

Motivação e humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação

Cadernos de
Pós-Graduação
em Distúrbios do
Desenvolvimento

Ana Paola Sarpi Chiodo Soler

Deise Francisco Paula

Eloísa Amicucci Campanelli

Fernanda Vilhena Mafra Bazon

Juliana Cátia Oliveira

Maria da Conceição Albano Ferreira

Alunas do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Silvana Maria Blascovi-Assis

Professora do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie

RESUMO

Este artigo se propõe a discutir a importância da motivação e da humanização no processo de reabilitação. O método utilizado foi de revisão bibliográfica, a partir de livros e artigos científicos, buscando relacionar as diversas áreas que integram a equipe de reabilitação, ressaltando a importância da visão global do indivíduo, bem como incluindo os conceitos tradicionais e contemporâneos sobre motivação, a relevância da formação profissional em saúde e as novas propostas de atendimento terapêutico voltadas para a humanização. A humanização refere-se à importância de se privilegiar o paciente em seus aspectos bio-psico-sociais, considerando-o em suas peculiaridades e necessidades. Esta preocupação tem sido observada no Brasil a partir da formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Ambos postulam a importância da mudança na maneira de tratar os usuários dos serviços de saúde. Para tanto se faz necessário uma revisão nos programas de formação



MACKENZIE

dos profissionais da área de saúde, que ainda se encontra calcado no modelo biologicista, centrado nas especializações. A mudança de tal paradigma pressupõe o olhar do técnico para aspectos mais amplos do contexto onde seu paciente está inserido. Hoje, contudo, pode-se perceber que alguns trabalhos já estão sendo realizados neste sentido, visando resgatar o respeito à vida humana em dimensões que atingem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano, evitando a fragmentação do homem.

Palavras-chave: Motivação. Humanização. Reabilitação.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo se propõe a discutir a importância da motivação e da humanização no processo de reabilitação. Serão evidenciados aspectos relevantes dos temas propostos, relacionados às diversas áreas que integram a equipe de reabilitação, a partir da leitura de alguns textos que enfocam a visão global do indivíduo, incluindo os conceitos, a formação do profissional em saúde e as novas propostas de atendimento terapêutico voltadas para a humanização.

1.1 MOTIVAÇÃO

Motivação, de acordo com Robbins (1999, p. 151), é o resultado da interação do indivíduo com a situação, podendo ser definida como “o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta”. A intensidade refere-se a quanto esforço a pessoa despender na realização de uma tarefa, sendo capaz de levar a resultados favoráveis quando conduzida em uma direção que beneficie a organização. A persistência é a medida de quanto tempo a pessoa consegue manter seu esforço.

Para Fiamenghi (2001) a maioria dos temas ligados à psicologia podem ser considerados sob o prisma da motivação, já que todo comportamento humano é motivado, na busca de atingir um objetivo. O fator interno que dá início, dirige e integra o comportamento é chamado de motivo. Este é sempre interno, “embora os estímulos possam vir do meio ambiente” (FIAMENGHI, 2001, p. 46).

Chiavenato (1989) faz a diferenciação entre motivo e motivação, ressaltando que o primeiro está relacionado com o que impulsiona o indivíduo a agir de determinada forma ou pelo menos gera uma propensão nesta direção. Isto pode ser provocado por um estímulo externo (ambiente) ou interno (processos de raciocínio). A motivação é o processo cognitivo gerado a partir de uma necessidade (desejo) a qual determina o comportamento de um indivíduo na busca de um objetivo. Este processo é ilustrado no Gráfico 1.



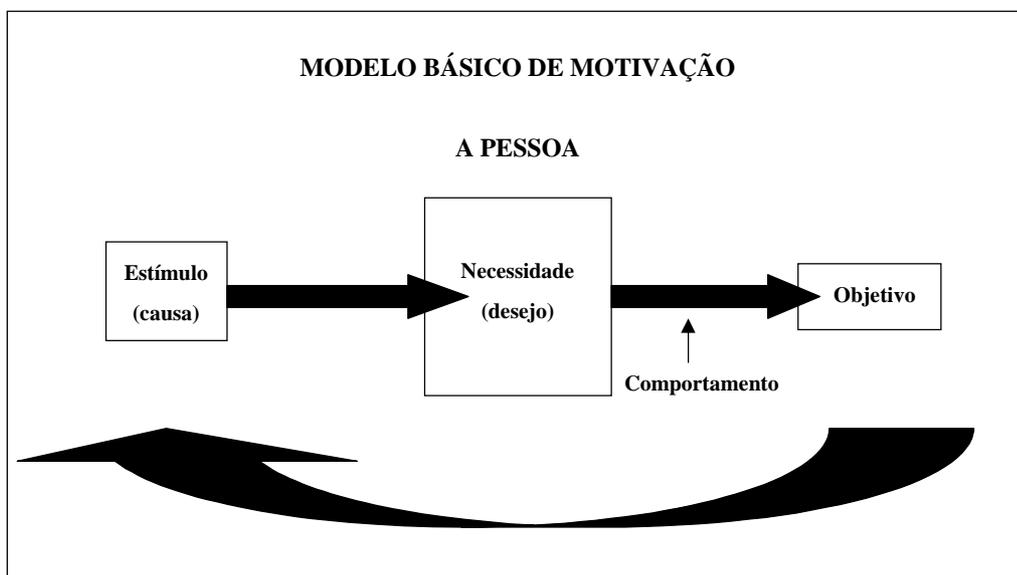


Gráfico 1: Modelo Básico de Motivação
Fonte: Harold, J. Leavitt (1964, p. 9 apud CHIAVENATO, 1989)

Pode-se definir também como ciclo motivacional (Gráfico 2) aquele que se inicia com o aparecimento de uma necessidade (força dinâmica e resistente que dá origem a um comportamento), que rompe o estado de equilíbrio do organismo, gerando uma tensão, uma insatisfação ou um desconforto. A partir deste estado, o indivíduo realiza uma ação que busca a descarga da tensão; caso esta ação tenha eficácia, o mesmo atinge a satisfação da necessidade, fazendo com que o organismo volte ao estado de equilíbrio (CHIAVENATO, 1989).

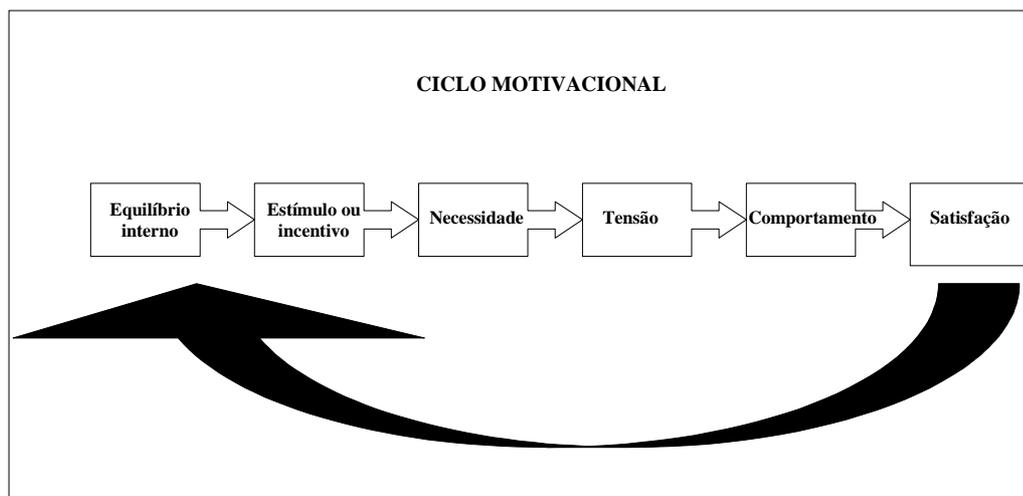


Gráfico 2: Ciclo Motivacional
Fonte: Chiavenato (1989, p. 46).



Quando a necessidade do indivíduo não é satisfeita, podendo ser frustrada ou compensada, isto é transferido para outra situação ou para outro objeto, conforme ilustrado no Gráfico 3. No caso da frustração, a tensão provocada depara-se com uma barreira para sua

liberação, procurando assim um meio indireto de saída através de vias psicológicas (agressividade, tensão emocional, apatia, descontentamento, entre outras) ou por vias fisiológicas (tensão nervosa, dor de estômago, insônia, entre outras). Por outro lado, pode haver compensação. Isto acontece quando a satisfação gerada por outra razão diminui a intensidade da necessidade que não pode ser satisfeita (CHIAVENATO, 1989).

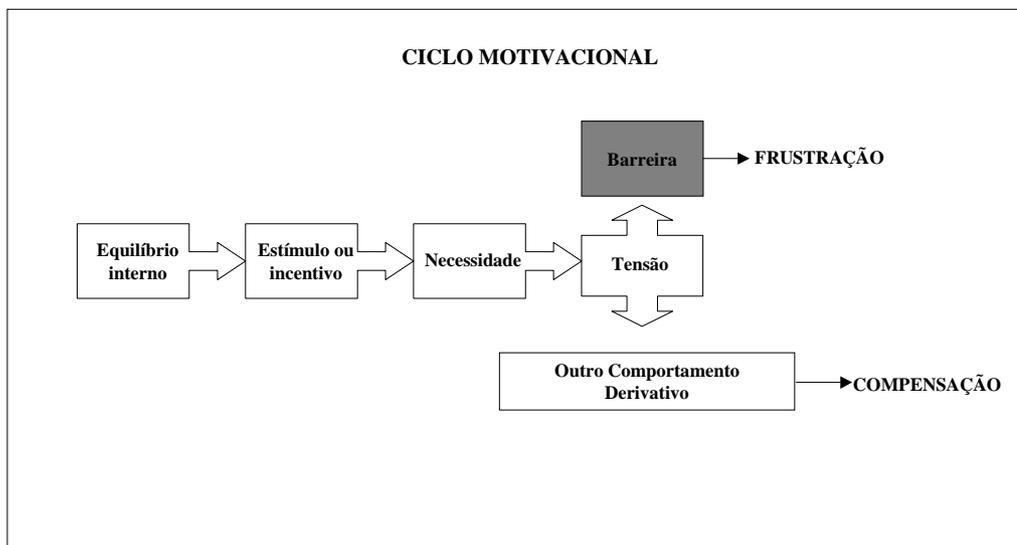


Gráfico 3: Ciclo Motivacional
Fonte: Chiavenato (1989).

De acordo com Robbins (1999), as diversas teorias de motivação são originárias da psicologia organizacional, tendo como foco principal a análise das relações de trabalho. As teorias mais conhecidas, classificadas em tradicionais e contemporâneas, propõem diferentes modelos para o processo motivacional.

A teoria de Maslow destaca-se entre as teorias clássicas, pois configura-se como a mais conhecida (ROBBINS, 1999). Ela pressupõe uma hierarquia de necessidades para todos os indivíduos, representada por níveis esquematizados em uma pirâmide. A base desta pirâmide é constituída pelas necessidades fisiológicas (fome, sede, abrigo, sexo, e outras necessidades corporais). Esta é seguida pela necessidade de segurança (proteção contra danos físicos e emocionais), pelas sociais (afeição, amizade, aceitação pelo grupo), pela estima (realização, autonomia, status e atenção), e no topo encontra-se a auto-realização (alcance do próprio potencial). Para que um indivíduo consiga atingir os níveis superiores da pirâmide, as necessidades dos níveis mais baixos devem ser satisfeitas seguindo uma progressão rígida em etapas consecutivas (CHIAVENATO, 1989; ROBBINS, 1999). Tal rigidez tem sido contestada em algumas teorias contemporâneas como, por exemplo, a teoria ERG, a qual pressupõe



que mais de um nível possa estar ativo ao mesmo tempo não assumindo a existência de uma hierarquia inflexível (ROBBINS, 1999).

Entre as teorias contemporâneas de maior aceitação está a teoria da expectativa, de Victor Vroom, que propõe que a motivação do indivíduo esteja relacionada ao que ele espera como resultado de suas ações e ao grau de atração que sente pelos mesmos. De acordo com Robbins (1999), a essência dessa teoria é a compreensão dos objetivos de cada indivíduo, e a ligação entre esforço e desempenho (percepção pelo indivíduo de que seu esforço leva ao desempenho), desempenho e recompensa (crença do indivíduo de que seu desempenho pode levar ao resultado desejado) e, finalmente, entre recompensa e alcance das metas pessoais (grau de satisfação do indivíduo pelo alcance de suas metas e a atração que as recompensas potenciais exercem sobre ele).

A preocupação com os processos motivacionais na reabilitação está relacionada ao crescente interesse pela humanização do tratamento terapêutico e pelas discussões que cercam a formação dos profissionais da área da saúde.

Na área da reabilitação, poucos estudos têm tratado este tema relacionando-o às estratégias utilizadas pelos profissionais ou à adesão dos pacientes aos programas de tratamento. Desse ponto de vista, os níveis básicos da pirâmide de Maslow (fisiológico e segurança) constituem-se em importantes condições a serem observadas pelos terapeutas antes de exigir o máximo desempenho em terapia. É possível pensar em máximo desempenho na terapia se o paciente não se encontra bem nutrido? Como potencializar sua atuação se o mesmo sentir-se inseguro na relação terapêutica?

A teoria da expectativa contempla alguns pontos que podem ser considerados relevantes, tais como: o terapeuta de uma maneira geral compreende quais são os objetivos de cada paciente e de seus familiares dentro do processo de reabilitação? Existe uma relação entre desempenho, recompensa e alcance das metas pessoais neste processo?

1.2 HUMANIZAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com Ferreira (1999) humanizar significa “tornar humano, civilizar, dar condição humana”. Para Japiassu e Marcondes (1991) a condição humana é a situação singular e única de cada homem no mundo e na história. O termo humanidade é definido como um conjunto de características específicas do ser humano, que o torna diferente dos outros animais.

Rizzotto (2002) ressalta que o termo Humanização entrou em discussão no “Movimento da Reforma Sanitária”, ocorrido nos anos 70 e 80 do século XX, quando se iniciaram os questionamentos acerca do modelo assistencial vigente na saúde, centrado no médico, no biologicismo e nas práticas curativas.

No Brasil, a discussão sobre a humanização avançou a partir da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, que garante o direito à saúde e ao atendimento hospitalar com acompanhamento (BRASIL, 1990).

A preocupação com a humanização não se restringiu ao atendimento à crian-



ça, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde buscou estender o conceito de humanização para toda a instituição hospitalar, visando implantar uma cultura organizacional diferenciada que vise o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes.

[...] humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano [...] é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (BRASIL, 2001 p.33).

O programa HumanizaSUS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 10) entende que o conceito de humanização envolve “mudança na cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho”. Este processo envolve ainda troca e construção de saberes, diálogo entre os profissionais, trabalho em equipe e atenção às necessidades e desejos presentes no campo da saúde.

Os trabalhos de humanização concentram-se na área hospitalar, especialmente nas UTIs, com o objetivo de “compreender o paciente como um ser bio-psico-sócio-espiritual” (SOUZA et al., 1985, p.77). O crescente interesse por essa área pode estar relacionado ao fato de que o doente, quando hospitalizado é afastado abruptamente de seu meio familiar e social, tendo seu estado emocional abalado (SOUZA et al., 1985). De acordo com Lex (1971), o doente precisa ser compreendido, esclarecido e encorajado, sendo esta uma responsabilidade de toda a equipe multiprofissional que o atende.

Amorim, Moreira e Carraro (2001) chamam a atenção para o paradigma predominante na formação dos profissionais de saúde voltado para o modelo biológico. Este modelo dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e interfere na compreensão do processo saúde e doença. Os autores sugerem revisão nos programas de formação dos profissionais de saúde, ressaltando que não se pode mais aceitar o bom desempenho técnico sem que o mesmo esteja vinculado à cidadania e à ampla visão da realidade no contexto em que vão atuar. Os estudantes participantes desta pesquisa referem se sentir despreparados para relacionar-se com seus pacientes, em virtude da formação altamente técnica que reforça o caráter de dicotomia tratando corpo e mente como entidades diferenciadas. Para Vilela e Mendes (2003) é fundamental que a universidade tenha responsabilidade social na formação dos seus alunos, assim como trabalhando os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade no atendimento.

Lex (1971), busca resgatar as causas da despersonalização do doente no atendimento público de saúde. Segundo o autor, os doentes não recebem tratamento adequado, sendo tratados como números, não como seres humanos integrais. A falta de médicos, de instalações e de verbas, a rápida consulta e a impossibilidade de realizar os exames complementares indicados são alguns dos fatores que contribuem para a assistência médica precária. O autor salienta ainda que os médicos freqüentemente possuem uma visão mecanicista, em que a personalidade global do doente e seus fenômenos emocionais são esquecidos, somente levadas em consideração as desor-



dens físicas de seus pacientes. Assim, o atendimento médico passa a ser técnico, desprovido de sentimentos e emoções.

1.3 MOTIVAÇÃO E HUMANIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO

Na área da reabilitação, trabalhos mais recentes têm mostrado preocupação com os aspectos motivacionais. Para Jungerman e Laranjeira (1999) motivação refere-se à probabilidade do envolvimento de uma pessoa com as estratégias que levam a uma determinada mudança, não devendo ser encarada como traço de personalidade, mas sim como estado de prontidão, que pode variar de uma situação para outra. Isto sugere que a motivação pode ser influenciada por fatores externos, devendo tornar-se importante objetivo para o terapeuta.

Alguns comportamentos observados em terapia podem ser indicadores do nível de motivação: “concordar com o terapeuta, expressar vontade de mudar ou ser ajudado, estar incomodado com sua situação pessoal e seguir os conselhos do terapeuta” (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999, p. 198).

Friedrich e outros (1998) ressaltam que a relação terapeuta-paciente influencia a motivação em vários níveis, incluindo o psicológico. Para o sucesso do tratamento, o terapeuta deve ser capaz de motivar e o paciente deve estar receptivo aos esforços do mesmo.

O programa terapêutico deve ser desenvolvido ao redor de atividades significativas para o paciente, direcionadas às suas necessidades, para que o indivíduo sintase motivado durante a terapia. Dessa forma, é essencial que o terapeuta compreenda as metas específicas do seu paciente, mantendo sua individualidade (ÜMPHRED, 1994).

Trabalhos nas áreas da fisioterapia, enfermagem, psicologia e medicina, entre outras, demonstram que a motivação interfere positivamente no resultado final de um programa terapêutico. Friedrich e outros (1998), apontam como fator motivacional os tratamentos simples e de curta duração. Entretanto, quando se trata de quadros crônicos observa-se que nem sempre isto é possível, o que pode desmotivar o paciente e sua família. Cabe ao profissional, nestes casos, estabelecer metas adequadas ao indivíduo, que possam ser atingidas gradativamente e que valorizem o seu desempenho, evidenciando suas potencialidades.

A busca da motivação e da humanização nos atendimentos terapêuticos pode ser constatada em alguns trabalhos desenvolvidos por grupos que elaboram estratégias específicas de atuação, resgatando a visão integral do homem com recursos lúdicos.

O trabalho dos Doutores da Alegria foi retratado por Masetti (1999) em estudo descritivo sobre os efeitos da atuação *clown* no meio hospitalar. De acordo com Nogueira e Masetti (2000) o trabalho deste grupo se fundamenta na metodologia de Michael Christensen, criada em 1986, pioneira na tarefa de levar *clowns* profissionais para os hospitais. A atuação do grupo é baseada na crença de que a experiência da alegria permite o contato com o lado mais saudável do indivíduo. A relação da criança



com o *clown* é baseada na interação: a criança cria e fantasia e o artista entra com a técnica e estrutura cênica. Os Doutores da Alegria não têm pretensão terapêutica, pelo contrário, eles cuidam do que está saudável, estimulando o paciente. Porém, os efeitos podem trazer benefícios terapêuticos. Esta proposta, em conjunto com os profissionais da saúde atuantes no hospital, permite que a criança seja vista como um todo, não havendo fragmentação entre corpo e mente. Os resultados demonstram aumento da movimentação da criança, melhora na alimentação e na comunicação com os pais e profissionais e maior aceitação da medicação.

Trabalhos semelhantes, com finalidade terapêutica, têm sido criados por alguns grupos de forma ainda isolada, mas poucas publicações podem ser observadas na área. As propostas destes grupos são baseadas, na maioria das vezes, em atividades lúdicas que buscam trazer bem estar aos indivíduos e desenvolver capacidades específicas de maneira descontraída e alegre. O Fisioalegreterapia, formado por professores e alunos do curso de fisioterapia, na região de Sorocaba-SP, desenvolve projetos com esta finalidade em asilos, orfanatos e hospitais (BLASCOVI-ASSIS et al., 2001). Wu (2000) descreve um trabalho realizado com crianças com câncer em um hospital na região de Campinas, ressaltando que as interações da criança com o meio hospitalar podem ser facilitadas pela atuação dos *clowns doutores*, que fazem paródia de situações da rotina médica.

A humanização também pode ser representada pela inclusão de brinquedotecas em clínicas e hospitais. O ato de brincar, devido às internações ou aos tratamentos de reabilitação, muitas vezes é interrompido. Segundo Battistel, Miranda e Teles (2001), o desejo da criança pela brincadeira pode desempenhar papel importante na sua recuperação. O atendimento prestado pelas brinquedotecas fixas ou itinerantes, permite que a criança através dos brinquedos, expresse suas vontades, estabeleça vínculos afetivos, explore o ambiente e liberte o lado mágico de ser criança, facilitando os procedimentos terapêuticos.

2 DISCUSSÃO

As teorias da motivação conquistaram espaço para a discussão junto à psicologia organizacional, no entanto, de acordo com Fiamenghi (2001) esta preocupação deveria estar presente em todas as discussões que envolvem aspectos psicológicos. Pode-se sugerir, a partir das reflexões feitas neste estudo, que a busca da motivação deva permear todas as esferas da vida humana, desde as relações familiares, escolares ou de trabalho até as situações que envolvem cuidados específicos à saúde ou educação dos indivíduos que necessitam passar por processos de reabilitação.

Considerando a teoria de Maslow e mais recentemente a teoria ERG, não é possível potencializar o desempenho de uma pessoa quando esta não apresenta suas necessidades básicas supridas, como fome, sede, abrigo e proteção contra danos físicos e emocionais. Na prática, isto representa que o profissional deve estar atento às condições em que o cliente se apresenta no momento do atendimento terapêutico. As



manifestações de comportamento sugeridas por Jungerman e Laranjeira (1999) podem servir de referencial ao profissional para avaliar o nível de motivação: concordar e seguir as orientações propostas pelo terapeuta e manifestar desejo de participação ativa no tratamento são algumas formas do paciente demonstrar seu interesse e engajamento no processo terapêutico.

A formação do profissional envolvido com a reabilitação vem sendo questionada, uma vez que grande parte destes foram formados pelo modelo cartesiano (AMORIM; MOREIRA; CARRARO, 2001). A fragmentação do conhecimento proposta por este modelo conduziu ao exagero das especializações. Atualmente, a interdisciplinaridade busca resgatar a concepção global do ser humano a partir da troca de conhecimento entre especialistas. “Interdisciplinaridade é também uma questão de atitude [...] é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano” (VILELA; MENDES, 2003, p. 527). A capacidade de atuar de forma interdisciplinar está relacionada a alguns traços de personalidade, tais como: flexibilidade, capacidade de adaptação, confiança, sensibilidade em relação às demais pessoas, entre outros.

A motivação pode ser considerada um fator de extrema importância para a reabilitação, pois pode aumentar a adesão e comprometimento do paciente com o tratamento. Observa-se que têm sido constantes as reflexões de profissionais da área de reabilitação sobre temas ligados às relações humanas que envolvem terapeutas, pacientes e famílias. A busca de informações provenientes de áreas afins mostra um esforço em tornar-se interdisciplinar, caracterizando um perfil profissional condizente com as mudanças de atitude necessárias para a efetivação desse tipo de trabalho (VILELA; MENDES, 2003). O modelo básico biologicista, que leva à despersonalização do atendimento (LEX, 1971) vem fazendo com que os profissionais que exercem a prática da reflexão sobre suas ações busquem formação complementar, que agregue valores humanos a esse modelo, conduzindo a uma mudança paradigmática na própria concepção de áreas de atuação. Será um médico, um fisioterapeuta ou um enfermeiro um profissional apenas da área da saúde ou eles também pertencem à área de ciências humanas? Todos eles não se caracterizam como educadores em suas funções? Porque restringir sua formação apenas ao conhecimento biológico?

A busca da humanização em saúde, que surgiu em decorrência dos questionamentos sobre os modelos de atendimento vigentes (RIZOTTO, 2002) pode ser fruto de um processo de desumanização surgido paralela e concomitantemente às especializações. No entanto, pode parecer redundante falar em humanização para pessoas que tratam de seres humanos. Mas as evidências indicam que não o é.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, questiona-se o tipo de formação dos profissionais da área da saúde, centrado no modelo biológico e muito especializado, pois o bom desempenho técnico deve estar vinculado à cidadania e à ampla visão da realidade. As mudanças



neste cenário implicam na revisão dos programas de formação. Entende-se que a humanização resgata o respeito à vida humana, em dimensões que atingem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, presentes em todo relacionamento humano, evitando a fragmentação do homem. O cuidado técnico-científico articulado ao acolhimento e o respeito ao indivíduo é o principal aspecto que envolve e fundamenta a humanização.

A relação terapeuta-paciente influencia a motivação em vários níveis. Para o sucesso do tratamento, o terapeuta deve ser capaz de motivá-lo e este deve estar receptivo aos esforços do mesmo. O programa terapêutico deve ser desenvolvido ao redor de atividades significativas para que o indivíduo sinta-se motivado durante a terapia. É essencial que o terapeuta considere as metas do paciente na elaboração do planejamento terapêutico. Faz-se importante também a abordagem dos aspectos motivacionais na formação dos profissionais da área.

Motivation and Humanization: Relevant Factors in therapeutic treatment and in the education of a rehab professional

ABSTRACT

This article's aim is to discuss motivation and humanization importance in the rehabilitation process. The method applied in this article was the bibliography review method, taken from books and scientific articles, trying to relate to the many areas which a rehab team integrates, highlighting the importance of a global view towards the patient, well as including its traditional and contemporaneous concepts on motivation. It also highlights the health professional education relevance as well as the new proposals for therapeutic treatment focusing humanization. Humanization refers to the importance of favoring the patient in its biological, psychological and social aspects, considering its peculiarities and needs. Brazil's concern can be seen with the creation of a Child and Teenager Statute in the early 90's (Estatuto da Criança e Adolescente-1990) and National Humanization Program in Hospital Assistance by the Health Department, also called HumanizaSUS-2003 (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde). Both programs support the need to change the ways patients are treated. To make it possible, it is necessary a complete review on the health professional education program, since it is still based on biologics model focusing specialty programs. Changing such paradigm imply a technician's view on wider aspects in which its patient is inserted. Nowadays, however, it is noticed that some projects are in fact being carried through in such way, bringing back



respect to human life in such dimensions that reach over the social, ethic, educational and psychological circumstances present in every human relationship, avoiding human fragmentation.

Keywords: Motivation. Humanization. Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. T. S. P.; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. *Revista de Nutrição*, Campinas, SP, v. 14, n. 2, p. 111-118, 2001.

BATTISTEL, A. L. H. T.; MIRANDA, T. S.; TELES, R. M. Laboratório da alegria: brinquedoteca hospitalar. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *A ludicidade como ciência*. Petrópolis: Vozes, 2001.

BLASCOVI-ASSIS, S. M.; PEIXOTO, B. O.; REIS, C. A. S. O grupo Fisioalegoterapia e a preocupação com a motivação nos atendimentos terapêuticos. *Revista Licere*, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 127-134, 2001.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS Política Nacional de Humanização*: documento para discussão. Versão preliminar. Série B: textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria nº 184*: Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990.

_____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília, DF, 2001.

CHIAVENATO, I. *Recursos humanos na empresa*. São Paulo: Atlas, 1989.

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

_____. *Novo Aurélio Século XXI*: o Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIAMENGHI, G.A. *Motivos & emoções*. São Paulo: Ed. Mackenzie, 2001.

FRIEDRICH, M. et al. Combined exercise and motivation program: effect on the compliance and level of disability of patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, Chicago, no. 79, p. 475-485, 1998.

HAROLD, J. L. *Managerial Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press, 1964.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. *Dicionário Básico de Filosofia*. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991.

JUNGERMAN, F. S., LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 197-207, 1999.



LEX, A. Humanização dos hospitais: respeito à personalidade humana. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, São Paulo, n. 26, p. 83-86, 1971.

MASETTI, M. *Soluções de palhaço: transformações na realidade hospitalar*. 2. ed. São Paulo: Palas Athena, 1999

NOGUEIRA, W.; MASETTI, M. Os “doutores da alegria”: um relato de experiência. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 264-267, 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.

ROBBINS, S. P. *Comportamento organizacional*. 8. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999.

SOUZA, M.; POSSARI, J. F.; MUGAIAR, K. H. B. Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77-79, 1985.

ÛMPHRED, D. A. *Fisioterapia neurológica*. São Paulo: Manole, 1994.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

WUO, A. E. O clown visitador de crianças hospitalizadas: medicamento lúdico. *Licere*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 35-45, 2000.

