View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Cadernos Espinosanos (E-Journal)

Rev. Latino-Am. Enfermagem
set.-out. 2015;23(5):936-44
DOI: 10.1590/0104-1169.0505.2634
www.eerp.usp.br/rlae

Artigo Original

A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética[1]

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva[2]
Denize Cristina de Oliveira[3]
Eliane Ramos Pereira[4]

Objetivo: descrever a produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde. Método: estudo qualitativo, de caráter descritivo, inspirado na Teoria das Representações Sociais, com 24 profissionais do campo da saúde, em atuação em hospital universitário com a política de humanização implantada. A seleção dos participantes foi feita seguindo-se os critérios de adequação e diversidade de uma amostragem intencional. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Resultados: através da análise do conteúdo, foram obtidas três categorias, em torno das quais foram desenvolvidas as análises: "humanização em saúde como ato de acolher o outro como único", "humanização em saúde como questão de direito" e "humanização em saúde como uma questão ética". Depreendeu-se que a produção discursiva dos profissionais baseia-se numa perspectiva que tem como solo a perspectiva humanista com viés sócio-histórico. Conclusão: considera-se indispensável que os profissionais do campo da saúde conheçam a Política Nacional de Humanização, a fim de que proporcionem assistência de qualidade, promovendo, assim, o encontro, acolhimento e reconhecimento de si mesmo, do outro e de sua profissão no cenário político e sócio-histórico de seu país, enquanto cidadão não só de direitos, mas também de deveres.

Descritores: Enfermagem; Ética; Saúde; Pesquisa Qualitativa.

[1] Artigo extraído da tese de doutorado "A Construção Simbólica dos Profissionais da Saúde sobre Humanização: Um Estudo no Campo das Representações Sociais", apresentada ao Instituto de Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

[2] Doutoranda, Instituto de Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professor Associado, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
[3] PhD, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[4] PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Correspondência:
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Rua Dr. Celestino, 74
Centro
CEP: 24020-091, Niterói, RJ, Brasil
E-mail: roserosauff@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).
Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Diante dos avanços que hoje se vive na sociedade altamente tecnológica, globalizada, informatizada e marcada por avanços científicos sem precedentes, parece uma verdadeira anomalia tratar do tema humanização na saúde. Entretanto, a questão toma assento nas diversas discussões que envolvem a problemática da saúde e, sobretudo, das diretrizes governamentais que a envolvem, enquanto aposta ético-política de Estado[1]. Além disso, a nanotecnologia se faz presente mais e mais em diversas frentes de atuação na saúde, sem contar com os avanços no campo da neurociência que se vale de um processo lógico-dedutivo, sobretudo na sua matematização, que atende perfeitamente os três grandes pressupostos do conhecimento científico, isto é, o determinismo universal, o naturalismo e o racionalismo[2]. A despeito de toda essa tecnologia vigente, dos avanços que a ciência a cada dia é capaz de chegar, depara-se com a necessidade de uma política governamental que incite à humanização, ao cuidado humanizado realizado pelo homem para o homem.

Com efeito, o corolário da relação com esse tipo de conhecimento, altamente tecnicista, ainda é a questão da própria desumanização, mesmo com as transformações que a cada dia ocorrem nos diversos campos do conhecimento. Assim, as transformações biopsicossociais e econômico-culturais desafiam as pessoas a adotarem uma visão sistêmica e os profissionais da "alma humana" uma abertura ao aprendizado uns em prol dos outros[3]. Em nossa sociedade tem-se alavancado o fenômeno psicossocial da globalização e, com ele, advêm também as práticas globalizadas. Nesse sentido, a proliferação dos meios de comunicação de massa e o impacto de práticas globalizadas em arenas locais intensificam os embates entre formas diferentes de saber e levantam questões sobre como comunidades locais se apropriam e dão sentido aos saberes que chegam de lugares dominantes e que formam inter-relações sujeito-outro-mundo[4]. A questão da humanização e da qualidade dos serviços começou a aparecer a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social, realizada no ano 2000[5]. A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, sem dúvida, uma vez que, na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho[6].

Com efeito, a humanização na saúde diz respeito ao acolhimento, progressão da compreensão do acolhimento e do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários[7], à necessidade de participação da população no desenvolvimento, realização e avaliação dos programas de saúde, de forma a alcançar coerência entre as expectativas do usuário e os propósitos do programa[8].

Assim, a atualidade apresenta desafios tecnológicos e mercadológicos que passam pela questão da cotidianidade da profissão. Nessa perspectiva, essas ferramentas atuais se alimentam da renovação cada vez mais rápida de conhecimentos produzidos e das inovações tecnológicas e isso demanda conhecimentos aprofundados e o fator conhecimento científico pode interferir nas relações interpessoais[9], justificando-se, assim, a necessidade de se investigar a produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde para se pensar em que medida a política configura-se efetivamente na prática dos trabalhadores do campo, como aposta radical em sua implementação e qualificação. Os desafios atuais da PNH hoje ainda giram em torno do tema da transversalidade e, sobretudo, a defesa do SUS como política, garantindo a saúde como direito social. Para tanto, o objetivo deste estudo foi descrever a produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde. Acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o redirecionamento das ações de políticas governamentais, em especial no campo da saúde e, sobretudo, na humanização, sensibilizando os gestores dessas ações governamentais no sentido de ocorrer maior investimento por parte dos gestores do campo, dos profissionais e usuários, na medida em que há recíproca responsabilização nos processos de saúde e exercício de cidadania que vise o cidadão como coautor no processo de formação do cuidado à saúde[10]. A partir disso, crê-se poder dizer que a humanização dos cuidados em saúde poderá se estabelecer como política estruturante de todas as outras no campo da saúde e que passa pela questão do exercício da cidadania[5]. Nessa perspectiva, a humanização é balizadora das outras políticas, pois não adianta existirem "políticas" sem que não sejam essencialmente humanizadas. Ser cidadão é ter deveres e também direitos: saúde

é um direito e direito sem ser humanizado torna-se esvaziado de sentido.

Método

Trata-se de estudo qualitativo, de caráter descritivo, inspirado na Teoria das Representações Sociais, que é um domínio de pesquisa que se configura como campo gerador de debates, intercâmbios, consensos e dissensos, que busca compreender como o significado é atribuído ao objeto, de que forma os atores sociais interpretam o universo social e as relações sociais[11].

O estudo foi realizado em um hospital universitário federal, situado na cidade de Niterói, no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH foi implementada no hospital, buscando-se aprimorar as relações e fortalecer os valores humanitários em benefício dos usuários e profissionais de saúde, mediante ações variadas como a criação de grupos e projetos institucionais, objetivando acolhimento e escuta, visita aberta, desenvolvimento de trabalhos artesanais, Capelania Evangélica, Pastoral da Saúde, atividades lúdicas para as crianças internadas, dentre outras ações.

A seleção dos participantes foi feita seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos os profissionais de nível superior que trabalhavam no hospital, com tempo de atuação acima de um ano, por constituir um período mínimo para adaptação e engajamento, inclusive nas propostas de humanização da instituição, e, como critério de exclusão, não constaram os profissionais advindos de outros setores como substitutos de eventuais faltas.

Os contatos iniciais foram feitos por meio de visitas ao campo para ambiência e aproximação com os participantes da pesquisa, explicando-se os objetivos do estudo, a importância de sua participação e avaliou-se sua adequação aos critérios de inclusão. Dos quarenta profissionais abordados, 24 participaram da pesquisa. Foi encerrada a coleta ao atingir saturação das informações obtidas nos discursos.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista aberta, mediante a seguinte questão que possibilitou abertura de diálogo para o aprofundamento acerca da humanização: "O que é para você humanização em saúde?". As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, ocorreram em dia, horário e local de preferência dos profissionais, por meio de gravação de suas falas, com o auxílio de gravador digital. As entrevistas foram realizadas no período de abril a julho de 2013.

A análise de dados implicou em captar as unidades de significado expressas pelos sujeitos, inicialmente, realizando-se leituras atentas de cada depoimento, separando os trechos ou unidades de sentidos que, para os pesquisadores, se mostraram como estruturas fundamentais da experiência. Posteriormente, realizou-se seleção da linguagem de cada sujeito, captando-se a unidade de sentido, da qual emergiram as temáticas hermenêuticas que foram alicerçadas pelas Representações Sociais e interpretadas à luz das proposições de autores que dão consistência a uma problematização crítico-reflexiva, de acordo com as questões suscitadas. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, esses receberam a letra E de "entrevistado", numa sequência de 1, 2, 3..., sucessivamente.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, obedeceu-se a todos os preceitos éticos e legais regulamentados pela Resolução nº466/12, do CNS-MS. A solicitação de participação no estudo se fez mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense, sob Parecer nº208.069.

Resultados

Dos 24 participantes da pesquisa, 17 eram enfermeiros, três médicos, três assistentes sociais e um fisioterapeuta, com idade de 25 a 55 anos, sendo 14 casados, vivendo com companheiro(a)/em união estável, 18 de religião católica. Como formação profissional de maior titulação, 14 possuíam especialização, mestrado cinco, doutorado um e o restante apenas graduação. Quanto ao tempo de formação, pode-se destacar que 12 tinham de um a cinco anos, quatro entre seis e dez anos de graduação. A renda salarial foi numa faixa de R$4.501,00 a R$5.500,00. Treze profissionais declararam não ter orientação política definida. Quanto à distribuição dos sujeitos por número de pessoas que moram juntas, dezessete residiam com mais três pessoas. Em relação às principais fontes de acesso à informação sobre humanização, dez pessoas obtiveram por meio de artigos científicos seguido de manuais.

A partir da análise das falas expressas pelos participantes, emergiram três temáticas em torno das quais foram desenvolvidas as análises: "humanização em saúde como ato de acolher o outro como único", "humanização em saúde como questão de direito" e "humanização em saúde como uma questão ética". Depreende-se que a produção discursiva dos

profissionais baseia-se numa perspectiva que tem como solo a perspectiva humanista com viés sócio-histórico.

Discussão

Humanização em saúde como ato de acolher o outro como único

Em *humanização em saúde como ato de acolher o outro como único*, reporta-se, aqui, à perspectiva humanista no que tange à questão acerca da humanização. Cabe ressaltar que, na perspectiva do humanismo, todo comportamento humano existe num contexto que deve ser interpretado não necessariamente por leis e números, mas por uma compreensão de tipo qualitativo. Além disso, aceitam-se pressupostos não verificáveis experimentalmente o que se depreende é a compreensão do homem enquanto ser-no-mundo[12]. A visão de homem que sustenta a noção dos entrevistados acerca de humanização possui um solo epistemológico calcado numa perspectiva humanista e, ao mesmo tempo, é alicerçada no seu vivido, na experiência que eles adquiriram e construíram pelos anos de práxis na atuação no campo da saúde. Nesse sentido, a responsabilidade do profissional é alavancada, na medida em que a participação da sociedade é uma diretriz constitucional no campo da saúde[13]. Essa atuação faz com que os profissionais signifiquem a humanização em saúde como ato de acolher o outro como único e isso é, fundamentalmente, encontrar outra forma de lidar com o singular[14]. Com efeito, um sistema de atendimento humanizado enfatiza a melhoria na comunicação entre as pessoas envolvidas nesse processo, tomando como base o respeito pela dignidade e liberdade, facilitando um suporte gerencial adequado. Esse sistema pode promover mudanças favoráveis na prática hospitalar, que são úteis para os profissionais e usuários dos serviços de saúde[15]. Esse foi, por exemplo, o resultado de uma experiência positiva vivenciada por enfermeiros que atuaram em Benin, país localizado na porção ocidental da África, às margens do Golfo da Guiné[15].

Pode-se destacar a questão do paciente no que tange à humanização, situando-a sob o ponto de vista do sujeito, enfocando para tal ajuizamento o lugar da experiência e essa possui uma instância amalgamada com a ordem do intersubjetivo. Traz-se, a seguir, uma fala típica dessa afirmação.

Ver o paciente como único, indivíduo, dar conforto, carinho, compreender e atender necessidades, dar atenção coopera para a recuperação mais rápida (E11).

A despeito de toda a barbárie vivida por esses profissionais- falta de profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos- também está-se na dimensão da transcendência e, portanto, é um plano transcendental desde o qual o humano constrói, destrói e desconstrói relações com os outros seres como ele.

Compreender o ser humano como um ser único com suas necessidades e individualidades próprias (E19).

Nessa coexistência, há as rupturas e encontros que são os desafios da existência onde cada parte só ganha sentido numa totalidade que é interdependente de todas as partes. O homem é um verdadeiro círculo hermenêutico de si mesmo. Faz e desfaz teias do existir e do coexistir.

Pensar na individualidade do paciente ter mais participação nas escolhas terapêuticas (E23).

A relação Eu-Tu está prenhe de intencionalidade na medida em que somos seres intencionais, atravessados pela intencionalidade que se vela e se desvela à medida que se entra em relação com o outro. Nesse sentido, a intencionalidade é um elemento essencial da existência do homem e ela move o ser humano, também, a perguntar sobre o sentido do ser a cada experiência ainda da qual o indivíduo não se deu conta.

Mediante essa perspectiva, é possível pensar, de forma reflexiva, a noção de encontro intersubjetivo, pois esse tipo de encontro enuncia e anuncia que as experiências dizem respeito à história de cada um. Só é possível ocorrer a experiência do encontro que promove uma abertura à escuta[16], em certa medida, a partir de um horizonte de história e a partir de um horizonte histórico.

Esse horizonte, o profissional o tem, pois lhe é proporcionado, sobretudo pela sua prática cotidiana nos serviços de saúde na vivência com o outro, numa coexistência afetiva no campo da saúde[17]. A experiência do sujeito é a sua sequência, é a sua história. Assim, o lugar do encontro intersubjetivo está no campo da instituição que significa estabelecimento em uma experiência de dimensões em relação às quais toda uma série de outras experiências terão sentido e constituirão uma sequência, uma história, permitindo compreender a natureza das relações e interações sociais[18].

Trata-se, pois, agora, de considerar que a experiência é esse lugar que fala do horizonte existencial do sujeito e que o põe em contato com a sua própria vocação de ser, instalando-o na dimensão do seu vivido e o faz reapoderar-se do sentido encarnado. Essa experiência que é, em certa medida, pactuação com a dor do outro, com a ferida metafísica do cliente e não só

com a física e, portanto, visível, faz com que o depoente diga que humanização é *Ver o paciente como único.*

Essa singularidade, esse apelo para a ruptura com o modelo tradicional de uniformização é também apelo para captura de uma insurgência que a Política de Humanização pode ter, pois rupturas são possibilidades de cura do instituído para a instauração do instituinte. Trata-se de compreender que, no cotidiano, as representações desempenham o papel de alavancas metodológicas que permitem interessar-se antes pelo instituinte do que pelo instituído[19].

O único remete à singularidade que é tão cara numa sociedade que tende à massificação e à exaltação do fugaz, da liquidez e à objetivação do sujeito. A singularidade pensa a alteridade sem impor um modo de ser que não leve em conta características próprias. Isso requer um olhar amalgamado e atento com a experiência de compreensão de outrem, capaz de perceber consensos e dissensos.

Humanização em saúde como questão de direito

Em *humanização em saúde como questão de direito*, há aqui uma tendência à própria judicialização dos processos relacionados à questão da saúde. Essa tendência vai se fortalecendo a cada dia no campo da saúde. A nova demanda social hoje é aquela "do direito a ter direitos"; a ideia de sujeito é convocada pela transformação de uma consciência de si na medida em que o sujeito se torna mais forte do que a consciência das regras, e assim postula-se que ele também, o sujeito, se fortaleça mais que as normas e que as exigências dos sistemas em que vive e age[18].

Com efeito, trata-se do âmbito da vida da prática, das relações que não se cansam de se inscrever no mundo subjetivo, intersubjetivo e transubjetivo e, assim, está-se no âmbito das representações sociais na medida em que se configuram como um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais[11]. O mundo moral corta e atravessa esses mundos que é o mundo do sujeito, o mundo das relações Eu-Tu e das relações eu-outro-mundo. O mundo ético corta e recorta todos esses pequenos grandes mundos. Em termos norte-americanos, a humanização está relacionada nesse sentido à qualidade de vida, cuidado, consciência, transcendência e presença na medida em que relaciona a abordagem teórica e prática na perspectiva assistencial, contribuindo para o cumprimento do bem-estar da sociedade[20].

A questão dos direitos, ou melhor, do direito, é destacada por uma fala que traz a concepção de que a humanização na saúde constitui-se como: *Proposta do SUS articulada com princípios, fundamentos e diretrizes do SUS. Parte da materialização de direitos existentes* (E5).

A questão da qualidade está sendo pensada sob o ponto de vista jurídico, da lei, da letra, a questão é uma questão de direitos humanos e isso é apontado na fala do depoente. É uma reivindicação política, pois a história dos direitos humanos é uma história em desenvolvimento[21] e que ilustra a problemática sincrônica e diacrônica que se espraia em torno dessa proposição. Observa-se que a liberdade nos leva à reivindicação de direitos na medida em que o sujeito aparece sob diferentes perspectivas: a de uma ilusão ou de uma enganadora transparência; a de uma objetivação em subjetividades historicamente constituídas; a de um poder reflexivo de resistência ou de vigilância; a de uma liberdade que reivindica seus direitos, e isso foi visto acima na fala dos profissionais do campo da saúde, suas referências identitárias, sua responsabilidade, tudo isso diz respeito ao modo judicializado de hoje se ver a saúde e a humanização; além disso, também indica um desafio nos combates simbólicos e políticos[16]. Assim, há um crescimento permanente da judicialização nos últimos cinco anos, verificando-se o aumento do número de processos impetrados nos últimos anos[20]. O profissional acerca da proposição sobre o que é humanização na saúde afirma ser: *Cumprir um direito constitucional de cuidar e prevenir, proteger e produzir saúde de qualidade* (E18).

Trata-se, pois, de pensar em que medida a qualidade, desatrelada de outras dimensões como a questão das condições do trabalhador, o protagonismo do sujeito, que os torna corresponsáveis pelo processo[22] na humanização e a gestão participativa também são expressões de qualidade e humanização e, por isso, precisam ser vistas numa perspectiva de contexto.

É mister ressaltar, ainda, que o plano ético-moral traz em seu bojo uma ética que pressupõe o diálogo, a interação entre os sujeitos, profissionais, gestores, cuidadores, pois só assim, haverá uma ética construída a partir da relação entre os sujeitos que serão capazes de se posicionarem criticamente diante das políticas, das leis e do próprio fazer.

Trata-se, pois, de considerar que a questão do direito passa pela forma como vejo esse homem que está diante de mim, é questão, em certa medida, de visão de mundo, de existência. É preciso que se diga que a questão pela luta dos direitos parece ser uma luta interminável. O profissional em alguns casos se

sente desprovido dele e não apenas aquele que ele está cuidando. O problema pela luta do direito é uma luta pelo próprio direito e pelo direito do paciente que o profissional parece ter que enfrentar.

Diante do exposto, crê-se poder dizer que a questão do direito coloca o profissional em face de questões cruciais da vida que colocam em xeque projetos terapêuticos, estratégias de cuidado e até mesmo projetos de vida que fazem o profissional pensar no objeto complexo que é o cuidar humano e na dimensão do existir.

Diante dessas questões, cumpre dizer que essa proteção dos direitos torna-se algo relevante diante dos problemas de reconhecimento que ainda persistem nesse quesito, pois essa questão diz respeito também à vivência de uma sensação de empoderamento (*empowerment*) do próprio sujeito.

Mister se faz dizer que pensar a interface humanização e direitos dos sujeitos em saúde é também refletir sobre o *ethos* que perpassa a dimensão da assistência. É necessário ainda esclarecer que essa temática se soma ao fato de se pensar nos canais de negociação, participação nas decisões, processos de trabalho em saúde e o fato de terem suas vozes ouvidas dentro de uma concepção de relação dialógica e de respeito.

Humanização em saúde como uma questão ética

Em *humanização em saúde como uma questão ética*, a problemática da ética também é levantada e relacionada à questão da humanização na medida em que os sujeitos do estudo pensam-na articulada à garantia da dignidade, pois se pode pensar a dimensão ética, por meio da dignidade[23]. O digno é ético, o ético é digno, essa dignidade também é pensada do lugar das condições de oferecimento do cuidado, da qualidade e dos direitos à saúde.

Diante disso, a relação interpessoal é, em certa medida, o lócus privilegiado dessa produção de vivas unidades de relação. Essa unidade viva não está pautada apenas na experiência científica ou na experiência anátomo-clínica, mas, também, na experiência que perpassa a fluidez da vida, a inexatidão dos fatos, a imprecisão dos conceitos com suas antinomias e elementos dialéticos que fazem parte do existir, mas também do coexistir. Trata-se, pois, de averiguar em que medida a relação é uma resposta para o outro. Nesse sentido, pesquisas internacionais assinalam que, com o foco na humanização, se acredita que o conhecimento nesse campo redundará em benefício para o bem social, propiciando uma compreensão acerca da pessoa e do bem comum[24].

A questão da liberdade é uma questão ética no seio do processo de trabalho. Trata-se de compreender que é preciso pensar que, para se fazer humanização, há de se operar a escuta ética desses sujeitos e assim perceber que esse está lidando com um ente social.

O profissional acerca da pergunta sobre o que é humanização na saúde afirma ser a: *Garantia da dignidade ética* (E12).

Há no discurso desses profissionais uma preocupação pela garantia da instância ética, como que se, em suas experiências, pudessem observar que ela *falta em muitos profissionais*. A falta da ética é uma forma de exclusão, configurando-se como um tipo de injustiça e isso é um tipo de denúncia que aparece no discurso que brota do seio da experiência desses profissionais.

Mediante essas colocações, cumpre dizer que, efetivamente, esse encontro interpessoal vai além da abordagem anátomo-clínica, mas habita um lócus que fala da afirmação da vida ainda que na morte. Essa é a dimensão da subjetividade humana que não pode reduzir o homem a uma coleção de sintomas e sinais, a uma espécie catalogável.

É preciso sublinhar que aquilo que o profissional gostaria que fosse diferente no sentido da humanização da assistência é oriundo de sua prática, experiência, historicidade, temporalidade e que vige não necessariamente a partir dos pressupostos classificatórios de uma ciência natural, mas, sim, tendo como fundamento uma ciência que quer conhecer o sujeito a partir daquilo que ele se mostra ser na experiência que se presentifica, por meio da relação Eu-Tu. O profissional compreende que é preciso reconfigurar o espaço do encontro com o outro.

Somando-se a isso, cabe ressaltar que se coloca em cena, a despeito do mito da neutralidade da ciência, da objetividade, da imposição do cálculo e das experimentações, a questão da relevância da relação do profissional com o usuário do sistema de saúde para a humanização. É preciso, portanto, compreender as perspectivas das configurações das diferentes qualidades e dimensões da exclusão, percebendo a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento ético-político que atravessa as relações inter e transubjetivas[25]. Com efeito, oportunizar que o outro se coloque é dar-lhe *status* de cidadão e, mais que isso,

é vê-lo como meu igual, semelhante, é possibilidade também de ruptura do modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, no qual não há espaço para a história-poemática e só para a história instituída; muito longe da instituinte. Nesse sentido, o sujeito sofre politicamente também quando vive a eliminação da participação popular nas decisões políticas; quando assiste a concentração do poder público na medida em que percebe o enfraquecimento e fragilidade do Estado de direito e quando observa o controle dos meios de comunicação de massa, ainda que de forma indireta e discreta. Esse sofrimento transparece nas representações sociais dos sujeitos e também ao se tematizar a questão da ética.

O profissional acerca da indagação sobre o que é humanização na saúde afirma ser a: *Garantia da dignidade, ética e falta em muitos profissionais* (E24).

Essa questão leva a pensar o quanto o oposto à humanização pode gerar sofrimento, desigualdade e um profundo sentimento de injustiça social e sofrimento social como exclusão[25]. Toda essa questão pode ser alavancada no espaço social pelo enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais de uma sociedade, pois trazem suas consequências no cotidiano e nas trajetórias de vida[26].

O processo de trabalho está em jogo na questão da forma de desenvolver a humanização. A partir do seu conjunto de saberes e técnicas, é possível um fazer humanizado. O processo de trabalho é feito por muitos, é feito não só por subjetividade, mas por subjetividades, sejam elas individuais, coletivas, institucionais.

Assim, cumpre-se dizer que a questão da humanização, portanto, postula a característica de preocupação com o outro que não sou eu como característica estrutural porque, em certa medida, há em jogo a questão de certa empatia e de contingência operando essas relações; uma disponibilidade para o outro e, sobretudo, o reconhecimento de que sempre existem inevitáveis diferenças entre os seres humanos, mas que elas também fazem parte dos processos e, como tal, das características do processo de humanização. Estudos norte-americanos apontam o fato de que necessário se faz facilitar a humanização, a aprendizagem do significado da própria existência, pensar nas escolhas, promover a qualidade de vida e assim ocorrerá cura em viver e morrer[27-29].

Conclusão

Por este estudo, foi possível apreender o significado da produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde, uma vez que possuem a experiência de uma prática cotidiana nos serviços de saúde e, sobretudo, em um hospital que possui a Política Nacional de Humanização implantada.

A pergunta sobre o que é humanização na saúde faz esse profissional de saúde externar sua produção discursiva, referindo-se a ela como ato de acolher o outro como único, remetendo para a importância da questão da singularidade e também mostrando que esse discurso tem uma raiz humanista e ao mesmo tempo sócio-histórica calcada também na sua experiência tanto profissional como pessoal.

A reflexão também faz uma alusão à questão da humanização como direito, apontando para o aspecto da judicialização dos processos de saúde cada vez mais frequentes em nosso meio, assim há um crescimento permanente da judicialização nos últimos cinco anos, verificando-se o aumento do número de processos impetrados nos últimos anos. Há um apelo para o cumprimento dos direitos constitucionais dentro do campo da saúde.

Dentro dessa perspectiva, a humanização em saúde também é vista como uma questão de ética na medida em que se pensa na garantia da dignidade ética, no asseguramento da igualdade e no sofrimento causado quando ocorre a situação de sua violação.

Outrossim, considera-se indispensável que os profissionais do campo da saúde conheçam a PNH, a fim de que proporcionem assistência de qualidade, promovendo, assim, o encontro, acolhimento e reconhecimento de si mesmo, do outro e de sua profissão no cenário político e sócio-histórico de seu país enquanto cidadão não só de direitos, mas também de deveres.

A educação precisa ser permanente para que efetivamente ponha-se em marcha a questão da humanização, pois é a forma de desenvolvê-la e a educação tem muitos matizes. É importante considerar que as condições de trabalho dos profissionais da saúde vêm sendo degradadas desde há muito, por mecanismos de precarização, que vão desde a não efetivação de profissionais em quantidade suficiente até a implantação de programas de expansão inconsequentes.

O presente estudo retrata a produção discursiva de um grupo de profissionais de um hospital que já possui a PNH implantada, podendo ser considerado um fator limitante da pesquisa, uma vez que não permitiu a generalização dos resultados. Entretanto, essa se mostrou relevante à medida que possibilita aos profissionais de saúde repensarem suas ações na humanização dos cuidados em saúde.

Referências

1. Pasche FD, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(11):4541-8.
2. Severino AJ, Almeida CRS, Lorieri M. Perspectivas da Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez; 2011.
3. Gouveia EC, Avila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. Psicol Estud. 2010;15(2):265-73.
4. Paula AS, Kodato S, Dias FX. Representações sociais da violência em professores da escola pública. Est Inter Psicol. 2013;4(2):240-57.
5. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2013;47(6):1186-200.
6. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet] 2011 Nov [acesso 2 abr 2015];16 (11) . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027.
7. Andrade MAC, Artmann E, Trindade ZA. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Suppl I):1115-24.
8. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(suppl I):957-63.
9. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):953-8.
10. Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trab Educ Saúde. 2014;12(2):363-78.
11. Silva AMTB, Constantino GD, Premaor VB. A contribuição da teoria das representações sociais para análise de um fórum de discussão virtual. Temas Psicol. 2011;19(1):233-42.
12. Freire JC. Humanismo e Fenomenologia: na psicologia, na psicopatologia e na psicoterapia. Paidéia. 2010;20(45):133-4.
13. Silva RCC, Pedroso MC, Zucchi P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):134-41.
14. Barbosa LB, Dimenstein M, Leite JF. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. Av Psicol Latinoam. 2014;32(2):309-20.
15. Fujita N, Perrin XR, Vodounon JA, Gozo MK, Matsumoto Y, Uchida S, et al Humanised care and a change in practice in a hospital in Benin. Midwifery. 2012 Aug;28(4):481-8.
16. Paula CC, Padoin SMM, Terra MG, Souza IEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. Rev Bras Enferm. 2014;67(3):468-72.
17. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(12):3595-604.
18. Jodelet D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. Soc Estado. 2009;24(3):679-712.
19. Carneiro MS. Práticas, discursos e arenas: notas sobre a socioantropologia do desenvolvimento. Sociol Antropol. 2012;2(4):129-58.
20. Dobratz MC. A model of consensus formation for reconciling nursing's disciplinary matrix. Nurs Philos. 2010 Jan;11(1):53-66.
21. Eyng AM. Direitos humanos e violência nas escolas: desafios do trabalho em rede. Rev Port de Educação. 2013;26(2):245-66.
22. Diniz DMTRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(2):591-8.
23. Tocci ASS, Costa ECNF. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. Rev UNINGÁ. 2014;(40):197-206.
24. Widang I, Fridlund B, Martenson, J. Women patients' perceptions of integrity within health care: A phenomenographic study. J Adv Nurs. 2008;61(5):540-8.
25. McCurry MK, Revell SM, Roy SC. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice.
Nurs Philos. 2010 Jan;11(1):42-52.
26. Reis NHN. Ética na contemporaneidade: elementos para uma análise. Enfoques. 2011;23(1):57-73.
27. Sawaia B, organizador. As artimanhas da exclusão. 11ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
28. Morse JM. Why humanized health care? Plenary address. Saiyud Niymviphat Lecture at the First Asian International Conference on Humanized Health Care, 2007 Dec 3-5; Khon Kaen, Thailand. p. 74-81.

29. Arman M, Rannheim A, Rehnsfeldt A, Wode K. Anthroposophic healthcare*different and homelike. Scand J Caring Sci. 2008;22:357-66.
30. Willis DG, Grace PJ. Roy C. A central unifying focus for the discipline: facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. ANS Adv Nurs Sci. 2008 Jan/Mar;31(1):E28-40.
31. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. Cienc Cult. 2011;63(2):32-7.
32. Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(6):429-36.

Recebido: 25.10.2014
Aceito: 22.4.2015