Santa Casa BH, a atividade do bordado era realizada nos seguintes setores: enfermarias e ambulatório da quimioterapia e radioterapia. Existia uma sala específica para a execução desta prática. No período da coleta dos dados, a sala estava em reforma e as atividades estavam sendo desenvolvidas em outra sala (Figura 10).

Figura 10 – Voluntárias ensinando bordado a duas pacientes no Hospital Santa Casa BH



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Dentre as percepções obtidas durante as entrevistas com as voluntárias, fez-se procedente analisá-las considerando a seguinte subcategoria: Percepção durante e depois de realizar a atividade do bordado com clientes da saúde.

4.7.1 Percepção durante e depois de realizar a atividade do bordado com clientes da saúde

Antes de analisar esta subcategoria, é interessante observar como a atividade do bordado era promovida no Hospital Santa Casa BH. Assim, torna-se oportuno destacar a organização do trabalho das voluntárias antes de iniciarem esta atividade com os clientes da saúde.

A princípio, todo o material era preparado pelas voluntárias, que levavam linhas de várias cores. Algumas organizavam as linhas em recipientes que facilitavam a combinação das cores, no momento em que o cliente da saúde iria selecioná-las. O tecido utilizado era o algodão cru, já com um desenho previamente preparado pelas próprias voluntárias. Cabe ressaltar que os clientes da saúde ficavam com algumas linhas (o suficiente para contornar o desenho), com o tecido desenhado que escolheram e com uma agulha.

Antes de iniciarem a atividade do bordado no ambulatório da quimioterapia e radioterapia, as voluntárias organizavam o ambiente com cadeiras e mesas, que ficavam reservadas, exclusivamente, para esta função. Assim que o espaço estava organizado, as voluntárias convidavam os clientes da saúde e acompanhantes para participarem da atividade.

Aos poucos eles iam se aproximando e a atividade era desenvolvida em grupo. Já nas enfermarias, os clientes da saúde faziam a referida atividade no próprio leito. Nestes espaços, as voluntárias iam de leito em leito convidando e ensinando a prática, que acontecia de forma individual. Observou-se que o tempo de execução desta prática, variava muito, durando, no mínimo, duas horas.

Considerando, especificamente, o período em que a prática do bordado era realizada com o cliente da saúde, os dados obtidos foram analisados com base no depoimento de algumas voluntárias, discutidos a seguir, destacando a percepção durante e depois de realizar esta atividade com o cliente da saúde.

A percepção da Voluntária 1 abrangeu uma satisfação que se traduz em felicidade e utilidade pelo fato de proporcionar ao cliente da saúde um contentamento, mesmo diante de uma situação triste, de sofrimento, decorrente de estar doente e ter que se submeter a um tratamento. Para a Voluntária 2, o bem estar que ela percebeu que o cliente da saúde sentiu, também trouxe a ela um sentimento de satisfação, de se sentir útil em poder ajudar ou acrescentar algo que vai beneficiar alguém. Já a Voluntária 3 relatou sentir uma sensação boa, que pode ser entendida como recompensadora. Além disso, gera um convívio agradável, com bons diálogos e confidências entre voluntárias e clientes da saúde. Por esses motivos, ela reconheceu o seu trabalho como importante. Tais percepções podem ser exemplificadas nos fragmentos abaixo.

Ah, muito feliz, muito feliz de ver a alegria deles, de estar ali fazendo alguma atividade, sendo útil! E você está ajudando a participarem, está colaborando um pouquinho com aquela alegria deles, fazendo-os esquecerem um pouco o sofrimento, passar umas horas de lazer, que é agradável! (Voluntária 1).

Um contentamento de estar podendo fazer alguma atividade, acrescentando algo para o outro (Voluntária 2).

É gratificante! Ver as pessoas vindo, conversar, abrir a sua vida, você se torna um confidente. Então, você participa da vida deles enquanto estão internados, e eu vou te contar, é uma convivência muito boa! No hospital você acaba sentido o drama que os pacientes passam, você faz amizades com alguns e percebe que o seu trabalho faz falta e é necessário aqui (Voluntária 3).

Depois de realizar a atividade do bordado com o cliente da saúde, a Voluntária 1 percebeu que sentia-se modificada. Ela comparou essa sensação como se fizesse um curso de autoajuda. Nesse sentido, é evidente que, ao participar da atividade, ela estava ajudando a si própria. A percepção que a Voluntária 2 tem, pode ser entendida como uma comprovação de que o trabalho dela era, de fato, significativo, que fazia diferença. Já a Voluntária 3, sua percepção envolveu um sentimento de utilidade, de poder ser útil para alguém, e a sensação de

concretizar uma tarefa. Também houve um sentimento de prazer ao proporcionar bem estar para o cliente da saúde e de vê-lo contente. Dessa forma, ao perceber este *feedback* dado pelo próximo, ela se sentiu satisfeita. Os depoimentos abaixo exemplificam o exposto anteriormente.

Eu me sinto transformada! Esse momento, aqui, eu comparo com um curso de autoajuda. Pra mim, é como se o próprio paciente estivesse me dando um curso de autoajuda (Voluntária 1).

Bom, me faz sentir assim [...] é uma afirmação que aquilo ali que estou fazendo é realmente importante. É uma afirmação de que estou fazendo a coisa certa, de que estou no caminho certo (Voluntária 2).

Ah, a sensação é de dever cumprindo e ter sido útil, um pouquinho útil com o próximo. Você fica muito feliz de ver a alegria deles, então você se sente realizada através das pessoas, do paciente que está ali hospitalizado (Voluntária 3).

Verificou-se que a percepção de todas as voluntárias, quanto a atividade do bordado promovido pela AVOSC, abrange sentimentos positivos. Tal fato foi perceptível tanto durante como depois de realizar esta prática. Ainda pelos relatos, foi evidente um sentimento de felicidade, um contentamento e uma gratidão de poder participar e promover a atividade do bordado junto aos clientes da saúde. Observou-se que, estas constatações motivavam as voluntárias para exercerem o trabalho voluntário na instituição.

Assim, percebe-se que esta escolha de participar de uma atividade voluntária abrange mais do que proporcionar uma ação de solidariedade, promove, também, uma realização pessoal.

É notável nas falas das participantes que, doar parte do tempo para realizar algo por alguém, sem receber algum tipo de remuneração ou algo em troca, é um gesto gratificante, que traz motivação e colabora por transformar, positivamente, tanto quem recebe o cuidado como para quem doa o cuidado. O significado de tudo isso pode ser traduzido em tornar o momento agradável e confortável para o cliente da saúde, proporcionando qualidade de vida e bem estar durante o período de tratamento da enfermidade.

Na sociedade que vivemos, que privilegia o ter ao invés do ser, em que as pessoas se encontram cada vez mais distantes uma das outras, preocupadas mais consigo mesmas, ser voluntário (ainda mais em uma instituição de saúde) tem sido uma ação nobre. Nesse sentido, esses aspectos vão ao encontro com as concepções de Pimentel (2017), que confirma que estamos vivendo em uma sociedade que privilegia o ter em detrimento do ser, causando um distanciamento da valorização e do cuidado do ser humano, quando se deveriam fazer

investimentos em várias áreas, por exemplo, na área da saúde em função de milhões de pessoas carentes.

4.8 Percepção das voluntárias e do representante da administração sobre trabalho voluntário em hospital

Tendo por objetivo analisar o trabalho voluntário em hospitais, fez imprescindível inserir esta categoria, que verificou a percepção sobre a ação voluntária para as instituições de saúde, de modo geral e, especificamente, para o hospital Santa Casa BH.

Os dados foram obtidos através das entrevistas realizadas com três voluntárias, que desenvolveram a atividade do bordado com clientes da saúde, e com um representante da administração do hospital.

A partir desta categoria, surgiram algumas subcategorias, como:

- Sentimentos provocados ao realizar o trabalho voluntário;
- A importância do trabalho voluntário;
- Percepção do representante da administração do hospital sobre o trabalho voluntário em instituição de saúde.

4.8.1 Sentimentos provocados ao realizar o trabalho voluntário

Em se tratando de um ambiente hospitalar, marcado por sensações, muitas vezes, extremamente negativas, ajudar o próximo, de forma voluntária, tem provocado um sentimento positivo para muitas pessoas que escolhem doar parte do seu tempo e de sua vida em prol dos clientes da saúde.

O sentimento de participar de um trabalho voluntário envolve várias sensações e diversas motivações que impulsionam os indivíduos a exercerem tal prática. Seja uma empatia no sentido de se solidarizar com a dor do outro ou mesmo por uma motivação pessoal que impulsiona a voluntária a desempenhar esta atividade.

Nesse sentido, considerando a subcategoria “Sentimento ao realizar trabalho voluntário em instituição de saúde”, observou-se motivações diversas entre as voluntárias.

A voluntária 1 ressaltou o bem estar que a pessoa que ajuda o próximo sente. É um sentimento de troca, oportunidade e privilégio de poder fazer este tipo de trabalho.

Os nossos sentimentos são muitos variados! De repente se você está passando por um processo às vezes difícil na vida, por exemplo, ano passado a minha

mãe ficou o ano inteiro doente e até faleceu no final do ano. Sabe, eu chegava aqui eu tinha muita dificuldade de conversar com o paciente que estivesse com o mesmo quadro dela. Eu achava aquilo doloroso, eu tinha vontade de chorar. [...] Eu até afastei um tempo no período mais pesado, sabe?! Inclusive, era um paciente que tinha cortado as pernas. Foi muito difícil pra mim. Mas assim, no geral, o paciente me ajuda muito, porque você pode estar com o pior problema, você sai daqui renovada, e tem paciente que te ensina muito, na fala deles, sabe?! É muito, muito interessante esta troca. É uma oportunidade, eu me sinto privilegiada (Voluntária 1).

Para a Voluntária 2, a sensação de ser uma voluntária trouxe um sentimento de cura, pois ela relatou que sente-se curada ao desenvolver essa ação.

Eu tenho uma reflexão sobre o trabalho voluntário. Eu resumo só em uma frase: ele é literalmente a cura, a cura de todos os males, envolvendo o lado emocional, físico e espiritual (Voluntária 2).

Já a Voluntária 3 se identificou, a princípio, com o voluntariado hospitalar, por sua própria condição de vida. Ela relatou que sempre teve vontade de fazer um trabalho voluntário e sentiu uma motivação maior quando trabalhou na área da educação com crianças da periferia. Para ela, dedicar, doar o tempo em prol de outra pessoa envolve um sentimento bom, que transmite confiança e a pessoa se sente confortável ao receber essa sensação boa.

Olha, eu sempre desejei isso, entendeu?! Desde quando eu trabalhava na área da educação, eu via as necessidades dos alunos, que eu trabalhei muito, na área da periferia. Eu via a necessidade constante daquelas mães com os filhos. Ficavam doentes e a mãe não tinha onde internar aquela criança. Então, o meu pensamento é esse, dedicar esse horário que você tem pra uma pessoa. Passar essa confiança, um abraço, elas se sentem confortáveis e isso ajuda mesmo (Voluntária 3).

Percebe-se que, a motivação das participantes para uma ação voluntária envolve sentimentos como: ajudar o próximo; a sensação do bem ou da cura que o voluntariado proporciona, tanto para o cliente da saúde como para a própria voluntária; amenizar o sofrimento perante uma enfermidade, no período de tratamento ou internação; além disso, atuam com o propósito de transmitir conforto, confiança, qualidade de vida e bem estar para todos que participam das atividades oferecidas por elas.

Dentre os relatos acima, um aspecto que chamou a atenção é o fato do bem que a própria voluntária sente ao dar atenção a outra pessoa. Nesse sentido, Diogo (2016) afirma que ser voluntário é uma decisão que aparece a partir do momento em que há a necessidade de oferecer um cuidado diferenciado, trata-se, portanto, de um sentimento que proporciona conforto para quem recebe a ação voluntária como, também, reflete na qualidade de vida e bem estar de quem realiza esse tipo de trabalho.

Corroborando com o que foi exposto, Crippa, Isidoro e Feijó (2014, p. 250), na pesquisa intitulada “Voluntariado e Saúde”, também chegaram à conclusão de que “é inquestionável que tanto a pessoa que atua como voluntário como aquela que recebe a atenção deste se beneficiam com a troca, independentemente da faixa etária ou da patologia existente”.

Para as voluntárias, verificou-se que esse sentimento ao realizar trabalho voluntário em instituição de saúde pode ser compreendido como uma dádiva. Esse sentido se respalda na obra de Mauss (2003), que reconhece a dádiva como uma forma de produzir alianças. Nesta perspectiva, dar, receber e retribuir são evidenciadas pelo autor como tríplices obrigações universais, porém, em cada contexto são organizadas de um modo particular. O autor complementa enfatizando que a dádiva é uma ação simultaneamente do tipo espontânea e obrigatória, envolvendo uma sociologia do símbolo e da comunicação.

Ainda de acordo com o referido autor, o conceito de dádiva pode ser entendido como um paradigma que apresenta como núcleo central, a relação entre a teoria da reciprocidade e a teoria moral, posta no contexto da solidariedade. Pode ser referenciada como um fato social que envolve três características extremamente importantes relacionadas às retribuições, como: as trocas ou retribuições não acontecem por uma ação individual, mas pela coletividade em que os indivíduos representam pessoas morais nessa ação. As trocas não são mensuradas meramente com base num caráter material, mas estão impregnadas de diferentes símbolos, como, gestos, palavras, reconhecimento, gratidão, afeto e generosidade. Por fim, não se trata de um ato imediato, mas que foi gestado durante certo intervalo de tempo necessário até sua execução concreta (MAUSS, 2003).

A partir desta averiguação de Mauss, da tradução desse sentimento de desenvolver uma ação social, como um bem para a própria pessoa que se dedica a uma atividade voluntária, é notável que o voluntariado produz um bem para todos que estão envolvidos com a prática. Nessa acepção, considerando especificamente o ambiente hospitalar, será analisado, no próximo tópico, com base na percepção das voluntárias, a contribuição deste trabalho para as instituições de saúde.

4.8.2 A importância do trabalho voluntário

No que se refere a esta subcategoria, as entrevistadas, ao serem questionadas sobre a contribuição do trabalho voluntário para as instituições de saúde, foi observado que cada voluntária teve uma percepção diferente em relação ao voluntariado em hospitais. Mas, de

forma geral, pôde-se observar que as percepções são positivas em relação a esse tipo de serviço. Consideraram importante esta ação de solidariedade para esses ambientes.

A voluntária 1 considerou o trabalho voluntário essencial em hospitais, assim como um serviço diferenciado em relação ao tipo de assistência (a parte clínica) oferecida para o cliente da saúde.

Eu acho muito necessário! Sabe, porque o voluntário tem uma visão diferente, ele trata o paciente diferente [...] (Voluntária 1).

Para a voluntária 2, o trabalho voluntário, além do bem estar que proporciona ao cliente da saúde, é importante para as instituições de saúde, de um modo geral. Pois, contribui no sentido de romper com a indiferença que existe no ambiente hospitalar, em relação ao tratamento dos profissionais de saúde, que normalmente oferecem um atendimento mais técnico, com comportamento muitas vezes insensível perante determinadas necessidades dos pacientes.

[...] É importantíssimo! Isso permite trazer um pouquinho de alegria para os pacientes. Eu acho que o trabalho voluntário dá oportunidade de quebrar um pouco aquela frieza que existe no hospital, porque existe essa frieza no hospital. Às vezes os médicos, as enfermeiras têm muitos pacientes. Não vou falar que eles têm ou não têm razão, mas eu vou dar um exemplo: às vezes a enfermeira faz um procedimento técnico, dá o remédio, faz as anotações e vira as costas. Às vezes aquele paciente ali, doente, precisa muito mais do que isso, ele precisa exatamente porque ele está doente, carente emocionalmente. Então, eu acho que qualquer diálogo, qualquer contato, quando não tem risco de contaminação, às vezes é pôr a mão na cabeça do paciente, ter contato humano mesmo. Isso seguindo todas as precauções de higiene do hospital! (Voluntária 2).

Já a Voluntária 3 ressaltou que o voluntariado em instituições de saúde é primordial, uma vez que reforça a credibilidade dos clientes da saúde que passam a ter mais confiança em relação aos serviços oferecidos pelo hospital, por exemplo, ter esperança em relação ao seu tratamento ou recuperação.

Olha, pra mim é a melhor coisa. Porque eles confiam, trocam confidências, passam uma lição de moral muito boa pra você. Eles vêm confiante com aquela fé, e se você conservar esta confiança, levando eles a acreditarem no exame, no que vão fazer, é a melhor coisa. Porque, geralmente o médico e a enfermeira não tem tempo, são corridos! E a gente está ali só pra isso, pra confortá-las, ouvi-las, pra sorrir, um sorriso é muito interessante! (Voluntária 3).

Especificamente sobre o voluntariado da AVOSC com os clientes da saúde no hospital Santa Casa BH, as voluntárias expuseram que o trabalho da Associação traz conforto e gera

afeto, reconhecido pelos profissionais da instituição e pelos enfermos. Eles dão valor e consideram importante. Além disso, percebeu-se que o voluntariado é visto e admirado pela dedicação de sempre estar ali para auxiliar o enfermo, proporcionando bem estar; pela determinação na execução das atividades e pela organização do trabalho. Isto foi observado por todos. Nesse sentido, foi possível confirmar esta percepção a partir das seguintes falas:

Acho que a AVOSC estrutura muito o hospital, sabe?! A gente é reconhecida pelo uniforme! Então, assim, até a própria médica sabe, porque pediu que eu providenciasse alguns itens de consumo pessoal para um paciente. Eu percebo que mesmo que você dê esses itens, atrás disso tem um afeto! (Voluntária 1).

A AVOSC é tipo, assim, uma mãe, entendeu?! Porque ela abrange todas as áreas, área de maternidade, área de costura, pediatria, quer dizer que todo mundo está ali em função dos doentes naquele horário. Então, você se dedica, porque você vem aqui só pra isso, senão você ficaria em casa. Você já vem com esse objetivo de assisti-las e dar esse conforto. Pra mim é a melhor coisa, porque elas mesmo falam: “Nossa, você não veio ontem, pelo amor de Deus, não deixa a gente sozinha”! Então, a gente vê que a gente é importante, cada vez mais importante! O ego cresce! (Voluntária 3).

De acordo com estes relatos acima, percebe-se que o trabalho voluntário realizado em instituições de saúde é considerado importante e fundamental nestes espaços. Trata-se de um serviço diferenciado em relação ao atendimento dos profissionais, que normalmente é caracterizado como frio, muito técnico e imbuído de certa objetividade. Sobre o trabalho das voluntárias da AVOSC, elas acrescentam que esta ação é capaz de levar para os clientes da saúde e acompanhantes, no Hospital Santa Casa BH, conforto, confiança, esperança, que ajuda a enfrentar os momentos difíceis perante a enfermidade, além de ser uma prática admirada por todos da instituição.

Nesse sentido, os depoimentos corroboram com as assertivas de Meyer Jr., Pascucci e Murphy (2010) que confirmam as perspectivas de que, em meio às diversas atividades que ocorrem nos ambientes hospitalares, os trabalhos voluntários podem ser considerados uma fonte de assistência social e psicológica para os pacientes e seus familiares, além de outros benefícios diretamente ligados aos aspectos estruturais e organizacionais das instituições de saúde. As ações voluntárias, quando bem gerenciados, podem, até mesmo, contribuir mais significativamente com serviços ligados aos processos de tratamento clínico.

Integrar as atividades voluntárias aos tratamentos clínicos é um constante desafio para muitas instituições de saúde, devido à impessoalidade; à objetividade; à frieza dos relacionamentos que são estabelecidos com os clientes da saúde, familiares e acompanhantes; haja vista que muitos profissionais da área não reconhecem estas atividades como um recurso

terapêutico e, mudar essa realidade, que permanece em nossa cultura, não é uma tarefa fácil, pois o sentido das ações voluntárias transcendem esta realidade comumente encontrada nos hospitais. Nesse sentido, faz-se importante apontar a necessidade de repensar sobre a contribuição dessas ações para o público interno do hospital.

Historicamente, observa-se que, desde o nascimento dos hospitais perpetua a cultura da valorização da técnica e do saber nesses ambientes, em detrimento de um olhar mais subjetivo para o enfermo, refletindo de forma negativa na assistência à saúde; e neste contexto, Foucault (1977, p. 39) afirma que:

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnica da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. (...) é importante determinar como e de que maneira as diversas formas do saber médico se referem às noções positivas de saúde e de normalidade. (...) A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde (FOUCAULT, 1977, p. 39).

Sobre a frieza que existe no ambiente hospitalar, como foi destacado pela Voluntária 2, Bettinelle, Waskievicz e Erdmann (2003) corroboram afirmando que, quando uma pessoa se encontra hospitalizada, passa a viver por conta da impessoalidade daquele ambiente, convive com o temor do desconhecido pela sua enfermidade e pela frieza dos procedimentos, trazendo momentos de grande fragilidade e preocupação em relação ao tratamento. Além disso, é importante frisar que, nem sempre o paciente recebe informações sobre sua condição de saúde, isto é, em muitos casos não é esclarecido sobre o nome e a indicação dos medicamentos que precisa ingerir, e, por vezes, não é informado acerca do tipo de tratamento que lhe foi prescrito.

Denota-se, que mesmo identificando divergência entre voluntárias e profissionais sobre a importância do trabalho voluntário em instituições de saúde, através dos depoimentos, foi notável, entre todas as entrevistadas, que o voluntariado é importante em hospitais. Para tanto, buscou-se também analisar a percepção de um representante da administração do hospital.

4.8.3 Percepção do representante da administração do hospital sobre o trabalho voluntário em instituição de saúde

O representante da administração também evidenciou a importância da ação voluntária no ambiente hospitalar, destacando, principalmente, no caso do hospital Santa Casa BH pelas características do público atendido. A maioria dos clientes da saúde da instituição eram extremamente carentes e muitas pessoas vinham de outros municípios, Estados. Estes

apresentavam várias carências, em termos de vestuários, materiais de higiene pessoal, necessitando de um melhor acolhimento para realizar o tratamento ou para a internação. Esta percepção pode ser verificada claramente na seguinte fala:

O trabalho voluntário é importante em todo hospital, principalmente como o nosso. A grande maioria dos pacientes, no caso do Hospital Central pelo menos, é de gente humilde, que vem de grande parte de outros municípios e precisa ter realmente uma recepção à altura das suas conveniências e necessidades. Então, exige, antes de tudo, uma certa dose de paciência, porque são às vezes pessoas até analfabetas, idosas, com problemas sérios ainda de saúde, sequelas interiores, de modo que exige, antes de tudo, um espírito de compreensão a necessidade do paciente e da sua família. [...] No hospital há pacientes de várias patologias, são grupos de pessoas de várias procedências, de formação diferente, de disposição de ânimo diferente, de várias idades, igual aqui, o que pode agradar um não agrada o outro (representante da administração do hospital).

Especificamente sobre o voluntariado da AVOSC na instituição, o mesmo ressaltou que o trabalho da Associação é grande, eficiente, relevante, oferecendo um serviço cristão e solidário através da concessão de alguns recursos.

Nós temos o melhor relacionamento possível com as voluntárias! Elas estão aqui conosco, são quase em torno de duzentas hoje, prestando [...], da mais alta eficiência, de solidariedade humana, cristã, um trabalho relevante, ao mesmo tempo um trabalho muito grande ao visitar, diariamente, os nossos pacientes, ao verificar de que eles estão carecendo, o que podem fazer. Para isso, elas mantêm, inclusive, uma farmácia para atendimento no caso dos pacientes internados, ajudam com fornecimento de algum recurso financeiro para aqueles pacientes que tem de voltar pra casa mas não tem dinheiro para pagar transporte. O mesmo acontece com acompanhantes, às vezes elas pagam a pensão para que possam dormir lá durante o processo de internação de seu familiar (representante da administração do hospital).

Na fala do entrevistado, percebeu-se um bom relacionamento e um convívio diário estabelecido entre a instituição de saúde e a AVOSC, que se mantém a mais de 40 anos, desde o começo da ação voluntária da referida Associação. Este bom relacionamento é reflexo do objetivo comum entre todos (direção, profissionais e voluntárias) que é o bem estar do cliente da saúde.

Além disso, constatou-se que o representante da administração do hospital apoiava e incentivava a realização dos trabalhos da AVOSC na instituição. O seu préstimo demonstrou e reforçou a importância do voluntariado para o Hospital Santa Casa BH. Também evidenciou que esta ação de solidariedade era importante para toda instituição de saúde.

Pensando sobre a importância e a contribuição do voluntariado para o bom funcionamento das atividades no hospital, Meyer Jr., Pascucci e Murphy (2010) confirmam que o voluntariado traz benefícios que refletem na própria organização da instituição, por exemplo:

para a imagem do hospital, pois pode promover a legitimidade social; para a gestão do hospital, com o fornecimento de informações consideradas relevantes sobre ambiente, clima, relacionamentos e postura comportamental dos próprios colaboradores; também pode contribuir para a economia da instituição, tanto no que diz respeito a doações financeiras, quanto através de doações dos serviços sem intensão de receber nenhum tipo de remuneração, como é o caso do trabalho voluntário.

Corroborando com o exposto, Diogo (2016) expõe que a realização do trabalho voluntário em instituições hospitalares vai além da sua contribuição para o cuidado com o cliente da saúde. As atividades promovidas voluntariamente, também tem um significado importante para a instituição que permite o desenvolvimento desta ação social, pois os serviços prestados têm um grande impacto na imagem da organização.

4.9 A humanização no hospital

Nesse delineamento das discussões sobre as temáticas lazer e trabalho voluntário no âmbito hospitalar, fez-se procedente elencar mais uma categoria, referente a humanização no hospital; uma vez que, pelos resultados encontrados, foi sugestivo analisar a integração entre estas ações. Assim, esta categoria teve o propósito de verificar a percepção dos entrevistados sobre a humanização no hospital e se as atividades de lazer promoviam a humanização na instituição. Para tanto, foram entrevistadas três voluntárias da AVOSC e um representante da administração do Hospital Santa Casa BH.

Diante dos resultados encontrados, ao refletir sobre a humanização hospitalar, na consolidação dos programas, projetos e da Política Nacional de Humanização (PNH), é interessante perpassar as discussões reforçando dois pontos importantes: primeiro, reforçar a conscientização entre os profissionais sobre a humanização nestes espaços e, segundo, reforçar a ideia do trabalho em rede/equipe, que deve ser estimulado entre os profissionais das diferentes áreas que atuam no contexto hospitalar, pois os depoimentos mostraram-se muito contundentes no entrelaçamento destas questões.

De acordo com as percepções dos participantes, sobre a humanização no hospital, surgiram duas subcategorias, sendo elas:

- Percepção das voluntárias sobre a humanização no hospital;
- Percepção da humanização para a administração hospitalar.

4.9.1 Percepção das voluntárias sobre a humanização no hospital

Esta subcategoria foi analisada a partir do questionamento às três voluntárias da AVOSC sobre o que significava para elas um ambiente hospitalar humanizado. A princípio, todas informaram que nunca fizeram alguma leitura ou participaram de algum curso, palestra que tratasse da importância da humanização hospitalar. Porém, consideravam que os trabalhos realizados por elas eram importantes para promover um ambiente humanizado.

A Voluntária 1 relacionou a humanização hospitalar à subjetividade dos clientes da saúde. Este viés refere-se ao fato de modificar a assistência à saúde, de modo a dar autonomia para que as pessoas se sintam confortáveis para expressarem as suas vontades e opiniões, em relação ao seu tratamento ou hospitalização, sem receios de serem coagidas.

A humanização pra mim é o paciente poder manifestar um pouco do sentimento dele. É ter a liberdade de se expressar até pela própria condição de enfermo, deixando de ser objetos do mundo (Voluntária 1).

De acordo com a Voluntária 2, para o hospital ser um ambiente humanizado, deveria ter uma mudança de comportamento dos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) e dos colaboradores (recepcionistas, auxiliar de serviços gerais, porteiros), de modo que todos reconhecessem o cliente da saúde como uma pessoa que tem necessidades não só físicas, mas também emocionais. Ele não pode ser considerado apenas como uma parte do corpo que está doente ou ser identificado pelo número do leito de internação, mas como um todo, um ser complexo que apresenta várias necessidades. A entrevistada ainda ressaltou que, infelizmente, a humanização ainda não era uma realidade como deveria ser, tanto pelo SUS como até mesmo no sistema particular de saúde. Para mudar essa realidade, seria necessário que todos os trabalhadores do hospital tivessem uma formação sobre humanização.

Seria essa aproximação real dos médicos com os pacientes, as enfermeiras com os pacientes, as faxineiras com os pacientes, todos, aquela interação verdadeira. Seria realmente um se importar com o outro. [...] O ambiente humanizado pra mim, é realmente o paciente se sentir que ele adquiriu uma nova família, isso é um ambiente humanizado para mim. O paciente está no meio de estranho no hospital até no momento que ele coloca os pés, mas, a partir do instante que ele passou ali um, dois, três dias, se ele falar assim “eu adquirir uma nova família”, isso para mim é um hospital humanizado. Só que isso ainda não está na nossa realidade, não está mesmo, nem pelo SUS e nem pelo atendimento particular, você entendeu? Porque, para isso, teria que realmente mudar o pensamento dos médicos, das faxineiras. [...] Então, assim, precisaria realmente que todos tivessem uma formação para isso. Não estou falando de formação acadêmica, mas uma formação do que que é realmente um trabalho humanizado. [...] O médico quando ele está na casa dele, ele vai estar com a esposa, com a mãe, com a filha, ele vai tratar de uma forma

diferente, porque ele tem aquela intimidade, aquele carinho. Então, com os pacientes, ele pode, por exemplo, pensar assim “aquele paciente largou toda sua família para traz e ainda está doente, então, a partir de agora, ele tem necessidade de ter uma atenção maior, e essa necessidade dobra” [...] (Voluntária 2).

A Voluntária 3 também enfatizou a humanização no ambiente hospitalar pela forma como os profissionais (os médicos, por exemplo) tratam os clientes da saúde. Ela ressaltou que esse tratamento tem mudado ao longo do tempo, pois está havendo uma conscientização maior de que é preciso estar mais próximo do enfermo.

Os médicos são muitos apressados. Hoje eles estão se conscientizando que tem que ficar mais perto do paciente, entendeu?! Conversar, elogiar, porque os profissionais antigos não faziam isso. Eram mais rápidos e nem olhavam para a pessoa, e hoje eles olham, abraçam. Tem paciente que fala: “Adoro aquela médica, ela me abraça!”. Então, eu acho que é isso a humanização (Voluntária 3).

As argumentações citadas apontam para procedimentos básicos relacionados a humanização, isto é, remetem à ideia da boa educação, de chamar as pessoas pelo nome, olhar para o outro, pensar no próximo, ter paciência, dar atenção e ser bem tratado pelos profissionais. São visões mais comprometidas com as relações estabelecidas entre profissionais e clientes da saúde.

Nesse sentido, ao analisar os relatos das voluntárias, percebeu-se um fator muito comum quando se debate sobre a temática humanização no ambiente hospitalar: o distanciamento, que persiste ao longo do tempo, entre os profissionais e os clientes da saúde pode ser um caminho para mudar essa realidade, em muitos casos desumanas, que existe no ambiente hospitalar. Assim, observou-se a necessidade de uma aproximação mais humana por parte dos profissionais, para que os enfermos se sintam mais acolhidos mesmo estando em uma instituição de saúde.

De acordo com Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2003, p. 237), “discutir as reais condições de humanização no ambiente hospitalar, não pode furta-se ao compromisso de rever as posições equivocadas que se consolidam ao longo da história em prejuízo do usuário dos serviços de saúde”.

Nessa perspectiva, Godoi (2008) chama a atenção para o sentido de que, as ações humanizadas possibilitam melhorar as relações no ambiente hospitalar, não só para o paciente, mas também para os profissionais de saúde que estão atuando no hospital.

Conceição (2009) reforça que, quando se fala em humanização, deve-se levar em consideração vários fatores, como, participação, direitos e a qualidade dos serviços. Sendo

muito importante o oferecimento de condições para que se opere dentro do sistema de saúde um atendimento de qualidade, que também passa por recursos humanos e materiais.

Desse modo, ter por objetivo a humanização, a harmonia e a qualidade de trabalho pode refletir na melhoria da atenção dispensada aos clientes da saúde. Assim, é possível desenvolver atividades que promovam e ampliem a eficiência dos serviços prestados aos pacientes; como também iniciativas envolvendo a formação de equipes multiprofissionais, que empreendam atividades e ações de acolhimento e hospitalidade com foco na humanização do ambiente.

Torna-se oportuno destacar que, é interessante analisar as reais condições que colaboram para a existência desse clima organizacional, que torna distante profissionais e clientes da saúde, sendo um desafio a ser observado no sentido de melhorar essas ações profissionais, identificadas como inadequadas, para um ambiente humanizado.

Para tanto, deve-se levar em consideração alguns fatores, como: as condições de trabalho estabelecidas. Muitas vezes os profissionais se encontram em processos de trabalhos precários em decorrência de jornadas exaustivas, estressantes e com baixos salários. Falta de recursos materiais para oferecer um atendimento de qualidade, além de outros fatores.

Nesse sentido, Oliveira, Neusa e Collet (2006) acentuam que não existe humanização da assistência ao paciente se não há um cuidado com a realização pessoal e profissional de todos que fazem parte do ambiente hospitalar. Além disso, também pode-se considerar que não há humanização sem um projeto que envolva a coletividade, ou seja, em que toda a instituição se reconheça e se valorize.

Por outro lado, é delicado responsabilizar os indivíduos como únicos responsáveis pelos problemas relacionados à saúde, seja no âmbito particular ou público, uma vez que estas questões envolvem um sistema complexo que está além das relações humanas, isto é, são problemas fortemente associados às prioridades políticas, desde a formulação das políticas voltadas para a saúde.

Cabe ressaltar que estes fatores não justificam um atendimento de péssima qualidade. Passos importantes, na tentativa de melhorar a assistência na saúde pública e intensificar a humanização, seriam: rever as políticas públicas voltadas para a saúde, que são muito bem estruturadas, mas na prática ainda deixam a desejar; investir mais em capacitações para os profissionais, com foco na humanização; e oferecer condições dignas de trabalho que colaborem para otimizar e fortalecer, principalmente, as relações entre profissionais e clientes da saúde.

Para finalizar esta subcategoria, outro fator que chamou a atenção e podemos considerar como uma esperança, conforme identificado no depoimento da Voluntária 3, está ocorrendo uma mudança de comportamento dos profissionais, no sentido do bom relacionamento com o cliente da saúde. Assim, pode-se considerar que vem ampliando e fortalecendo, cada vez mais, o processo de humanização.

Em virtude de ter um ambiente humanizado, é preciso que todos compartilhem esta ideia. Nesse sentido, ao identificar a percepção das voluntárias, foi instigante observar, também, a percepção da administração hospitalar, conforme discussão a seguir.

4.9.2 Percepção da humanização para a administração hospitalar

No que tange a esta subcategoria, fez-se procedente identificar a percepção de um representante da administração do Hospital Santa Casa BH sobre a temática humanização em instituição de saúde, com a intenção de verificar a abrangência desta temática na instituição pesquisada.

A princípio, informou que nunca fez alguma leitura ou participou de algum curso, palestra que tratasse da importância da humanização hospitalar, pelo fato de exercer outras funções, participando mais ativamente de atividades de sua responsabilidade que consomem seu tempo.

Realmente não, nunca me foi dado tempo pra isso. Revendo as minhas atividades aqui, eu sou responsável pela edição do nosso informativo, que também serve de orientação para as pessoas que percorrem as instalações da Santa Casa. Informativo com circulação externa também. De modo que, esporadicamente, me é dada a oportunidade de participar mais ativamente na atividade desse jornal (representante da administração do hospital).

Mesmo assim, foi questionado ao representante da administração do hospital o que ele entendia por um ambiente hospitalar humanizado. O mesmo relatou que, nos últimos anos, a Santa Casa BH vinha procurando humanizar o ambiente. Porém, não estaria sendo uma tarefa fácil, uma vez que a instituição recebe diversos clientes da saúde e alguns são desfavoráveis a determinadas formas de relacionamentos, dificultando a existência de um ambiente mais humanizado. O mesmo chamou a atenção para que a humanização seja de fato concretizada, seria necessário que a sociedade, em geral, reconhecesse a importância desse comprometimento com a humanização, que envolve um compromisso de assistência solidária. As falas a seguir confirmam o que foi retratado acima.

A tentativa da Santa Casa nos últimos anos foi de humanizar, mas humanizar é um verbo difícil de ser conjugado, às vezes, porque depende do tipo de paciente. Determinados pacientes são adversos a determinados tipos de relacionamentos, [...] reportados por sua própria situação de enfermo. Mas, isso aqui exige mais do que os nossos profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, todos eles têm um trabalho muito grande para que seja realmente humanização. Nós não queremos fazer de conta que estamos humanizando, senão estamos! Esse é um dos trabalhos que a Santa Casa tenta fazer e tem vias de fazer, mas, senão fossem precárias as condições financeiras da instituição que se vê em dificuldade para suportar um déficit mensal de 4 milhões de reais (representante da administração do hospital).

[...] É preciso que a sociedade, como um todo, perceba a relevância desse compromisso, porque é um compromisso de solidariedade através da humanização. Essa humanização se dá através de todos esses veículos de divulgação [...] como através do trabalho de pesquisa que será levado para uso de outros setores que ainda não tem um certo conhecimento do papel que se cumpre, e divulgar isso é importante até para sensibilizar outros setores dessas unidades (representante da administração do hospital).

Pôde-se perceber que, proporcionar um ambiente humanizado não é uma tarefa fácil, pois requer uma integração difícil de ser alcançada em sua plenitude, para que de fato aconteça. Desse modo, é necessário haver uma maior conscientização das pessoas (profissionais, colaboradores, clientes da saúde, familiares, acompanhantes) sobre a humanização em instituições de saúde. Essa conscientização, no sentido de mudar um sistema, pode ser fortalecida através da divulgação, pela mídia, meios de comunicação, redes sociais, além de outros canais, como pelo meio acadêmico através da realização de pesquisas científicas durante a formação dos profissionais.

Nesse sentido, para produzir um movimento de qualificação do trabalho nos hospitais e possivelmente gerar um ambiente mais humanizado, Isayama et al. (2011) confirmam que é fundamental que a discussão sobre humanização em instituição hospitalar integre a formação dos profissionais, sejam eles da área de saúde, assim como também aqueles que atuam na perspectiva do lazer e que não são incluídos nessa classificação.

Na instituição pesquisada, entende-se, como relevante, que haja maior colaboração da equipe de profissionais das diversas áreas, para que verdadeiramente aconteça o processo de humanização, e que o principal objetivo seja o de manter a dignidade do ser humano e o respeito pelos seus direitos, contemplando um acolhimento, para o cliente da saúde, à altura das suas conveniências e reais necessidades.

Corroborando com o exposto, Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003, p. 238) reforçam que “humanizar o processo do cuidado se resume na responsabilidade profissional, no esforço

de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas; estimulando suas potencialidades; e considerando sua autonomia nas escolhas”.

Casate e Correa (2005) também compartilham destas discussões no sentido de considerarem que, o processo de humanizar refere-se a considerar o cliente da saúde observando-o como uma pessoa detentora de direitos, contemplando sua individualidade, levando em conta suas necessidades intrínsecas, visando atendê-las, como também o sentido de humanizar está associado à organização do serviço de saúde e os métodos administrativos.

Ao integrar estes princípios no tratamento clínico, conseqüentemente poderá proporcionar o fortalecimento do clima interno e reforçar as políticas e projetos da organização, em especial àqueles voltados para viabilizar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS, que preconiza transformações nos modelos de atenção e gestão para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No caso específico do Hospital Santa Casa BH, que oferece um atendimento 100% SUS, compreende-se que a humanização do ambiente deve estar pautada em práticas de saúde que visem à integralidade da atenção ao sujeito, a universalidade do acesso aos serviços e a equidade no atendimento, como bem expressa a Política do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa intitulada “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização” centrou-se na hipótese de que as atividades de lazer, no ambiente hospitalar, durante o período de internação e/ou tratamento do cliente da saúde, são atividades benéficas para os agentes receptores e doadores dessa prática.

Os resultados obtidos e as análises das entrevistas realizadas com clientes da saúde, voluntárias e o representante da administração do hospital, confirmam a supracitada hipótese que fundamentou toda pesquisa. Além disso, os objetivos foram alcançados satisfatoriamente, destacando-se, em seguida, uma breve conclusão sobre cada objetivo específico.

Sobre a caracterização do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, permitiu concluir que a instituição de saúde possui uma estrutura física, organizacional e um serviço assistencial de excelência e humanizado, capaz de atender as necessidades do seu público alvo. A percepção dos entrevistados deixou transparecer estas observações.

Em relação à caracterização do trabalho voluntário da AVOSC, conclui-se que a Associação realiza um número diversificado de atividades; integrando a parte administrativa, Bazar, Costura, Curso para Gestantes, atividade de acolhimento e laborterapia nas enfermarias, maternidade, ambulatório da quimioterapia/radioterapia e distribuição de gelatinas. Este conjunto de atividades se traduz em um belíssimo trabalho voluntário promovido na instituição de saúde. Estas questões foram identificadas através de alguns documentos, como, livro da Associação, Relatório anual das atividades, Manual da Voluntária elaborado pela AVOSC, Estatuto da AVOSC, assim como durante as entrevistas e a observação participante.

No que tange à caracterização das voluntárias e dos clientes da saúde que participam das atividades de lazer no ambiente hospitalar, permitiu concluir, sobre os clientes da saúde que participaram do estudo, a maioria era casada, de baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto e renda baixa, predominando um salário e meio. Já as voluntárias da AVOSC entrevistadas, eram casadas, com altos níveis de escolaridade e renda, possuindo renda familiar de três a oito salários mínimos.

A análise da percepção dos clientes da saúde sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, mostrou que as atividades eram fatores auxiliares no enfrentamento de uma enfermidade, na medida que o enfermo, quando motivado por estas ações, passou a ver o seu processo de saúde e doença diferentes, aceitando sua condição de forma mais positiva, de modo que sua estada se tornou mais leve, mesmo enfrentando um processo grave, como reportado por várias delas. Dentre outros acontecimentos que poderia citar, exemplifico esta questão me referindo à situação de uma jovem que estava com um problema de saúde muito sério, tinha desistido do tratamento, perdido a esperança de viver e através da atividade do bordado e do acolhimento oferecido por uma voluntária ela mudou o seu modo de pensar, passou a ver um sentido em sua própria vida e a lutar pela sua recuperação. Assim, pode-se dizer que a atividade de lazer é um fator de ressignificação do contexto hospitalar, que tem um papel importante na promoção da saúde das pessoas que se encontram hospitalizadas ou em fase de tratamento sem internação. É fundamental sua implantação em instituições de saúde, partindo do princípio de que a saúde não é apenas sinônimo de ausência de doenças, como foi visto no marco teórico desta pesquisa.

No que se refere à percepção das voluntárias da AVOSC sobre as atividades de lazer promovidas por elas, percebeu-se que, a gratificação que elas sentiam, ao dar atenção a outra pessoa, em termos absolutos de incondicionalidade, sem esperar nada em troca, proporcionava uma satisfação imensa, difícil de exprimir através das palavras. Além disso, constatou-se que

estas atividades amenizavam a dor e o sofrimento dos clientes da saúde, e contribuíam para o fortalecimento das relações de solidariedade interpessoais e do trabalho voluntário em equipe. Nesse sentido, verificou-se que, tanto as voluntárias como os clientes da saúde e acompanhantes se beneficiam com o trabalho voluntário da AVOSC. Porém, as voluntárias, ao promoverem as atividades de lazer, sentiam um bem estar maior do que a pessoa que recebe esta ação de solidariedade. Nesse contexto, a partir do momento que você se dispõe a sair do conforto da sua casa para se dedicar a um trabalho sem a intenção de receber “nada” em troca, você se torna mais humano; e isso foi observado entre as voluntárias, que concretizaram, ao longo dos 46 anos de existência da Associação, o verdadeiro sentido da humanização hospitalar. São tantos anos de dedicação ao próximo que foi perceptível a riqueza de muitas amizades que foram construídas entre as próprias voluntárias e também durante o contato com os clientes da saúde e acompanhantes, pois algumas pacientes, depois do período de tratamento, se tornaram amigas e até mesmo voluntárias, como foi o caso de duas acompanhantes que depois do período de hospitalização do familiar tornaram-se voluntárias na Associação.

Já a percepção da direção do hospital quanto às atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, para os clientes da saúde, revelou uma percepção positiva da administração da instituição sobre as atividades voluntárias oferecidas pela Associação. A estimada consideração e o apoio constante, desde a fundação da AVOSC, das pessoas que fazem parte da administração, reforça a importância dessa ação social no que se refere ao hospital em geral. Ademais, torna-se oportuno destacar que este reconhecimento fortaleceu a execução das atividades de lazer no hospital, como, também, contribuiu para a própria imagem da instituição, em conformidade com o que foi reportado nas discussões e no referencial bibliográfico.

Ao analisar como se dá a humanização hospitalar, na visão das voluntárias da AVOSC e do representante da administração do hospital, foi possível concluir que as atividades promovidas através do trabalho voluntário da AVOSC contribuem para a humanização da assistência hospitalar. Nessa acepção, identificou-se que os clientes da saúde e acompanhantes se sentem acolhidos e valorizados pela atenção recebida durante a prática do bordado, que também proporciona bem estar e qualidade de vida. Além disso, a Associação tem como premissa o saber falar e ouvir o outro, facilitam a comunicação entre as pessoas, que colabora, conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), para a “transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde [...]”.

Também ficou evidente a preocupação da instituição de saúde (desde a fundação em 21 de maio de 1899) em oferecer um atendimento humanizado, enquanto princípio para a qualidade dos serviços prestados aos seus usuários. Porém, para que a humanização aconteça, em sua plenitude, no hospital pesquisado, identificou-se que ainda é preciso fortalecer a conscientização de todos os profissionais sobre a importância da humanização hospitalar.

Nesse sentido, percebeu-se que as relações humanas estabelecidas diariamente no hospital são extremamente complexas e o voluntariado da AVOSC é um componente essencial para os trabalhos da instituição e para a humanização do ambiente, pois contribui para o resgate de valores, atitudes, iniciativas, motivações, espírito de solidariedade, amizade, empatia frente a dor do próximo, além de outros aspectos que envolvem a dimensão humana.

Assim, no ambiente hospitalar, a dor e o sofrimento precisam ser reconhecidos e compreendidos de maneira humanizada. Como resultado, o cliente da saúde poderá ter uma recuperação mais rápida, que contribuirá para a manutenção e melhoria dos níveis de saúde e, consequentemente, refletirá de forma positiva na prestação dos serviços da instituição.

Além de atender os objetivos propostos, observou-se que o trabalho voluntário da AVOSC, promovido no Hospital Santa Casa BH, possui uma quantidade admirável de voluntárias que compartilham, diariamente, com o próximo (cliente da saúde, acompanhantes, familiares) amor, carinho, cuidado, atenção, acolhimento, realizando um trabalho transformador e humanizado.

Porém, infere-se que, embora a Associação tenha muitas voluntárias, o número ainda é reduzido comparado à grande demanda do atendimento da referida instituição de saúde, que possui 1000 leitos e oferece uma assistência voltada exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, a Associação se mostrou essencial, em relação às atividades promovidas para a distração e a ocupação do tempo dos clientes da saúde e acompanhantes, contribuindo para amenizar a ansiedade, o medo causado pela hospitalização ou pelo tratamento e a comodidade ocasionada pela enfermidade.

Ademais, verificou-se que a AVOSC trabalha pautada em princípios éticos, com transparência no desenvolvimento das atividades e em parceria com o Hospital Santa Casa BH, promovendo o trabalho voluntário respeitando o princípio e a missão da instituição de saúde, que é melhorar a vida das pessoas e promover de forma sustentável o atendimento integral e humanizado às pessoas, com qualidade e resolutividade, valorizando os profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa.

Ao observar todas as atividades promovidas pela Associação, utilizando a técnica observação participante, de segunda a sexta-feira, durante o período de um mês, permitiu compreender a importância da paciência, da escuta ativa, do cuidado permanente, do olhar acolhedor, e foi possível observar, na prática do dia a dia, o lema da Associação, isto é, “as mãos que afagam e as palavras que enternecem”.

No que concerne às limitações da pesquisa, percebe-se que algumas informações poderiam ser mais aprofundadas durante as análises, para que a compreensão das temáticas lazer e voluntariado fossem mais ampliadas. Entretanto, a pesquisa apresentou algumas limitações, como: a espera da autorização para o início da coleta dos dados (Parecer Consubstanciado Final), emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, decorrente da demora da emissão da autorização do Hospital Santa Casa BH; dificuldades para realizar as entrevistas com clientes da saúde, visto que alguns enfermos não tinham condições de serem entrevistados pela questão da enfermidade e outros por iniciar a atividade do bordado no dia da pesquisa, sendo que foi dada preferência para aqueles que já estavam bordando a mais de um dia; e a existência de prazos determinados pelo Programa de Pós-Graduação, para a conclusão do mestrado, também limitou o aprofundamento do estudo.

Apesar dos contratempos, acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para a ampliação das discussões sobre lazer e voluntariado em instituições de saúde. Assim, o processo investigativo deve ser permanente, de modo a despertar nas pessoas a vontade de participar das ações solidárias e humanitárias, e ampliar o olhar dos profissionais de diversas áreas da saúde no sentido de repensar o papel das atividades de lazer e do trabalho voluntário em hospitais, que tem sido importantes elementos capazes de contribuir para a humanização, neste espaço, de interesse crescente.

Por fim, a partir deste estudo, infere-se que frente a um vasto campo de informações apresentadas, através dos resultados desta pesquisa, considera-se que ainda é necessário aprofundar mais o assunto. Portanto, como o conteúdo investigado ainda é incipiente e não se pretende esgotar na presente pesquisa, permite-se propor que estudos posteriores busquem compreender a atuação voluntária, especialmente no que concerne ao âmbito hospitalar, em associação com as necessidades e características de cada instituição de saúde; pois, é expressiva a necessidade de uma organização e um gerenciamento adequado das atividades voluntárias promovidas nestes espaços, uma vez que, uma ação ou um comportamento inadequado podem trazer nefastas consequências para a imagem da instituição e, principalmente, comprometer a própria assistência ao cliente da saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVOSC: Associação das Voluntárias da Santa Casa. 2013. Disponível em: <<http://www.avosc.com.br/>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

SCBH: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <<http://www.santacasabh.org.br/ver/apresentacao-1.html>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SCBH: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <<http://www.santacasabh.org.br/ver/apresentacao-3.html>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SCBH: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. 2016. Disponível em: <<http://www.santacasabh.org.br/ver/historia.html>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

AVOSC: Associação das Voluntárias da Santa Casa. **Manual da Voluntária**. 2017.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde:** organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Epsjv/Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, A. N.; Souza, A. M. **Um estudo das estratégias de hospitalidade e humanização adotados na administração hospitalar de um hospital de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, Faculdade Senac Minas, 2011.

BENATTI, B. D.; PONTES, S. Atividades de Entretenimento na Hotelaria Hospitalar: Entretenimento, lazer e cultura como promoção de saúde. **Revista Rosa dos Ventos**, Caxias do Sul, v. 4, n. I, jan./jun. 2012.

BEUTER, M. et al. Perfil de Familiares Acompanhantes: Contribuições para a Ação Educativa da Enfermagem. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 13, n. 1, jan./mar. 2009.

BERBEL, D. B; RIGOLIN, C. C. D. Educação e Promoção da Saúde no Brasil através de Campanhas Públicas. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, São Carlos/são Paulo, v. 2, n. 1, 2011.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVIC, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, abr./jun. 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2012.

BRASIL. Constituição (2016). Lei nº 13.297, de 16 de junho de 2016. **Diário Oficial da União:** República Federativa do Brasil - Imprensa Nacional. Brasília, 17 jun. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências. **Diário Oficial da União:** República Federativa do Brasil - Imprensa Nacional. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.608 de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil – Imprensa Nacional. Brasília, DF.

BRASIL. **Manual para Capacitação Inicial do Voluntário**. Instituto Voluntário em Ação. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Idec – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Água Branca – São Paulo-SP, 2003.

BRASIL. Rede Paulista de Centros de Voluntariado. **Textos e Reflexões de Centros de Voluntariado**. Atibaia, São Paulo, 2014.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Adm. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, jan./fev. 2005.

CASARA, A.; GENEROSI, R. A.; SGARBI, S. A Recreação Terapêutica como Forma de Intervenção no Âmbito Hospitalar. **Revista Digital Efdeportes**. Buenos Aires, n.10, jul. 2007.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

CONCEIÇÃO, T. S. A Política Nacional de Humanização e suas Implicações para a Mudança do Modelo de Atenção e Gestão na Saúde: Notas Preliminares. **SER Social**. Brasília, v. 11, n. 25, jul./dez. 2009.

Congresso Nacional de Educação - EDUCERE, 9. 2009, Paraná. **Brinquedoteca Hospitalar: Uma Realidade de Humanização para Atender Crianças Hospitalizadas**. Paraná, 2009.

CORREIA, A. D. M. S. et al. **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande: UFMS, 2010.

CRIPPA, A.; ISIDORO, T.; FEIJÓ, A. G. S. Voluntariado e Saúde. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, jul./set., 2014.

DANTAS, F. R. A. et al. A Contribuição do Lazer no Processo de Hospitalização. **Licere**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, mar. 2014.

D'ÁVILA, Sande Maria Gurgel. **Relações de gênero no cotidiano familiar**. 2018.

DIOGO, J. S. A Importância do Voluntariado na Instituição Hospitalar: Uma transformação social que auxilia na qualidade de vida e bem estar do paciente. **Psicologia.pt**, Urberlândia-MG, dez. 2016.

DUARTE, A. S.; FELÍCIO, W. K. S. **Um estudo sobre o trabalho voluntário na Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (ACACCI)**. 2012. TCC (Graduação) - Curso de Graduação em Serviço Social, Serviço Social, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2012.

FLORENTINO, I. M.; CAMARGO, M. J. G. Atividades de Lazer no Contexto Hospitalar: Uma Estratégia de Humanização. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 2, n. 2, mai./ago. 2015.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1977. 241 p.

FREITAS, D. E. V. **O SUS e a humanização do parto**. 2011. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - Paraíba, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2012.

GODOI, A. F. **Hotelaria Hospitalar e Humanização no Atendimento em Hospitais: pensando e fazendo**. São Paulo: Ícone, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, A. M. A. **Hospital humano: etnografia da humanização hospitalar na perspectiva de usuários**. 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal - Rio Grande do Norte, 2008.

GUERRA, E. L. A. **Manual de pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte: Copyright, 2014.

GUIDINI, C. **Abordagem histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro: conquistas e desafios**. 2012. Monografia (Especialização) - Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde - Ead, Centro de Educação Superior Norte do RS, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEBS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto – Enfermagem*, v. 15, n. 2, 2006.

HOLANDA, C. C. **Voluntariado e terceiro setor**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

IGBE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2018.

ISAYAMA, H. F. et al. O Lazer na Humanização Hospitalar: Diálogos Possíveis. **Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 4, n. 2, 2011.

KLUCKHOHN, F. R. O Método de “Observação Participante” no Estudo de Pequenas Comunidades. Sociabilidades Urbanas – **Revista de Antropologia e Sociologia**, v. 2, n. 5, p. 29-38, julho de 2018.

LEITE, L. **O Trabalho voluntário desenvolvido no grupo de apoio a pacientes oncológicos de Passos e região: uma análise sobre a qualificação desta ação**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca/São Paulo.

LIMA, J. C. **História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil**. v. 4, n. 4, 2006.

LIMA, K. R. B; SILVA, J. A.; PEREIRA, L. A. Uma análise sobre a política pública de saúde no Brasil enfatizando o contexto neoliberal. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, **Anais**. 2010.

MACAGNAN, C. F; SARETTO, C. M. F. B. **Perfil dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde do meio oeste catarinense**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)–Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2010.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naif, 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações Sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set./dez. 2004.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014.

MEYER JR. V.; PASCUCI, L; MURPHY, J.P. **Hospital Volunteers: Good Citizens or Strategic Agents?** ENANPAD, 2010, Rio de Janeiro.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (organizadora). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NUNES, M. C. B.; HILDINGER, I. B.; MEURER, K. Z. **Vivenciando o Relacionamento Interpessoal da Equipe de Enfermagem no Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico**. In: Enfermagem pela excelência, Ano 05, N.º 05, 2015.

OLIVEIRA, A. A. P. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”** no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N; VIERA, C. S. A Humanização na Assistência à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006.

OLIVEIRA, G. L. Experiência de Recreação com Crianças Portadoras de Sofrimento Psíquico. In: Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 13., 2001, **Anais**. Natal: CEFET-RN, 2001.

OLIVEIRA, O. V. M. **Portarias do Ministério da Saúde e Interministeriais, com inserção de ações de humanização no/do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Período de 1998 a 2008. 2010.

ORTIZ, M. C. M. **Voluntariado em hospitais: Uma análise institucional da subjetividade**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PAIM, J. S. **A Reforma sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASCHE, D. F. et al. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

PIMENTEL, D. **Relações e Conflitos Éticos na Prática de Médicos e Enfermeiros**. Brasília: CFM, 2017.

PINTO, G. B; GOMES, C. L. A Vivência do Lazer em Hospitais: Contribuições para a Atuação do Profissional do Lazer. **Licere**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, fev. 2016.

PINTO, G. B. **O lazer em hospitais: realidades e desafios**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Lazer, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

REIS, D. O; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde**. Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RODRIGUES, K. M; CRUZ, J. A. W.; MEYER JUNIOR, V. Trabalho Voluntário e seu Gerenciamento: Desafios para um Hospital Comunitário. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Paraná, abr. 2014.

RONCALLI, A. G. O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Antônio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2.

SAMPIERI, R. H. S.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, M. H. dos. **Santa Casa de Belo Horizonte - uma história de amor à vida**. 3ª ed. rev. e ampl, Belo Horizonte: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, 2016.

SANTOS, M. H. dos. **Cem anos das Servas do Espírito Santo na Santa Casa de Belo Horizonte**. Editora FAPI, Belo Horizonte, 2010.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SEITZ, E. M. Lazer Hospitalar: sua Contribuição no Processo de Humanização da Assistência Hospitalar. Ativ. Fís., Lazer & Qual. Vida: **Revista Educação Física**, Manaus, v. 2, n. 1, 2011.

SILVA, S. A. da. **A pessoa enferma e a hospitalização**: o enfermeiro nesse contexto. Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SILVA, T. A; CARVALHO, K. K. S. **A importância da política nacional de humanização para a qualidade do sistema público de saúde brasileiro**. Brasília. DF. 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Católica de Brasília. Novembro de 2010.

SOLER, A. P. S. C. et al. Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 4, n. 1, 2004.

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. Política Pública de Saúde no Brasil. In: Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação - VII CONNEPI, 2012, Palmas. **Ciência, Tecnologia e Inovação: ações sustentáveis para o desenvolvimento regional**. Tocantins: 2012.

STHAL, H. C. **A Formação Profissional em Saúde na Interface com o Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2016. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Educação, Departamento de Educação, Universidade Federal de Goiás-regional Jataí, Jataí-GO, 2016.

TRINDADE, D. C. Humanização Hospitalar: A Contribuição do Profissional de Lazer em Instituições psiquiátricas. **Holos**, Rio Grande do Norte - RN, maio 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2012.

VIANA, R. V. **A Humanização no atendimento**: construindo uma nova cultura. 2004. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Brasília, 2004.

ZWARETCK, S. R. **A recreação hospitalar sob o olhar interdisciplinar como forma terapêutica**. 2013.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Meu nome é Simone Menezes Donato, sou a pesquisadora responsável. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias; uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Essa pesquisa se justifica tendo em vista que os hospitais são ambientes marcados pela dor, angústia, medo e solidão, sendo a hospitalização uma experiência negativa para muitos. Embora haja uma grande preocupação com a recuperação do cliente da saúde, em termos de tratamento da doença, muitas vezes não existe inclusão de práticas de lazer como coadjuvante para o tratamento do paciente.

O objetivo geral da pesquisa consiste em descrever e analisar as atividades de lazer e o voluntariado promovido pela Associação das Voluntárias da Santa Casa (AVOSC), na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agente administrativo inseridos no ambiente hospitalar. Para tanto, serão realizadas entrevistas com clientes da saúde, voluntárias e um representante da administração do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, durante um mês do ano de 2017. Cabe ressaltar que as entrevistas terão duração de aproximadamente trinta minutos.

Cada entrevista será realizada pela pesquisadora responsável, Simone Menezes Donato, que se identificará no momento de sua realização e será gravada em áudio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador, ademais, tem o direito de, a qualquer momento, durante ou após a entrevista, retirar seu consentimento, obrigando o pesquisador a não utilizar as informações porventura registradas. Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização.

Para preservar as identidades, os nomes e contatos não serão divulgados. Em vez disso, serão usados nomes fictícios. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Os riscos que envolvem a pesquisa, se referem a constrangimentos em responder alguma pergunta. De modo a minimizar os riscos, o participante poderá deixar de responder qualquer questão caso sinta-se constrangido.

Como benefício, acreditamos que este estudo poderá contribuir para desenvolver ações de promoção da saúde e humanização dentro de hospitais, por isso a sua participação é muito importante.

Este termo de consentimento foi elaborado em consonância com a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Viçosa e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Desse modo, qualquer dúvida que surgir durante a pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora pelo telefone (0xx31) 99417-3245, pelo e-mail: simonemdonato@gmail.com, ou pessoalmente durante a realização das entrevistas.

Assim, se você entendeu a proposta da pesquisa e concorda em participar voluntariamente, favor assinar no espaço abaixo, dando o seu consentimento formal.

Desde já, agradecemos pela compreensão e participação na pesquisa.

Eu, _____,
() cliente da saúde (paciente), () voluntária, () representante da administração do hospital, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar da pesquisa intitulada “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização”, realizada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome da Pesquisadora: Simone Menezes Donato
Endereço: Departamento de Economia Doméstica
Telefone: (31) 9 9417-3245
E-mail: simonemdonato@gmail.com

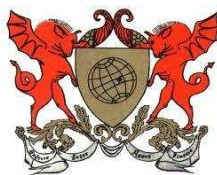
Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. Peter Henry Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-2492
E-mail: cep@ufv.br
www.cep.ufv.br

Viçosa, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Apêndice B: Roteiro de Entrevista com um representante da administração do Hospital Santa Casa BH

Data: ____/____/2017

Nome do representante da administração: _____

I Dados de identificação do representante da administração do hospital

1 Sexo: _____

2 Idade:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| a) menos de 20 anos | e) entre 50 e 60 anos |
| b) entre 20 e 30 anos | f) entre 60 e 70 anos |
| c) entre 30 e 40 anos | g) entre 70 e 80 anos |
| d) entre 40 e 50 anos | h) ou mais de 80 anos |

3 Estado Civil

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Solteiro(a) | c) Separado(a) judicialmente/Divorciado(a) |
| b) Casado(a)/União Estável | d) Viúvo(a) |

4 Grau de escolaridade

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Analfabeto(a) | e) Ensino médio completo |
| b) Ensino fundamental incompleto | f) Ensino superior incompleto |
| c) Ensino fundamental completo | g) Ensino superior completo |
| d) Ensino médio incompleto | h) Pós-Graduação |

5 Profissão _____

II Aspectos: atividades de lazer, trabalho voluntário, saúde, percepção, sentimentos e humanização.

6 Qual é a sua função na diretoria?

7 Há quanto tempo exerce esta função neste hospital?

8 Como você vê a internação hospitalar?

9 Como você vê o trabalho voluntário em hospitais?

10 Como você vê o trabalho que a AVOSC desenvolve, com os pacientes, aqui no hospital?

11 Além do trabalho da AVOSC, existem outros trabalhos voluntários desenvolvidos neste hospital?

12 Como você vê a realização de atividades de lazer dentro de um hospital?

13 Como você vê as atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, neste hospital?

14 Por que o hospital permite o desenvolvimento destas atividades?

15 Você já fez alguma leitura; ou participou de algum curso, palestra que tratasse da importância de desenvolver atividades de lazer em hospitais? Se sim, qual(is)?

16 Como você vê a realização de atividades de lazer para as pessoas que estão internadas?

E para os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros)?

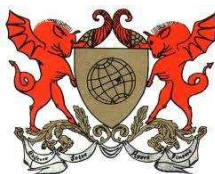
E para os acompanhantes dos pacientes e familiares?

E para as voluntárias da AVOSC, responsáveis pelas atividades?

17 Para você, o que é um ambiente hospitalar humanizado?

18 Você já fez alguma leitura; ou participou de algum curso, palestra que tratasse da importância da humanização hospitalar? Se sim, qual(is)?

19 Você gostaria de me falar/contar mais alguma coisa sobre as atividades de lazer ou sobre o trabalho voluntário no Hospital Santa Casa?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Apêndice C: Roteiro de Entrevista com Clientes da Saúde

Data da entrevista: ____/____/2017

Nº ____

Nome do Cliente da Saúde: _____

Setor: _____

Atividade que estiver desempenhando: _____

Voluntária que for desenvolver a atividade de lazer junto ao cliente da saúde: _____

Característica do paciente (informações a serem repassadas pela voluntária): O paciente já esteve internado neste hospital anteriormente? Se sim, participou de alguma atividade de lazer na ocasião? Se sim, qual(is)?

I Dados de identificação do cliente da saúde

1 Sexo: _____

2 Idade:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| a) menos de 20 anos | e) entre 50 e 60 anos |
| b) entre 20 e 30 anos | f) entre 60 e 70 anos |
| c) entre 30 e 40 anos | g) entre 70 e 80 anos |
| d) entre 40 e 50 anos | h) ou mais de 80 anos |

3 Estado Civil

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Solteiro(a) | c) Separado(a) judicialmente/Divorciado(a) |
| b) Casado(a)/União Estável | d) Viúvo(a) |

4 Grau de escolaridade

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Analfabeto(a) | e) Ensino médio completo |
| b) Ensino fundamental incompleto | f) Ensino superior incompleto |
| c) Ensino fundamental completo | g) Ensino superior completo |
| d) Ensino médio incompleto | h) Pós-Graduação |

5 Profissão _____

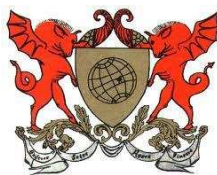
6 Renda domiciliar _____

II Aspectos: atividades de lazer, trabalho voluntário, saúde, percepção, sentimentos e humanização.

7 Há quanto tempo você está internado(a) no hospital?

8 Como você está se sentindo durante sua internação?

- 9 Por que você aceitou fazer esta atividade?**
- 10 Faz outra atividade aqui no hospital? Se sim, qual(is)?**
- 11 Há quanto tempo você está participando desta(s) atividade(s)?**
- 12 Como você se sente durante a realização desta atividade?**
- 13 Como você se sente depois de realizar esta atividade?**
- 14 Como você vê as atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, neste hospital?**
- 15 Como você vê a realização de atividades de lazer dentro de um hospital?**
- 16 Como você vê as mulheres que fazem estas atividades, com os pacientes, aqui no hospital?**
- 17 Como você vê o trabalho que a AVOSC desenvolve, com os pacientes, aqui no hospital?**
- 18 Você gostaria de me falar/contar mais alguma coisa sobre estas atividades?**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Apêndice D: Roteiro de Entrevista com as Voluntárias da Entidade AVOSC

Data da entrevista: ____/____/2017

Nº ____

Nome da Voluntária: _____

Cargo/função na Associação: _____

Atividades desenvolvidas no Hospital Santa Casa: _____

I Dados de identificação da voluntária

1 Idade:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| a) menos de 20 anos | e) entre 50 e 60 anos |
| b) entre 20 e 30 anos | f) entre 60 e 70 anos |
| c) entre 30 e 40 anos | g) entre 70 e 80 anos |
| d) entre 40 e 50 anos | h) ou mais de 80 anos |

2 Estado Civil

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Solteiro(a) | c) Separado(a) judicialmente/Divorciado(a) |
| b) Casado(a)/União Estável | d) Viúvo(a) |

3 Grau de escolaridade

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| a) Analfabeto(a) | e) Ensino médio completo |
| b) Ensino fundamental incompleto | f) Ensino superior incompleto |
| c) Ensino fundamental completo | g) Ensino superior completo |
| d) Ensino médio incompleto | h) Pós-Graduação |

4 Profissão _____

5 Renda domiciliar _____

II Aspectos: atividades de lazer, trabalho voluntário, saúde, percepção, sentimentos e humanização.

6 Há quanto tempo trabalha como voluntária neste hospital?

7 Qual o sentimento você tem em relação à internação hospitalar?

8 Como você vê a realização de trabalho voluntário em hospitais?

9 Como você vê o trabalho que a AVOSC desenvolve, com os pacientes, aqui no hospital?

10 O que te levou a ser uma voluntária neste hospital?

- 11 Como você se sente ao realizar trabalho voluntário neste hospital?
- 12 Você já participou de alguma oficina/capacitação em relação à(s) atividade(s) que exerce neste hospital?
- () Não
- () Sim Qual? _____
- 13 Você já fez alguma leitura; ou participou de algum curso, palestra que tratasse da importância de desenvolver atividades de lazer em hospitais? Se sim, qual(is)?
- 14 Como você vê as atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, neste hospital?
- 15 Como você vê a realização de atividades de lazer dentro de um hospital?
- 16 Como você se sente durante a realização desta atividade com o paciente?
- 17 Como você se sente depois de realizar esta atividade com o paciente?
- 18 Como você vê a realização de atividades de lazer para as pessoas que estão internadas?
- E para os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros)?
- E para os acompanhantes dos pacientes e familiares?
- E para as voluntárias da AVOSC?
- 19 Para você o que é um ambiente hospitalar humanizado?
- 20 Você já fez alguma leitura; ou participou de algum curso, palestra que tratasse da importância da humanização hospitalar? Se sim, qual(is)?
- 21 Você tem vontade de fazer outra atividade no hospital, além desta que faz? Se sim, qual atividade? Por que não faz?
- 22 Como você considera o seu trabalho para promover um ambiente humanizado?
- 23 Você gostaria de me falar/contar mais alguma coisa sobre as atividades de lazer ou sobre o trabalho voluntário no Hospital Santa Casa?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Apêndice E: Solicitação de autorização para pesquisa

Viçosa, 12 de julho de 2017.

À Diretoria Clínica e Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Santa Casa

Vimos, por meio desta, solicitar a autorização para realizar a pesquisa de mestrado intitulada “Eu não sofri, eu bordei: uma análise do lazer e do voluntariado praticados em unidade hospitalar como estratégia de humanização” no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. O objetivo geral deste estudo consiste em analisar as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agentes administrativos inseridos no ambiente hospitalar.

A pesquisa será realizada pela mestrande Simone Menezes Donato, do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (PPGED/UFV), sob orientação da Professora Dra. Tereza Angélica Bartolomeu.

Pretende-se, com a pesquisa, proporcionar reflexões sobre as atividades de lazer promovidas pelas voluntárias da AVOSC como estratégia de humanização; ampliar os conhecimentos e levantar discussões para estudos posteriores.

Ressaltamos, ainda, que será assegurado o anonimato dos participantes do estudo e será mantido o sigilo da fonte dos dados coletados, Hospital Santa Casa, mediante a observância da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme exige o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

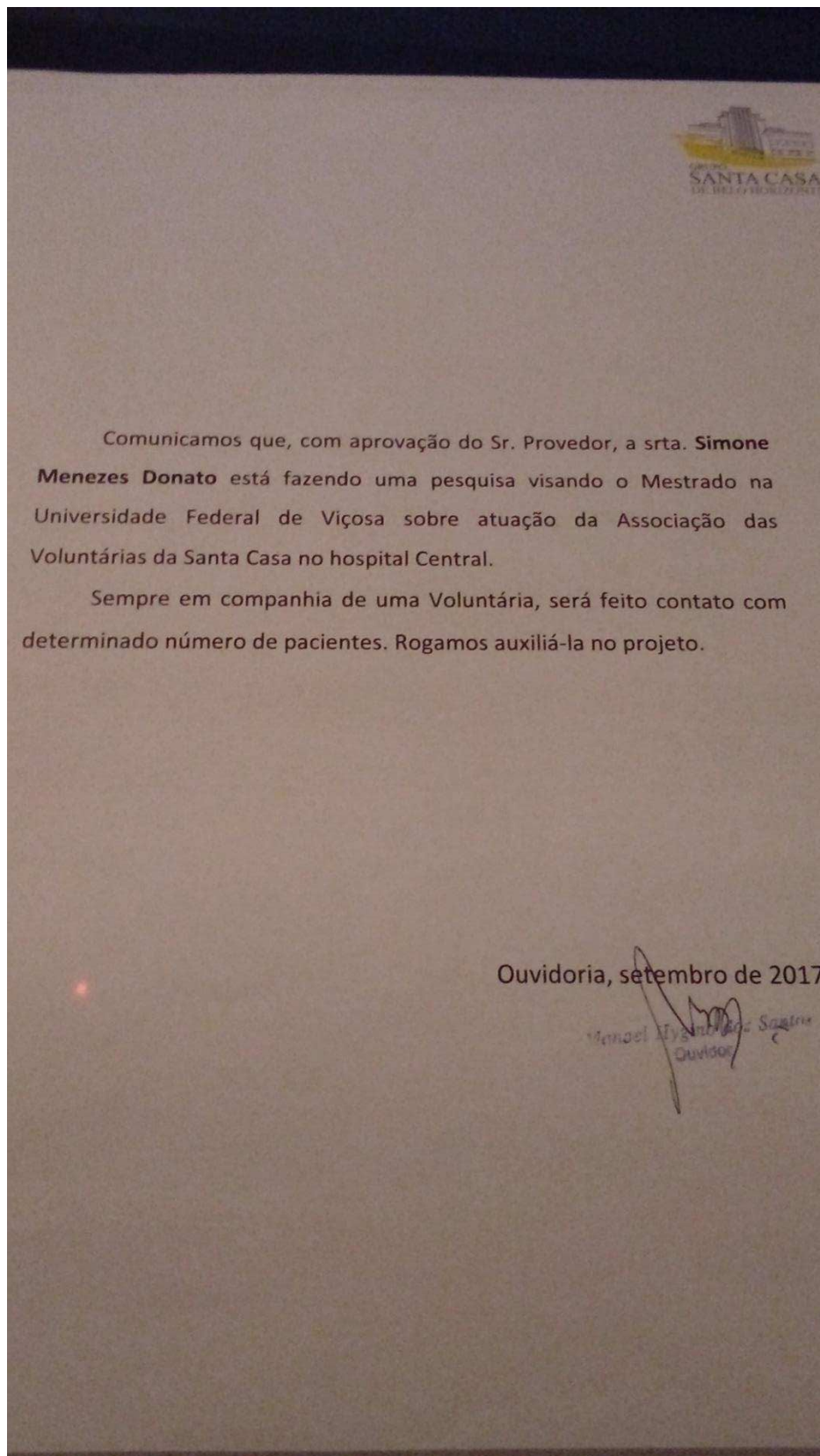
Na certeza de contarmos com o apoio da diretoria, agradecemos antecipadamente e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que julgarem necessários.

Simone Menezes Donato
Pesquisadora Discente do PPGED/UFV

Profa. Dra. Tereza Angélica Bartolomeu
Pesquisadora Orientadora do PPGED/UFV

ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE



ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFV

 CEP Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Universidade Federal de Viçosa	UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV	
---	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Lazer e voluntariado: um estudo de caso de humanização em um hospital público de Belo Horizonte

Pesquisador: Tereza Angélica Bartolomeu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68017617.1.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Economia Doméstica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.313.051

Apresentação do Projeto:

O problema, pelo qual se justifica a presente pesquisa, se insere no seguinte contexto: os hospitais são ambientes marcados pela dor, angústia, medo e solidão, sendo a hospitalização uma experiência negativa para muitos. Embora haja uma grande preocupação com a recuperação do cliente da saúde, em termos de tratamento da doença, muitas vezes não existe inclusão de práticas de lazer como coadjuvante para o tratamento do paciente. Nesta perspectiva, o presente estudo visa, ampliar o conhecimento; levantar discussões para estudos posteriores, quanto a importância da realização de trabalho voluntário em hospitais para a promoção de saúde e humanização; assim como proporcionar um ambiente mais agradável. A pesquisa tem por objetivo analisar as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agentes administrativos inseridos no ambiente hospitalar. A presente pesquisa possui uma abordagem qualitativa e quantitativa. Caracteriza-se como descritiva e exploratória, envolvendo um estudo de caso. As técnicas de coleta de dados a serem utilizadas serão observação participante, entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado e análise de documentos secundários. Os dados quantitativos serão submetidos à análise pelo método estatístico descritivo simples, e os

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
UF: MG Município: VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 E-mail: cep@ufv.br

dados qualitativos pelo método análise de conteúdo na perspectiva de Bardin. A autora descreve três fases de análise de conteúdo, organizando-se em pólos cronológicos, sendo eles: 1) A pré-análise, 2) exploração do material, delimitando categorias e 3) tratamento dos resultados, as análises e discussões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as atividades de lazer promovidas pela AVOSC, na visão dos agentes receptores, doadores de tais práticas e agentes administrativos inseridos no ambiente hospitalar.
Objetivo Secundário: • Caracterizar os clientes da saúde e voluntárias que participam das atividades de lazer no ambiente hospitalar; • Caracterizar as atividades de lazer promovidas pela AVOSC; • Analisar a percepção dos clientes da saúde sobre as atividades de lazer promovidas pela AVOSC; • Analisar a percepção das voluntárias da AVOSC sobre as atividades de lazer promovidas por elas; • Identificar a percepção da direção do hospital quanto as atividades de lazer, promovidas pela AVOSC, para os clientes da saúde; • Verificar se as atividades de lazer promovem a humanização hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos que envolvem a pesquisa, se referem a constrangimentos em responder alguma pergunta. De modo a minimizar os riscos, o participante poderá deixar de responder qualquer questão caso sinta-se constrangido.

Benefícios: Como benefício, acreditamos que este estudo poderá contribuir para desenvolver ações de promoção da saúde e humanização dentro de hospitais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apesquisa atende aos critérios do CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora modificou os TCLE e PB, acrescentou o termo de assentimento

Recomendações:

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha.

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
UF: MG Município: VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 E-mail: cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.313.051

arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_906252.pdf	21/09/2017 16:19:01		Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.pdf	21/09/2017 16:18:36	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Cronograma	CronogramadeExecucaomodificado.docx	21/09/2017 16:17:37	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Outros	Autorizacaodainstituicao.pdf	21/09/2017 16:17:14	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	01/08/2017 22:35:40	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeAssentimento_modificado.pdf	01/08/2017 22:34:12	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Outros	Documentohospital.docx	02/05/2017 18:19:04	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Outros	Roteiromembroadiretoria.docx	02/05/2017 18:14:25	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Outros	Roteiopaciente.docx	02/05/2017 18:13:44	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Outros	Roteirovoluntaria.docx	02/05/2017 18:13:04	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.docx	02/05/2017	SIMONE MENEZES	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

 CEP Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Universidade Federal de Viçosa	UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV	 Plataforma Brasil
--	---	--

Continuação do Parecer: 2.313.051

/ Brochura Investigador	Projeto.docx	17:52:08	DONATO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/05/2017 17:45:29	SIMONE MENEZES DONATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 03 de Outubro de 2017

Assinado por:
HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 36.570-900
UF: MG	Município: VICOSA
Telefone: (31)3899-2492	E-mail: cep@ufv.br

Página 04 de 04