

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FRANCIELE CABRAL LEÃO-MACHADO

Humanização como dimensão do trabalho em saúde: Sentidos construídos com
profissionais e usuários na Atenção Básica.

Maringá

2016

FRANCIELE CABRAL LEÃO-MACHADO

Humanização como dimensão do trabalho em saúde: Sentidos
construídos com profissionais e usuários na Atenção Básica.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia do Centro de
Ciências Humanas, Letras e Artes da
Universidade Estadual de Maringá, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito
e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos
Moscheta

MARINGÁ- PR

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

L437h Leão-Machado, Franciele Cabral
Humanização como dimensão do trabalho em saúde: sentidos construídos com profissionais e usuários na atenção básica / Franciele Cabral Leão-Machado. -- Maringá, 2016.
106 f. : il. color., figs.
Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2016.
1. Humanização da assistência. 2. Construcionismo social. 3. Saúde pública - Atenção básica - Maringá (PR). 4. Saúde pública - Unidades Básicas de Saúde - Maringá (PR). 5. Saúde pública - Processos grupais. 6. Profissionais da saúde - Humanização. 7. Psicologia da saúde - Pesquisa. I. Moscheta, Murilo dos Santos, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.
CDD 21.ed. 362.1042

AMMA-003094

FRANCIELE CABRAL LEÃO-MACHADO


*Humanização como dimensão do trabalho em saúde: Sentidos construídos
com profissionais e usuários na Atenção Básica*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Profa. Dra. Lúcia Cecília da Silva
DPI/Universidade Estadual de Maringá



Profa. Dra. Laura Vilela e Souza
Universidade de São Paulo – USP/Ribeirão Preto

Aprovado em: 21 de março de 2016.

Local da defesa: Auditório do Bloco Q-04, Campus da UEM.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos trabalhadores e usuários do SUS que se empenham em ampliar a qualidade do cuidado em saúde. À minha mãe Sônia, pelo carinho e cuidado constante. Ao meu pai Izaque, pelo amor e incentivo aos meus projetos. Ao meu esposo Bruno, por compartilhar sonhos e enfeitar meus dias com amor.

AGRADECIMENTOS

“Sou quem sou porque somos todos nós.” (Ditado Xhosa)

Agradecer significa também reconhecer, neste espaço me é permitido expor que não seria possível fazer sozinha um trabalho como este. São muitas pessoas que direta, ou indiretamente cooperaram com a sua realização. A dimensão coletiva da produção de conhecimento tornou reconfortante esse momento intenso, de grande esforço e investimento.

Agradeço a Deus, pela provisão, pela presença serena que me garantiu momentos de quietude e paz, e a Jesus, meu maior exemplo de ética e humanidade.

Ao meu esposo Bruno, pelo incentivo e palavras que me enchiam de ânimo. Pelo colo, cuidado, amor e esforço para que eu pudesse me dedicar ao mestrado em tempo integral. Por ter suportado minhas ausências quando a dissertação detinha toda minha atenção e por ter feito deste, um projeto nosso.

Aos meus pais, Sônia e Izaque pelo amor incondicional, por me permitirem escolher minha profissão e me encorajarem a sonhar. Pelo cuidado, incentivo e confiança em mim, é muito difícil escolher mais palavras a quem sou grata por tudo.

Ao meu irmão, Rodrigo pela parceria de brincadeiras e brigas e por comemorar minhas conquistas sempre em grande estilo! Aos meus avôs (Vô Vanildo, Vó Elvira, Vó Cabral e Vó Neuza) pelo exemplo, sabedoria e carinho. Aos meus tios e tias, primos e primas, em especial a Michelly e Aline pela amizade desde a infância, à tia Rizonete pelos mimos e preocupação.

À família que ganhei: meus sogros Claudio e Roseli, cunhadas Nadine, Claudia e cunhado Fefe, pelo carinho, incentivo e bom humor, é muito bom contar com todos vocês.

Às minhas queridas amigas: Duda, Carla, Carol, Fernanda, Juliana e Aline. Por compartilharem do amor pela psicologia, por todo afeto e amizade desde a graduação. É essencial tê-las sempre por perto.

Aos amigos Camila, Rogério, Saulo, Juliana, Robson e Suellen: pelos conselhos, escuta e momentos de diversão. Ao Douglas, Ethiene e Veto (não tem como escrever sobre vocês com formalidade) pela zoeira sem limites e pelas risadas.

Ao meu “trio” Mariana, Eliane e Quezia pela parceria de vida e orações. À Marina Meneguetti pela amizade e companhia nas viagens para a pós-graduação.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEM (Turma 2014) em especial à Vânia Bruneli por compartilhar as dores e alegrias do mestrado.

A minha terapeuta Rosane, por suportar minhas angústias e pela disposição em trilhar comigo um difícil e longo caminho rumo à autenticidade.

Minha gratidão e admiração aos professores/as DPI (Departamento de Psicologia) e PPI (Programa de Pós-graduação em Psicologia) da UEM pelos ensinamentos e inspiração, em especial à Marli Sanches, Olímpia, Lenita, Eduardo Tomanik, Claudio, Roselania, Maria Lucia Boarini, Lucinha, Maria Julia Lemes, Rozilda, Regina Abeche e Sylvia.

Aos funcionários/as do PPI- UEM, em especial à Tânia e Val pela disposição em tirar nossas dúvidas, nos lembrar dos prazos e facilitar os processos burocráticos que envolvem o mestrado.

A Jane Hartmann e Karolina Reis pelas supervisões no projeto Psicologia Hospitalar e equipe multiprofissional, onde aprendi muito e me encantei com a psicologia da saúde.

Aos amigos/as que fazem parte do grupo de estudos e/ou da equipe de pesquisa de “Avaliação do Acesso e da Qualidade da Atenção à Saúde da População LGBT no SUS” pela torcida e por todo aprendizado nas reuniões e viagens que fizemos (Amanda, Barbara, Dani, Luiza, Rodrigo, Cristiano, Sueli, Eloisa, Paulo e Zara).

Ao meu orientador Murilo Moscheta a quem admiro primeiramente pela ética e gentileza com o que conduziu esta caminhada. Pelo conhecimento, competência, entusiasmo e dedicação com meu trabalho, foi um processo transformador e de muito aprendizado.

Às professoras Laura Vilela e Souza e Lúcia Cecília da Silva pelas contribuições valiosas no exame de qualificação. A dedicação e olhar atencioso de vocês foram imprescindíveis para concluir a dissertação.

A equipe de profissionais da UBS Grevíleas pela confiança, por dedicarem seu tempo a este projeto, pelas histórias compartilhadas e por acreditarem na transformação de seu trabalho através da humanização. Ao grupo de usuárias por dividirem suas histórias e aceitarem contribuir com este trabalho.

A CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento parcial da pesquisa.

EPÍGRAFE

Um nó, dois nós
Eu, mais um ou mais, um ser simplesmente
O eu poético do verdadeiro encontro
Nó, no plural, nós
Se o nó é na garganta e um de nós aflito
O outro sossegado, erudito, tem o antídoto
E assim, sucessiva, alternada
E alternativamente, amigos.
Do saber, no lazer, no ócio e no labor
Buscando o equilíbrio, temperante
Dás-me que dou todo meu ser
Todo meu querer ser
Todo ouvido, havendo ouvido
E por seus conteúdos movido
Cada indivíduo vai e ver vir ávido dizer...
Conte comigo!
Práxis edificante

(ROBERTO DIAMANSO)

Humanização como dimensão do trabalho em saúde: Sentidos construídos com profissionais e usuários na Atenção Básica.

RESUMO

O relacionamento entre profissionais e usuários no contexto da saúde tem sido amplamente discutido pela literatura científica desde a década de 20. A humanização se constitui como resultado dessa construção histórica e social e tem sido relacionada com a qualificação dos atendimentos em saúde. Em oposição ao modelo biomédico, a proposta de humanizar a assistência destaca a importância de adotar uma compreensão ampliada do sujeito que usa os serviços de saúde, considerando os aspectos sociais, psicológicos e culturais. Nesse sentido, o discurso construcionista social é tomado como orientação filosófica para este trabalho, pois contribui com a construção conceitual da humanização a partir de uma perspectiva relacional, ao valorizar o enfoque na produção coletiva e sugerir uma prática social e dialógica. O objetivo da investigação é aproximar profissionais e usuários a fim de construir sentidos de humanização. Para isso, foram realizados encontros com uma equipe de profissionais de saúde e usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Maringá-PR, onde foi possível compartilhar experiências de atendimentos humanizados. A forma como os grupos descreveram a humanização é atravessada pelo modelo biomédico presente na cultura do cuidado em saúde. Tendo como pressuposto de que o rompimento com este modelo promove a humanização, apresento a “negociação de interesses” e “cativar a rede” como recursos que permitem a consolidação de diferentes ações de caráter técnico do trabalho em saúde.

Palavras-Chave: Humanização da Assistência. Construcionismo Social. Saúde Pública. Psicologia da Saúde.

Humanization as a dimension of health work: Meanings constructed with professionals and users of primary health care

ABSTRACT

The relationship between health professionals and users of public health system has been widely discussed in the scientific literature since 1920's. Humanization is a result of this social and historical construction and has been related to quality of the health care. The proposal to humanize the assistance, runs counter to biomedical model and highlights the importance of adopting an expanded understanding of users of health services, considering social, psychological and cultural characteristics. Social constructionist discourse is a philosophical guidance for this work, as it contributes to the conceptual construction of humanization from a relational perspective, to appraise the collective production and suggests a social and dialogical practice. The objective of the research is to approach professionals and users of public health system to build meanings of humanization. To this end, meetings were held with a group of health professionals and users of primary health care in Maringa-PR, in which it was possible to share experiences of humanized care. The description of humanization by the groups is crossed by the biomedical model. Presuming that the rupture with this model promotes humanization, I present the "negotiation of interests" and the "network engagement" as features to contributing to the reconstruction in healthcare practices.

Keywords: Humanization of Assistance. Social Constructionism. Public health. Health Psychology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PARTE I – CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO	15
1. A MULTIPLICIDADE DE VERSÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO	15
1.1 <i>A historicidade de humanizar</i>	15
1.2 <i>Política Nacional de Humanização: Planos para qualificar o cuidado em saúde</i>	17
1.3 <i>Alguns debates da literatura científica sobre humanização</i>	23
1.4 <i>O encontro da Atenção Básica com a Humanização</i>	27
1.5 <i>O diálogo no foco da investigação</i>	28
1.6 <i>Os aportes da Psicologia da saúde e do discurso construcionista social para a humanização.</i>	35
2. MAPA: A TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	39
PARTE II – CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	47
PRIMEIRO EPISÓDIO: OS LIMITES DA HUMANIZAÇÃO	47
SEGUNDO EPISÓDIO: HUMANIZAÇÃO... SIGNIFICA BOM?	65
TERCEIRO EPISÓDIO: (DES)ENCONTRO PARA CONSTRUIR UM NOVO OLHAR.....	81
PARTE III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOVIMENTO QUE PRODUZ HUMANIZAÇÃO	90
1. Modelo biomédico: a força de uma tradição	90
2. Os sentidos de humanização em diálogo	93
3. Reflexividade	95
REFERÊNCIAS.....	100

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho tem como proposta discutir a relação entre profissionais e usuários na atenção básica, tendo como referência o movimento de humanização das práticas em saúde que buscam qualificar este encontro. Promovendo um diálogo sobre esse tema com e entre profissionais e usuários de uma UBS, buscamos aprofundar o vínculo e provocar reflexões sobre a humanização no cotidiano do cuidado.

O que fundamentou a justificativa para realizar essa pesquisa-ação é que, como em qualquer dimensão social, a interação entre profissionais e usuários é complexa, envolve conflitos, pode ser problemática e ao mesmo tempo, todo o inverso dessas pressuposições.

Como exemplo da complexidade que cerca este relacionamento, podemos considerar as referências que Deslandes e Paixão (2011) fazem dos autores clássicos, que desde a década de 20 já se ocupavam com o estudo do vínculo entre médico e paciente. Entretanto, nosso foco está no debate sobre a humanização, termo que, resultante deste processo de construção histórica e social, se constitui como um marco teórico, principalmente no contexto brasileiro e no nosso Sistema Único de Saúde.

O objetivo da pesquisa é produzir sentidos de humanização com profissionais e usuários, o que prevê uma prática social e dialógica. Portanto, o modo como planejamos essa investigação inclui encontros com esses grupos a fim de ampliar a multiplicidade de vozes na construção de sentidos sobre humanização. Nossa expectativa era que essa intervenção favorecesse o cuidado em saúde, no qual os sentidos fossem compartilhados e produzissem novas práticas.

Entender a humanização como construção social traz algumas implicações, como abandonar os pressupostos da ciência moderna e adotar uma postura pós-moderna. Nesse sentido, usamos o construcionismo social como postura filosófica que orienta a investigação e a escrita. Essa postura critica o papel do pesquisador enquanto alguém que desvela uma realidade e descreve sua descoberta como um retrato fiel desta. Em oposição a essa idéia, compreendemos que a linguagem é ação, e o que falamos sobre humanização sustenta modos de agir no cotidiano da saúde.

Com relação à escrita, peço licença para conduzi-la de maneira heterogênea, visando reconhecer as múltiplas vozes que compõe este trabalho, na maior parte do tempo me refiro a “nós”, e em alguns momentos de reflexão sobre minha história de

vida ou sobre minhas ações no processo de pesquisa, uso outra variação da primeira pessoa “eu”.

O posicionamento filosófico do construcionismo social demanda uma nova estrutura para a investigação e para a construção do texto. A “metodologia” utilizada aciona o caráter interventivo do ato de pesquisar, ou seja, pesquisa e intervenção são indissociáveis, sendo descrita como “pesquisa-ação”. Dessa forma, a estrutura geralmente utilizada para a dissertação como, capítulos teóricos seguidos de metodologia e análise, foram substituídos por essa estrutura: a) Primeira parte: Interação com o campo teórico, que representa apenas um modo de apreender os discursos sobre humanização, b) Segunda parte: Interação com o campo de investigação, que descreve “episódios” sobre a trajetória da pesquisa-ação e c) Terceira parte que se trata de considerações sobre o processo de pesquisa, apresentando algumas contribuições para a humanização construídas através deste.

Em síntese, a principal diferença entre esse modelo do tradicional é a compreensão de que a pesquisa-ação não descobre uma realidade através de um método, mas privilegia a processualidade e a polissemia, isto é, a descrição do processo de pesquisa e as diversas versões sobre humanização emergidas deste. Significa que reconhecemos que os “resultados” ou a contribuição pragmática do estudo foram construídos a partir das especificidades da trajetória da pesquisa.

A primeira parte introduz a historicidade do termo humanização e as estratégias das políticas públicas para qualificar o atendimento em saúde. Também abordamos a discussão da literatura científica sobre humanização depois da instituição da Política Nacional de Humanização e a justificativa para escolhermos a Atenção Básica como campo de pesquisa, por fim, argumentamos como o discurso construcionista social contribui com a investigação a partir de uma perspectiva relacional.

A segunda parte corresponde às interações com o campo de investigação, esta parte é composta por episódios que enunciam as divisões no texto. Trata-se da narrativa de momentos do processo de pesquisa, segundo o dicionário Aurélio, episódio significa “Incidente; ação acessória ligada à ação principal de uma narrativa ou de uma obra literária ou artística.”.

O primeiro episódio “Os limites da humanização” se trata do encontro com os profissionais de saúde, o segundo “Humanização...Significa bom?”, narra o encontro com os usuários e o terceiro “(Des)encontro para produzir um novo olhar” se refere ao

encontro promovido com os profissionais e usuários. Todos os episódios contam como os encontros foram planejados, como foram possíveis de serem realizados, como minha história pessoal contribui com a construção da pesquisa-ação e como a humanização descrita pelos participantes se articula com a literatura científica.

A terceira e última parte desse trabalho retoma aspectos discutidos nos episódios e propõe algumas contribuições para outras UBS, profissionais e pesquisadores da área da saúde. Os recursos apresentados não correspondem aos resultados, mas ao seu potencial útil à qualificação das relações no cuidado em saúde, enquanto geradores de mudanças e ampliadores de possibilidades.

Assumo que os indicadores da qualidade desse trabalho se referem à transparência do processo de produção do conhecimento, ética e reflexividade. Compreender a processualidade da investigação lhe confere um caráter ético por apresentar ao leitor as especificidades que construíram esta pesquisa-ação. Isso pressupõe a relativização das minhas próprias ações no campo de investigação e a reflexividade, que nos conduz a olhar para o que o processo de pesquisa diz sobre humanização. Nesse sentido, os recursos correspondem à construção de modos de se falar sobre humanização que permitam pensar em práticas diferentes.

PARTE I – CONSTRUÇÃO DO CAMPO TEÓRICO

1. A MULTIPLICIDADE DE VERSÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO

1.1 A historicidade de humanizar

Falar sobre humanização, um termo tão amplo e repleto de diferentes sentidos, implica em considerar um conjunto de acontecimentos que constrói sua história. Poderíamos discorrer sobre o Iluminismo, Descartes e os pilares da ciência moderna para contar como a humanização foi sendo construída ao longo do tempo, e legitimada socialmente enquanto uma necessidade em saúde. No entanto, este panorama conceitual tem como objetivo traçar uma “linha do tempo” para contextualizar o momento histórico ao qual estamos inseridos e seus desdobramentos acerca da produção de sentidos sobre humanização. Portanto, nossa linha do tempo sofreu este “recorte” e se inicia a partir de um dos primeiros estudos que buscou definir o que significa “humanizar”.

Esse termo tem sido amplamente discutido nas últimas décadas, principalmente no que tange ao relacionamento entre profissionais e usuários. Também tem se tornado tema de destaque na literatura científica nacional relacionada à saúde coletiva, tendo como marco teórico as críticas ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativista, desde a Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujas sugestões culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

No entanto, os pesquisadores já se ocupam desse tema desde a década de 20. Quando relacionamos os resultados dessas pesquisas aos debates atuais, notamos que alguns dilemas éticos, morais e ideológicos ainda persistem. Por exemplo, no início da década de 70, os trabalhos explicavam a desumanização articulando alguns fatores de ordem estrutural (a formação profissional na área biomédica, a organização dos serviços, as estruturas de hierarquia social e da provisão de cuidados) aos fatores de ordem relacional (conflitos, cooperação e subordinação entre profissionais e pacientes). (Deslandes, 2011)

A socióloga Jan Howard (1975) é uma importante referência citada por Deslandes, (2011). Segundo a autora, este foi um dos primeiros trabalhos que buscavam conceituar e explicar a humanização dos cuidados em saúde, ao apresentar 11 práticas que produzem desumanização e 8 práticas humanizadoras. As que produzem desumanização foram descritas como “tratar pessoas como coisas”, “desumanizar pela tecnologia” (quando o cuidado é predominante realizado por intermédio de máquinas), “ver a pessoa como problema”, isolar as pessoas ou “despersonalizá-las através da reclusão”, “não permitir que as pessoas façam escolhas” e tratar as pessoas de acordo com a valoração social.

Já as práticas humanizadoras se referem a um campo interacional de cuidados que não pode ser definido *a priori*, pois é necessário relativizar as diversas culturas no qual se inserem. No entanto, Howard considera que a humanização pode acontecer a partir de 8 condições “necessárias e suficientes”, das quais, podemos citar algumas: através do “reconhecimento do valor da vida humana”, da “insubstituibilidade de cada ser humano” e “tratar o outro como igual” ao compartilhar decisões e responsabilidades. (Deslandes, 2011)

Deslandes, (2011) reconhece que este estudo foi inovador, no entanto, faz críticas ao considerar que em uma sociedade hierarquizada seria irreal pressupor que a relação entre profissionais e usuários seja “uma relação de iguais”. Destaca também que a literatura brasileira sobre humanização dá grande ênfase ao bom uso das tecnologias articulado a escuta e diálogo, buscando ainda, a superação de uma antiga dicotomia.

Esse impasse que relaciona o uso de tecnologias à desumanização é descrito por Guanaes, (2013) como um paradoxo: por um lado, os avanços científicos e tecnológicos trouxeram efeitos positivos como a maior eficiência do diagnóstico e condutas terapêuticas. Por outro, os efeitos negativos desses avanços são o fracionamento do cuidado, o encarecimento de procedimentos e alta medicalização. Diante disso, a proposta de humanizar a assistência à saúde, expressa a importância de adotar uma perspectiva ampliada do sujeito, considerando os aspectos sociais, psicológicos e culturais.

Merhy, (2000) traz importantes contribuições para o entendimento das tecnologias empregadas na assistência à saúde. O autor discute sobre os projetos terapêuticos, moldados a partir da maneira com que o médico (mas também podemos nos referir aos profissionais da saúde) utiliza sua “caixa de ferramentas” que compõe e

atribui sentido às práticas em saúde. Este autor sugere que há três tipos de valises que os profissionais carregam em sua atuação no cuidado a saúde. A valise vinculada à mão, diz respeito ao conjunto de ferramentas tecnológicas utilizadas pelo profissional, como exames, consultas, estetoscópio. Estas foram denominadas de “tecnologia duras”. Já a valise vinculada à cabeça se traduz pelos saberes estruturados, como a epidemiologia, fisiologia, anatomia, chamada de “tecnologias leve-duras”. Por fim, as “tecnologias leves”, dizem respeito ao espaço relacional entre o profissional e o usuário e, sobretudo à capacidade do profissional construir um vínculo com quem cuida.

Nesse sentido, Merhy (2000) destaca que as ciências da saúde, altamente tecnológicas, produzem um empobrecimento das tecnologias leves e um enaltecimento da articulação entre as tecnologias leve-duras com as duras, o que significa que o foco está cada vez mais voltado para a competência da ação dos profissionais de saúde, que apreendem o usuário para dentro do seu agir tecnológico.

Como consequência deste modo de atuar predominantemente centrado no profissional, há a diminuição ou eliminação da dimensão cuidadora, que passa a estar subordinada aos aspectos materiais e aos procedimentos, reduzindo o vínculo ao exame, à consulta, e ao uso e acesso aos serviços de saúde. (Merhy, 2000)

1.2 Política Nacional de Humanização: Planos para qualificar o cuidado em saúde

Na tentativa de melhorar a assistência a saúde no Brasil, a humanização ganha caráter de política pública, o que corresponde a um conjunto de ações e metas que visam superar um problema de interesse público. Dessa forma, a humanização é tida como o principal meio de modificar e qualificar as práticas em saúde.

De acordo com Benevides e Passos, (2005) desde 2000, este tema foi anunciado na XI Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Estes autores associam a humanização como uma resposta à crise do SUS.

O emprego do termo humanização para qualificar o cuidado em saúde no Brasil se deve ao surgimento de iniciativas decorrentes do movimento da luta antimanicomial na Saúde Mental e também a partir dos movimentos feministas ligados a saúde da mulher, parto e nascimento. A partir daí, práticas “humanizadoras” constituíam ações

que tornavam o ambiente hospitalar mais cordial, com atividades lúdicas, lazer, entretenimento ou arte e melhorias na aparência física dos serviços. Não chegavam a modificar a organização do trabalho ou o modo de gestão, mas atendiam necessidades de aliviar o sofrimento que o ambiente hospitalar provocava em pacientes e trabalhadores. (Rios, 2009)

Segundo Souza e Mendes, (2009) durante o processo de construção do SUS, o tema humanização surgiu em vários contextos no ano 2000 e 2001 com o Programa de Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH); Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; Método Canguru; Programa de Acreditação Hospitalar, entre outros que se aproximavam do tema humanização. Ainda em 2001, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo observou que praticamente todos os hospitais públicos do estado desenvolviam práticas “humanizadas”, o que também foi constatado na mesma época, em 94 hospitais de referência no país escolhidos pelo Ministério da Saúde. Esta iniciativa partia dos próprios trabalhadores, como uma resposta a necessidade sentida e reconhecida por eles em seus ambientes de trabalho, independentemente de incentivo ou determinação dos gestores locais.

Em 2001, o objetivo fundamental da PNHAH seria:

“aprimorar as relações entre profissionais, entre usuário/profissional (campo das interações face-a-face), e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições.” (Deslandes, 2004 p. 8)

Em 2003 a Política Nacional de Humanização foi instituída como estratégia de transformações nas práticas de produção de saúde no SUS. A concepção de um SUS humanizado parte de um modo de cuidar da saúde de maneira que “reconheça o outro como legítimo cidadão de direitos valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (p. 03)

“Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.” (Brasil, 2008 p. 5)

Benevides e Passos, (2005) relembram o contexto que envolve a criação da PNH, uma vez que o tema “humanização” foi precedido pela criação de programas

específicos que visavam à melhoria na qualidade de atenção ao usuário. Os discursos concernentes à humanização se relacionavam à falência do modelo do SUS e a busca por respostas à crise na saúde brasileira.

Neste termo, estavam instituídas as reivindicações dos usuários e de alguns trabalhadores, mas também sua banalização e crítica da maioria dos gestores e profissionais de saúde. A humanização estava relacionada com o voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e na racionalidade administrativa e qualidade total. Em outras palavras, a humanização seria a qualidade na atenção e satisfação do usuário. (Benevides & Passos, 2005)

A aposta do Ministério da Saúde na humanização e na transformação do processo de cuidado em saúde ocorreria através de trocas solidárias em redes multiprofissionais e interdisciplinares, envolvendo gestores, profissionais e usuários. Para isso, a PNH institui no SUS dez programas que visam operacionalizar essas mudanças:

I. Gestão Participativa e Co-gestão:

Como já foi idealizada desde a criação do SUS, a democratização da gestão em saúde institui espaços que garantissem a participação social nas avaliações e decisões das políticas de saúde, como os conselhos municipais, estaduais e nacionais. A participação social se restringia, portanto, a instâncias formais, demandando que as relações no cotidiano do campo de saúde também poderiam ser democratizadas, incluindo profissionais, usuários e gestores no pensar e fazer coletivo. Como exemplo deste programa, temos a valorização do saber do usuário sobre sua própria saúde, envolvida na tomada de decisões de uma equipe de saúde.

II. Clínica ampliada e compartilhada

A proposta da clínica ampliada é compartilhar entre a equipe multiprofissional o diagnóstico e projetos terapêuticos, oferecendo ao usuário uma compreensão ampliada sobre o processo de saúde-doença. Esta estratégia visa superar a hierarquização das instâncias biomédica, psicológica e social e aumentar as técnicas relacionais, a comunicação na equipe e entre as equipes da rede.

III. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência

Este programa visa mudar a forma tradicional de entrada e espera por ordem de chegada, visando melhorar o acesso dos usuários nos serviços de urgência. Unido à postura de acolhimento, a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas

considera também aspectos emocionais que possam configurar uma situação emergencial. Dessa forma, a classificação de riscos permite maior organização e eficácia nos atendimentos considerados urgentes e emergentes.

IV. Trabalho e redes de saúde

Considerando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, o trabalho de redes de saúde faz parte do programa de formação em saúde e trabalho (PFST) e compreende um espaço de diálogo entre os profissionais. Pode ser organizado com módulos de leitura e discussão de textos, escolha de temas, dinâmicas e outros métodos ligados ao aprimoramento das relações interpessoais.

V. Redes de produção de saúde

Trata-se da estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS. Tem como objetivo promover encontros entre o conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico. Visa também fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação.

VI. Ambiência

Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico dos serviços de saúde compreendidos como espaços sociais. O conceito de ambiência está fundamentado em três eixos: a confortabilidade, ou seja, espaços que garantam privacidade aos sujeitos, cuidado com os elementos como cor, cheiro, som, iluminação e morfologia e por fim, o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, acolhimento e resolutividade.

VII. Visita aberta e direito a acompanhante

Considerando o acompanhante como o representante da rede social da pessoa internada, na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito que transcende os tratamentos biomédicos, por isso, a criação de um ambiente relacional permite as pessoas internadas a vivência de seu valor para as pessoas que as rodeiam. Este conceito favorece uma continuidade entre o contexto de vida em família no ambiente de internação hospitalar.

VIII. Grupo de trabalho de humanização

Constitui-se em um encontro de pessoas interessadas em discutir o próprio serviço em que trabalham ou que utilizam, ou seja, é constituído por usuários, profissionais de saúde, técnicos, funcionários e coordenadores. Os temas que podem dar início ao grupos são: Como melhorar ou qualificar a prestação do serviço, como se dá as

relações entre os profissionais e os familiares dos pacientes, como estão as relações com colegas de trabalho e gestores, etc.

IX. Acolhimento nas práticas de produção de saúde

O acolhimento é tido como uma postura ética de cuidado, uma ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, construção de vínculo, garantia de acesso e na resolutividade dos serviços. Além disso, se traduz como uma postura de escuta e compromisso em dar resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário de maneira que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos.

X. Atenção Básica

É apontada como um dos principais caminhos que promovem a humanização, pois o acompanhamento por uma equipe multiprofissional no território e ao longo do tempo contribui com a criação de vínculo entre profissional e usuário. Por meio da Estratégia de Saúde da Família, a atenção básica promove espaços considerados produtivos entre os profissionais de saúde e usuários do SUS. Esses encontros podem ocorrer nos atendimentos do serviço de saúde, na visita à casa de uma determinada família, na realização de um grupo ou uma oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local de Saúde, uma roda de conversa temática, etc.

Apesar do texto produzido para a criação da política ser otimista com relação ao seu funcionamento e implantação, no próprio documento existem ressalvas que reconhecem as desigualdades socioeconômicas, a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho e o pouco investimento em processos de educação permanente em saúde para os trabalhadores. Estes aspectos são destacados como impedimentos para a consolidação da atenção à saúde qualificada.

A PNH também traz como desafio a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a superação da cultura sanitária e biomédica e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural. (Brasil, 2008)

Depois da instituição da política, algumas discussões foram feitas a seu respeito. Deslandes, (2004) indica que a PNH reduz a complexidade do termo humanização ao sugerir que a solução para que os profissionais de saúde compreendam as demandas e expectativas do público, esteja centrada apenas na formação do profissional e “capacitá-lo para” serem mais respeitosos e menos violentos na prestação de cuidados. Uma problemática “relacional” não é discutida nos documentos oficiais, o que exclui as possíveis soluções referentes a interação entre profissionais usuários.

Apesar da elaboração da política para definir como atuar de forma humanizada, este termo pode ganhar diferentes definições dependendo de seu contexto e de como é aplicado. Por exemplo, Campos, (2005) toma como referência a definição de humanização do dicionário: “1. Tornar humano; dar condição humana a; humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. 4. Bras. CE. Amansar (animais). 5. Tornar-se humano; humanar-se.” E problematiza essas definições argumentando que desde Freud e Marx já sabemos que também faz parte do “humano” a exploração do outro, a alienação a agressão, o equívoco e a culpa. Dessa forma, “humanização” ganha um caráter polissêmico que pode traduzir-se em práticas diversas.

Benevides e Passos, (2005) também chamam a atenção para o caráter sintomático do conceito humanização. Uma vez que o cenário que o construiu foi organizado por ações fragmentadas, imprecisas e conceitualmente frágeis, o resultado do movimento pela humanização iniciado a muito tempo antes da PNH pode se caracterizar como sintoma, em um sentido problemático, à medida que padroniza, endurece as ações e repete os modos de atuar. Assim, os autores indagam a consolidação da humanização como um conceito-sintoma enquanto um risco de reprodução de sentidos e paralisação das mudanças das práticas em saúde:

“Estamos chamando de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980”. (Benevides & Passos, 2005)

Alguns críticos da humanização citados pelos autores analisam a política de humanização como uma repetição da integralidade já instituída pelo SUS. Como exemplo deste “sintoma” presente nas práticas de saúde, são mencionadas as práticas segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde do idoso, etc), níveis de atenção, identificadas ao gênero feminino e ao exercício de algumas profissões (assistente social, psicólogo) e orientado por exigências de mercado que devem “focar no cliente”.

Benevides e Passos, (2005) pontuam a partir disto um desafio metodológico que se apresenta à humanização. Apesar de se orientar pelos princípios estabelecidos na política, há um compromisso com o modo de se fazer na prática. Partindo da premissa de que a construção de políticas se conecta com os movimentos coletivos, a

humanização pode tornar-se “conceito-experiência” quando se afirma enquanto movimento que:

“descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.” (Benevides & Passos, 2005 p. 393)

O risco de paralisação da humanização apontado pelos autores acima, se refere à humanização instituída em modos de se fazer, em cumprir protocolos, atingir metas, isto é, transformar o cuidado em números. Os documentos que descrevem o que é humanização e de que forma pode-se torná-la prática enfatizam a transformação do vínculo entre profissionais, gestores e usuários, a co-responsabilização ao fortalecer a compreensão da saúde como produto social, econômico e cultural, mas também relacionam a humanização às melhorias estruturais como a resolutividade no atendimento e qualificação das condições de trabalho.

Essas definições nos lembram da antiga combinação do que seria um bom atendimento em saúde: as transformações das dimensões “relacionais” e “estruturais”. Considerando a humanização enquanto uma construção social e histórica, a política se torna um marco no Brasil entre a historicidade que esse termo carrega e as transformações que a instituição da política produziu posteriormente. Por isso buscamos artigos publicados depois da criação da PNH para compreendermos como a literatura científica tem discutido a humanização.

1.3 Alguns debates da literatura científica sobre humanização

A PNH define que os profissionais, gestores e usuários são os principais atores da humanização e co-responsáveis pela sua efetividade. A partir dessa referência buscamos alguns artigos teóricos e ensaios para compreendermos como as produções científicas descrevem a política de humanização, os profissionais e os usuários.

Alguns autores como Mota e Vêras, (2006); Arone, et al, (2007); Rego, et al, (2008) e Heckert, et al, (2009) se pautam no discurso biomédico para explicar a necessidade de humanização. O desenvolvimento científico e tecnológico é apontado como responsável por uma série de benefícios para a saúde, no entanto, seu efeito adverso é a desumanização. Esses autores relacionam o uso excessivo de tecnologias

como produtor de relações frias, objetivas, individualistas e calculistas. Assim, consideram que a desumanização se dá quando há um desequilíbrio de poder nas relações sociais, o que faz com que o lado mais favorecido (profissionais) desconsidere a alteridade e reduza o outro (usuário) à condição de objeto.

Outro aspecto que se refere e à desumanização discutida nos artigos, é a influência dos fatores econômicos e sociais nas práticas de produção de saúde no Brasil Heckert et al, (2009); Neves e Massaro (2009) Pedroso e Vieira, (2009) discutem que a ineficácia do SUS se deve aos ditames neoliberais e privatistas que produzem fragilidade na rede de atenção, lotação dos hospitais e descaso com a população.

Diante disso, a Política Nacional de Humanização é tida como “movimento instituinte” que critica as marcas identitárias do modelo biomédico, produzindo um debate sobre a ética do cuidado, a importância da comunicação e do diálogo para projetos terapêuticos comprometidos com os direitos dos usuários. (Mota & Vêras, 2006; Deslandes & Mitre, 2009; Santos et al, 2009; Ceccim & merhy, 2009; Pasche, 2009 e Goulart & Chiari, 2010)

Rego et al, (2008); Demétrio et al, (2011); Silva et al, (2013); De Marco et al, (2013) e Almeida, (2014) concordam que a assistência humanizada se dá quando a construção de uma nova cultura de atendimento se baseia na democratização das relações, na comunicação, no vínculo de confiança entre médico e paciente em uma relação personalizada, na garantia dos direitos coletivos e individuais, respeito, reciprocidade e na inclusão do ensino de técnicas de comunicação durante a formação dos profissionais de saúde.

A formação biomédica do profissional é responsabilizada pela desumanização, sendo necessária uma transformação na educação que articule eficiência técnica e postura ética. Nesse sentido, as habilidades dos profissionais de diálogo e relacionamento são imprescindíveis para romper com a lógica biologicista, cabendo ao profissional buscar capacitação para isso (Demétrio et al, 2011; Barbosa et al, 2013 Rego et al, 2008; Hennington, (2008)

Em uma revisão bibliográfica sobre humanização Silva et al, (2013) aponta como resultados a apresentação do trabalhador de saúde enquanto um ser dotado de naturalidade que realiza “bons atos”. A condição de humano está associada à benevolência e altruísmo, e o desenvolvimento desta capacidade se dá a partir de

conhecimentos teóricos e/ou habilidades emocionais que instrumentalizam os profissionais de forma que qualifiquem o cuidado prestado.

Os profissionais são descritos por alguns autores como responsáveis pela desumanização e também pela humanização, por outro lado, são descritos como vítimas, submissos aos processos de trabalho mecanizados, fragilizados pelo conviver contínuo com a dor, sofrimento, morte e miséria. Autores como Goulart e Chiari, (2010) acreditam que os profissionais poderão ter condições pessoais para atuar de forma humanizada a partir de uma reformulação estrutural e ideológica dos serviços.

Em meio a esses pólos de culpabilização e vitimização dos profissionais de saúde que interferem nos processos de humanização, estão os autores que criticam esta visão, problematizando aspectos sociais que influem em uma lógica de competitividade e individualismo, atribuindo o profissional como único responsável por suas competências e fracassos. (Silva et al, 2013)

Ceccim e Merhy, (2009) discutem a humanização sob uma perspectiva micropolítica, apontando que uma análise macropolítica se coloca como um desafio à PNH. Na análise macropolítica, a relação que se estabelece entre profissionais e usuários são apontados pelas forças externas que antecedem o encontro e “capturam” os profissionais numa “ausência de interação”. A perspectiva macropolítica analisa a relação entre profissionais e usuários como uma relação fria, tecnicista, centrada em procedimentos e orientada pelo modelo biomédico, onde as pessoas são tomadas por objeto ou por um diagnóstico de doença,

Os autores indicam outra forma de análise da relação entre profissionais e usuários a partir de uma visão micropolítica. Isso não significa excluir este ponto de vista, mas sim considerar que a atuação dos profissionais acontece de forma singular. Focar a análise da humanização nos usuários significa centralizar a atenção no contato com a alteridade, o que produz atenção para além das forças externas.

“Aí, o cotidiano do atender passa a ser visto como um campo singular da produção de saúde, e não como um campo particular da prestação de assistência. O cotidiano adquire natureza de produção de realidades, trabalho vivo em ato, constituidor de mundo, território de disputa com as ditas forças externas pelas forças de criação.” (Ceccim & Merhy, 2009 p. 533)

Este modo de pensar a atuação dos profissionais nos aponta uma possibilidade que se difere das visões polarizadas. Os sentidos para a humanização construídos

coletivamente previnem a culpabilização que pode gerar desresponsabilização, assim como Pedroso e Vieira, (2009) citam que as responsabilizações únicas nos isentam da participação nas transformações necessárias e nos faz repetir os modelos que criticamos.

Da mesma forma como profissionais, os usuários também são descritos de forma polarizada, ora como dominado, ora como dominador:

“(…) em alguns trabalhos, o paciente é descrito como vítima de imposição de normas e rotinas que desrespeitam sua singularidade, enquanto que em outros, ele é considerado como aquele que merece ser esclarecido de seus direitos, para reivindicá-los perante os profissionais.” (Silva et al, 2013 p. 845)

Os autores acima citados criticam a ausência de uma discussão mais aprofundada a respeito do encontro profissional de saúde com o usuário, e que, humanizar a relação entre profissional de saúde usuário exige transformações práticas, ideológicas, sociais e culturais que envolvem as estratégias de gestão e trocas solidárias em redes multiprofissionais.

A forma como a PNH tem sido discutida na literatura científica nos indica algumas compreensões. Alguns autores consideram a humanização como uma habilidade emocional dos profissionais, inerente à natureza humana ou dos valores morais que escolhem para si. Esse modo de descrever a humanização resulta na legitimação dos discursos assistencialistas e paternalistas já criticados pela política.

Deslandes (2004) discute que a humanização se trata do resgate do diálogo entre profissionais e usuários. Responsabilizar apenas uma das partes implica na desresponsabilização da outra, contribuindo com a manutenção de relações hierárquicas.

Alguns autores que optam pelo discurso econômico-social para explicar a impossibilidade dos profissionais humanizarem as práticas de saúde, cristalizam a possibilidade de construir a humanização enquanto política “que se conecta com os movimentos coletivos” (Benevides e Passos, 2009). Pedroso e Vieira, (2009) apontam que esse modo de compreensão provoca isolamento, pois impede a criação de espaços de articulação entre gestores, trabalhadores, usuários e redes sociais para a superação dos entraves do sistema.

O argumento que defendo está relacionado com os autores que valorizam a comunicação e o diálogo nos processos de humanização. Através do fomento das discussões sobre humanização, revisão de conceitos estáveis e naturalizados, legitimamos a humanização enquanto movimento. Em contrapartida, à medida que

definimos um responsável por humanizar a saúde (sejam eles profissionais, usuários, o sistema econômico etc...) paralisamos este movimento e reproduzimos sentidos que também já foram criticados pela literatura científica.

Nesse sentido estamos de acordo com Pedrosa e Vieira, (2009) sobre como a humanização pode ser descrita depois da criação da PNH:

“Não há, portanto, uma direção da política de humanização de resgatar o homem bom: médicos não são maus e os enfermeiros, bons. Os saberes técnico-científicos não são maus e os saberes populares, bons. Os especialismos não são maus e os generalismos, bons. O diferente não é mau e o igual, bom. O princípio da transversalidade vem justamente propor o desafio do diálogo entre as fronteiras do saber e poder, de uma permanente e cooperativa reinvenção das linhas dessas fronteiras, em que se criem novos modos de se produzir saúde e, portanto, da produção de novos sujeitos.” (p. 697)

Centralizando a perspectiva dialógica para produzir sentidos de humanização e novas práticas em saúde, destacamos que a Atenção básica se constitui como uma das principais apostas do Ministério da Saúde para essas transformações. Isso porque esse nível de atenção favorece a construção de um vínculo duradouro, pois a continuidade da relação clínica se estende ao longo do tempo, o que também colabora com a construção de relações de afetividade e confiança entre profissionais e usuários. (Brasil, 2012)

1.4 O encontro da Atenção Básica com a Humanização

A Conferência de Alma Ata sobre cuidados primários no Cazaquistão em 1978, e a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde na cidade de Ottawa em 1986, contribuíram com algumas recomendações para o estabelecimento dos princípios do SUS de centralizar as ações na redução de risco de doença e de outros agravos, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A compreensão da saúde e das políticas públicas como instâncias que devem atender as necessidades da população, sustenta a Atenção Básica como política prioritária do Ministério da Saúde (Guanaes & Mattos, 2011).

A Atenção Básica reorganiza o sistema de saúde, pois se torna porta de entrada para os serviços de saúde e coordena a rede dos demais níveis de atenção. Além disso, é apontada pela PNH como o principal caminho para a Humanização.

Além da PNH, a Política Nacional de Atenção Básica, (PNAB, 2006) reforça que o Ministério da Saúde prioriza este nível de atenção para a promoção da humanização, sendo definida como:

“um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde - ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem essas populações.” (Brasil, 2009)

Sendo a saúde um direito universal, a PNAB indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica. Para tanto, acredita-se que o acompanhamento por uma equipe multiprofissional no território e ao longo do tempo facilite a criação de vínculo entre profissional e usuário. A prioridade do Ministério da Saúde é dada à expansão e qualificação da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família.

A PNAB assinala também que a responsabilidade da atenção básica ampara “tecnologias relacionais” ao lidar com problemas complexos do cotidiano das pessoas, demandando os múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por essa equipe.

Consideram também que os espaços que a atenção básica promove, favorecem encontros considerados produtivos entre os profissionais de saúde e usuários do SUS. “É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um.” (Brasil, 2009 p. 15)

Camargo-Borges, (2007) considera que essa política de atenção à saúde não introduz apenas mudanças na organização do modelo de atenção, de gestão ou de financiamento do sistema, mas também se configura como uma política integrativa que envolve as relações estabelecidas entre os atores envolvidos nesse processo.

1.5 O diálogo no foco da investigação

Ao longo da construção do conceito de humanização, desde os primeiros debates que buscavam defini-la, até a criação da política e suas implicações, notamos que os diversos sentidos que compõe a humanização é o que caracteriza um “ideal” ou um movimento que produz novas formas de cuidado. A literatura científica discute que a

institucionalização da humanização pode “paralisar” este movimento à medida que sua compreensão é reduzida aos programas da PNH, às metas e formulários de atendimento. Sendo assim, manter a humanização enquanto “movimento” impõe desafios metodológicos e práticos no cotidiano do cuidado em saúde, que são acentuados pelo seu caráter polissêmico.

Como discutimos anteriormente, a manutenção da humanização pode ocorrer através do diálogo entre profissionais e usuários, portanto, esse estudo toma como referência o discurso construcionista social, justificado pelas contribuições à produção de humanização que esta postura filosófica.

A implicação de uma investigação que tem como foco o diálogo e toma como “objeto” de estudo os processos interativos, é considerá-la como um processo relacional. Assim, prezamos pela presença dos profissionais e dos usuários na construção dos sentidos de humanização por três motivos: a) A PNH tem como referencial de humanização práticas que valorizam os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. b) O documento oficial também sugere que a superação da cultura sanitária e biomédica se dá com o fortalecimento da concepção de saúde como produção coletiva e, c) O enfoque na produção coletiva nos convida a pensar a construção dos sentidos de humanização a partir de uma perspectiva relacional entre profissionais e usuários.

O discurso construcionista social contribui com a construção conceitual da humanização a partir de uma perspectiva relacional, pois se opõe à linguagem como representante realidade e a considera como uma forma de ação. Podemos questionar os discursos cristalizados e buscar por discursos alternativos que criam novas realidades e produzem diferentes práticas sociais na saúde. (Souza & Scorsolini-Comin, 2011)

“A proposta construcionista relacional reforça a crença em saúde como performances de esforços colaborativos e coparticipativos entre profissionais e usuários de espaços produtores de saúde, de maneira horizontal e coletiva. Postura consoante com a defesa feita por Dimenstein e Macedo¹³ da produção do conhecimento em saúde deve ser vista como uma possibilidade de ação política, que busca na exploração de outra epistemologia científica aberturas para práticas em saúde que estejam em consonância com a filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS) que inclui o respeito aos direitos humanos, a um atendimento integral e humanizado e sensível às questões de exclusão social.” (Souza & Scorsolini-Comin, 2011 p. 39)

Uma definição única do que é o construcionismo social contradiz a lógica de um movimento “polissêmico, híbrido e interdisciplinar” (Guanaes-Lorenzi, 2014 p. 89)

Souza (2014) nos apresenta algumas opções para falar sobre o discurso construcionista social. Uma delas é tratar como “movimento”, considerando as mudanças, alterações, fluidez e diversidade. A segunda opção é falar de “movimentos construcionistas sociais”, no plural, apreciando os diferentes posicionamentos de origens diversificadas.

Guanaes-Lorenzi, (2014) baseando-se em McNamee (2004) e Anderson (1997) apresenta a alternativa de considerar o construcionismo como uma “postura filosófica” que implica no abandono as explicações totalizantes da realidade, e a adoção de reflexividade sobre nossas construções sociais e sobre os efeitos dos discursos nas praticas sociais.

Durante a produção desse texto optamos por utilizar discurso construcionista social como forma de descrição, considerando essas implicações apresentadas acima e as contribuições que acarreta para o estudo a respeito da humanização.

Não existe um consenso entre os autores a respeito do surgimento do discurso construcionista, no entanto, Rasera e Japur, (2005) assinalam que com a publicação do artigo de Kenneth Gergen “Social psychology as history” em 1973, o construcionismo social passa a ser discutido no campo da psicologia. O contexto que o convoca é proveniente de um “solo de descontentamento” e críticas durante o desenvolvimento da ciência moderna. (Gergen, 1985)

Neste contexto de críticas, podemos citar três, que o embasam: A crítica social, crítica ideológica e a crítica retórico-literária. Considera-se que a crítica social foi iniciada por Marx, Weber, Scheler e Karl Mannheim, o que contribuiu com a desconstrução de que o conhecimento representa a realidade, e traz como possibilidade a idéia de que o conhecimento científico é cultural e historicamente situado. (Rasera & Japur, 2005)

A crítica ideológica se relaciona à ‘teoria crítica’ da Escola de Frankfurt - Horkheimer, Adorno, Marcuse, Benjamim e outros, no qual rejeitaram a idéia de que um método racional de investigação garantiria neutralidade na ciência e possibilidade de descrição objetiva do mundo. Já a crítica retórico-literária, busca mostrar como as descrições e explicações científicas são determinadas pelas regras de apresentação literária, deslocando a investigação científica do objeto para as formas específicas de apresentação do mesmo. Assim passa-se a considerar a linguagem como prática, e não como representante da realidade: “O discurso construcionista social propõe que, ao

afirmarmos algo sobre o mundo, estamos construindo esta realidade no mundo e não a representando.” (Corradi-Webster, 2014 p. 74)

Moscheta, (2014) destaca que a consideração das relações de poder dentro das ciências contribuiu com a formação do discurso construcionista social e com a mudança de pensamento da modernidade para a pós-modernidade. Além das diferentes funções performáticas da linguagem, as contribuições de Foucault, constroem a idéia de que a ciência participa dos dispositivos de poder, fundamentando discursos que produzem subjetividades governáveis. Esta forma de pensar coloca em dúvida a neutralidade e objetividade da ciência.

Com o objetivo de encontrar respostas a crise epistemológica que emergiu destas críticas à ciência, Gergen escreveu outro artigo em 1985: “The social constructionist movement in modern psychology” no qual ele considera que o construcionismo social tornou-se um movimento, um corpo de conhecimentos que traz importantes implicações para o estudo dos processos sociais, para a compreensão da natureza e do próprio conhecimento. Em 1994, escreveu o livro “Realities and relationships”, ampliando seus argumentos. Em resumo, Gergen apresenta cinco pressupostos que caracterizam o discurso construcionista.

O primeiro pressuposto, diz respeito à especificidade cultural e histórica das formas de se conhecer o mundo. Compreende-se que a realidade é construída a partir das descrições permitidas pelas condições sócio-históricas, assim, não há nenhuma relação entre as palavras e a realidade que elas descrevem, mas são as escolhas das palavras, as formas de se descrever que definem e criam a realidade. A linguagem é sustentadora da verdade e a comunicação é a ação sobre esta, conforme Raser e Japur, (2005):

“a linguagem não reflete um mundo independente, mas o constrói a todo o momento. Esta construção da realidade através da utilização de determinadas descrições e explicações se dá a partir das condições sócio- históricas concretas dos sistemas de significação.” (p. 23)

Para exemplificar esse pressuposto, me lembro de como foi importante ter a presença da minha mãe nas internações e cirurgias que fiz quando era criança. Sentia-me segura, pois sabia que ela estava cuidando de mim e sua presença me encorajava a enfrentar situações dolorosas. Pensar sobre o direito das crianças serem acompanhadas por um familiar durante o período de internação hospitalar para mim parecia “natural”,

no entanto, pondero hoje como as condições sócio-históricas em que eu nasci permitiram que essa realidade fosse construída.

Distante deste contexto, as condições históricas que envolveram o surgimento dos hospitais foram marcadas pelo isolamento do paciente de sua vida social e familiar. Explorando esse momento de maneira superficial e não abarcando sua complexidade, os hospitais tinham como função proteger a sociedade de pessoas tidas como perigosas por portarem doenças contagiosas ou doenças mentais. Segundo Cucco, (2006) a partir de 1940 os estudos sobre a infância e sobre os efeitos da privação da mãe, contribuíram com a preocupação do bem-estar das crianças hospitalizadas.

No Brasil, as crianças passaram a ter o direito de serem acompanhadas por um familiar durante a internação nos hospitais públicos, a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (coincidentalmente ao ano em que eu nasci). A companhia, o cuidado e amparo que tive da minha mãe durante os períodos de internação só foram possíveis porque nasci em um contexto que permitiu a construção de um sistema de significação, que criaram sentidos sobre humanização, saúde, e direitos das crianças.

Este exemplo também pode nos ajudar a compreender o segundo pressuposto do construcionismo social, que diz respeito à primazia dos relacionamentos humanos na produção e sustentação do conhecimento. O discurso construcionista considera que o significado das palavras é decorrente de seu uso social e pelas formas que são usadas nos relacionamentos. A linguagem é construída por processos sociais, negociações, conflitos, e consenso. De acordo com Gergen, (1985, p. 303): “Do ponto de vista construcionista, o processo de compreensão não é automaticamente conduzido pelas forças da natureza, mas é o resultado de um empreendimento ativo, cooperativo, de pessoas em relação.”. Sendo assim, as explicações sobre o mundo são resultado da coordenação humana e a fonte do conhecimento é relacional. “As possibilidades de um ato ser definido como inveja, flerte ou raiva, flutuam num oceano de trocas sociais. As interpretações podem ser sugeridas, afirmadas, ou abandonadas na medida em que as relações sociais se desdobram através do tempo.” (Gergen, 1985, p. 305)

Nesse sentido, a definição de cuidado que citei no exemplo acima, envolve a forma como eu uso essa palavra para descrever a relação que tive com minha mãe em situações difíceis. A palavra “cuidado” abarca diversos outros sentidos em outras relações: “Tome cuidado com o que vai fazer”, “Se cuide”, ou “Cuidado, alta tensão!”.

Em algumas situações essa palavra pode significar precaução, em outros, dedicação, empenho, preocupação, responsabilidade. Pode ser usado para descrever algo que foi feito de forma impecável, enfim, seu significado pode ser legitimado ou descartado conforme a negociação de sentidos que fazemos em nossas relações.

Nesse sentido, construir sentidos de humanização com profissionais e usuários os coloca em abertura ao diálogo com diferentes vozes e saberes, negociando a realidade sobre a prática no contexto da saúde.

A interligação entre conhecimento e ação se refere ao terceiro pressuposto do construcionismo social. A busca do ser humano pelo sentido e por motivos específicos para os aspectos do mundo e da realidade permitiu a elaboração de um conhecimento sobre ele, de maneira consensual tomamos esse conhecimento como verdade. As descrições e explicações compartilhadas sustentam formas de viver e agir no mundo, instituições, tradições e a realidade. Gergen, (1985, p. 306) diz: “As descrições e explicações sobre o mundo constituem, elas próprias, formas de ação social. Assim sendo, estão entrelaçadas no amplo leque de outras atividades humanas.”

Dessa forma, a produção de conhecimento é uma ação que necessariamente modifica a realidade. Como exemplo desse pressuposto, podemos destacar os estudos sobre os efeitos negativos da privação de um cuidador familiar como um fator etiológico de agravo à saúde durante a hospitalização infantil, somado aos diversos movimentos em prol dos direitos humanos, da saúde e das crianças, modificou uma realidade cristalizada e criou o direito da criança ser acompanhada quando hospitalizada. As investigações sobre um assunto criam descrições e explicações que constroem novas realidades e práticas sociais.

A valorização de uma postura crítica e reflexiva sobre as formas de descrever o mundo e a realidade se trata da quarta descrição construcionista social. Essa postura de constante crítica, busca a compreensão dos mecanismos de determinadas descrições: para que servem, em que situações e a quem beneficiam. Dessa forma a relativização do que é dado como real e verdadeiro, possibilita a avaliação das tradições e abre possibilidades para escolher a legitimação de outras.

Pedrosa e Brigagão (2014) contam sobre encontros grupais realizados com mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. O objetivo desses encontros era acolher as usuárias do serviço e, sendo aberto, não necessitava de encaminhamentos. Os trechos escolhidos pelas autoras ajudam a compor a idéia de que o grupo com as mulheres se

tornou um importante dispositivo de ação coletiva. Através das discussões sobre situações cotidianas, foi possível compartilhar as naturalizações dos papéis tradicionais nos discursos das mulheres, e problematizar as diversas formas que as relações de gênero assumem no cotidiano, que privilegiam os homens e criando desigualdades.

As autoras relatam que a postura crítica contribuiu com a desconstrução de normas sociais de ações cristalizadas e permitiu a construção de novos modos de pensar sobre si mesmas e de agir no cotidiano.

O quinto pressuposto de Gergen para o construcionismo social, diz respeito às conseqüências de assumir esse discurso. Souza (2014) destaca o efeito de questionar o que é tido como óbvio, quando nos responsabilizamos pela avaliação crítica do que estamos construindo. Isso significa questionar sobre quem ganha e quem perde com a manutenção de algumas formas de vida ou o que podemos ganhar ou perder quando escolhemos construir de uma forma e não de outra. “Avaliar as formas de vida construídas nos jogos de linguagem nos quais participamos é uma ação que nos posiciona como corresponsáveis pela manutenção do *status quo*”. (Souza, 2014 p. 62)

Diante dessas descrições sobre o discurso construcionista social, os autores destacam alguns aspectos. Primeiramente, considera-se que, com o foco no processo de construção do mundo social, o construcionismo é antiessencialista, pois se posiciona de maneira oposta à idéia de que exista uma essência a ser descoberta e a explicar os fenômenos. Rasera e Japur, (2005) apontam que o essencialismo pode se apresentar como determinações biológicas ou culturais.

Como o conhecimento é o que constrói a realidade, o anti-realismo torna-se outra característica construcionista, à medida que desconsidera a idéia de utilizar determinados métodos que revelam o que é real e que este exista independente da nossa percepção, a postura adotada pelo discurso construcionista é o relativismo. (Rasera e Japur, 2005)

Outra implicação é a definição da linguagem como forma de ação social e não como um meio de expressão e transmissão de informações. A linguagem exerce papel ativo nas diferentes formas de construção do real e o foco é dado às interações e práticas sociais, pois são nas relações que as negociações sobre as definições do mundo ocorrem.

Enquanto campo de conhecimento, o construcionismo social dirige a atenção ao processo pelo qual os sentidos são construídos entre as pessoas, portanto as pesquisas

construcionistas não se empenham na estrutura do indivíduo ou da sociedade, mas no sentido que as descrições sobre eles adquirem nas relações interpessoais e no cotidiano.

O discurso construcionista contribui com a investigação da humanização, pois lança um olhar crítico ao modo de definir a humanização enquanto habilidade individual do profissional e aos discursos assistencialistas e paternalistas nas práticas do cuidado. Propõe o resgate ao diálogo, rompendo com as relações hierárquicas entre pesquisador, profissionais e usuários. Esse convite ao diálogo conecta esses atores ao movimento coletivo de humanizar as práticas em saúde.

Além disso, consideramos importante localizar as contribuições da psicologia da saúde para essa investigação, abordando também algumas das pesquisas construcionistas sociais no campo da psicologia da saúde.

1.6 Os aportes da Psicologia da saúde e do discurso construcionista social para a humanização.

A psicologia da saúde constituiu-se enquanto campo de conhecimento, a partir da inserção do psicólogo em serviços de saúde. Spink (2011) aponta que esta entrada se deu por volta de 1982 no contexto brasileiro, quando a secretaria de saúde do estado de São Paulo adotou políticas de desospitalização e formou equipes de saúde mental compostas por psiquiatra, assistente social e psicólogo que passaram a atuar nos centros de saúde. Segundo a autora, esta mudança se deu em resposta ao movimento de Reforma Sanitária iniciada por Franco Basaglia na Itália.

Além disso, as discussões iniciadas a nível internacional sobre os cuidados primários em saúde (Alma Ata em 1978) e as discussões sobre saúde pública na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em Ottawa em 1986, influenciaram as mudanças ocorridas no Brasil no âmbito da saúde pública. Spink (2010) aponta que com a volta da democracia após a ditadura militar, foram criados novos sistemas de assistência à saúde dos trabalhadores ativos, no qual a psicologia se insere no cenário público: “Como consequência, desde a década de 1980, mas mais fortemente a partir de 1990, o sistema de saúde vem abrindo postos de trabalho para psicólogos, que passaram a participar mais substancialmente na promoção da saúde.” (Spink, 2010. p. 44)

Spink (2011) ressalta que esta inserção foi complicada devido à resistência dos demais profissionais e pela carência de embasamento teórico-prático para este novo campo de atuação. Diante deste quadro, a autora destaca três problemas para a psicologia da saúde: a inexistência de conteúdos de saúde pública na graduação e o enfoque na atuação clínica na saúde mental, a compreensão do indivíduo desvinculado do contexto social e a hegemonia do modelo médico compartilhado como verdade pelos profissionais.

Após o período de ditadura militar, da constituição de 1988, em 1990 o Sistema Único de Saúde foi criado com a finalidade de promover o atendimento em saúde à população, como um direito de todos e um dever do Estado. Este novo sistema contribuiu para a abertura de oportunidades para profissionais de saúde. (Spink, 2010)

Apesar de ter se constituído um novo campo de atuação para os psicólogos, esta defasagem de conteúdos de saúde pública na formação profissional somado à prática hegemônica de atendimento clínico individuais, posicionou a psicologia como suporte científico das ideologias dominantes e das relações hierarquizadas de poder. (Dimenstein, 2001)

“Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS.” (Dimenstein, 2001 p. 59)

Dessa forma, a atuação da psicologia na saúde pública abarca o que Spink (2010) aponta como um “trabalho com a complexidade”, tanto com relação à multiplicidade de teorias psicológicas quanto com a diversidade que o campo da saúde engloba: história, política e cultura.

A construção desse argumento visa legitimar a psicologia social como possível forma de atuação que se insere na saúde pública, sendo um campo de conhecimento que tem a sociabilidade como foco e, nos distancia da “sedução da simplificação” (Spink, 2010 p. 45)

Spink (2010) discute também que, desde a inserção dos psicólogos na década de 80 nas equipes multidisciplinares, principalmente na atenção básica, iniciaram-se algumas mudanças na formação do psicólogo. Os discursos tradicionais da psicologia no Brasil abriram espaço para discussões que objetivam reverter a supervalorização da

especialização, o foco na clínica individual, a pouca experiência de trabalho em equipes e a participação popular na gestão, e o destaque para a teoria em detrimento das reflexões sobre políticas públicas.

Considerando a psicologia da saúde como um campo de investigação, produção de conhecimento e prática, esses esforços em direção à relativização do papel da psicologia na área da saúde, contribuíram com a ampliação de práticas que promovem a humanização. Em intersecção a psicologia da saúde, o discurso construcionista colabora com o aumento dessas possibilidades.

Martins, Santos e Guanaes-Lorenzi (2014) apresentam como a orientação construcionista social tem colaborado com o desenvolvimento de um programa de assistência familiar em um hospital dia. Os autores se pautam nas características do discurso construcionista como, a ênfase na linguagem, no contexto sócio-histórico, e nos processos interativos para desenvolver um trabalho colaborativo junto à família das pessoas internadas em um hospital-dia, de forma que eles se tornem protagonistas do tratamento.

Sob o olhar crítico às narrativas dominantes, esta prática busca ampliar e incluir descrições de si, tanto dos pacientes, quanto dos familiares, que rompam com os estigmas dos diagnósticos e preconceitos. Este convite à multiplicidade de vozes e a valorização das diferenças, inclui aspectos das experiências vividas como recurso para a construção e reconstrução de histórias que favoreçam o bem-estar. Além disso, esta prática contribui com a democratização do saber e a co-responsabilidade ao incluir os familiares nas decisões, favorecendo o fortalecimento da rede social e a continuidade do contexto de vida em família, caracterizando-se como uma prática de humanização

Nesta mesma perspectiva, a construção de uma prática grupal em uma unidade básica de saúde realizada por Souza et al. (2014), problematiza a atuação dos psicólogos em instituições públicas de saúde sem nenhum foco em práticas coletivas, na construção de redes sociais ou no empoderamento coletivo. Realizam, portanto um trabalho em que as práticas grupais são entendidas como construções sociais e, sob esse olhar, buscaram ações que produzissem relações menos hierarquizadas entre profissionais e usuários e promovesse a humanização.

“... o espaço grupal é rico na multiplicidade de versões de self possíveis para os participantes (Rasera & Japur, 2001), sendo que, a opção pelas descrições de si apreciadas (em vez de descrições de si problemáticas) pode ser um caminho de exploração de recursos para coconstrução da saúde.” (Souza et al. 2014, p. 195)

Essas práticas descritas acima denotam como o discurso construcionista social contribui com a construção de recursos para o cuidado em saúde humanizado, através da reflexividade diante dos discursos que constituem as práticas sociais, da compreensão da linguagem enquanto produtora de realidade e, portanto, da inseparabilidade entre pesquisa e intervenção. A partir deste argumento, apresentaremos no próximo capítulo os caminhos que tomamos para a construção dessa investigação.

2. MAPA: A TRAJETÓRIA DA CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

O discurso que descreve a humanização como “movimento” é o que nos fez escolher o resgate do diálogo e a ampliação do vínculo entre profissionais e usuários. Por isso, acreditamos que o fomento de uma discussão sobre humanização, promove a revisão de conceitos estáveis e minimiza os riscos de paralisação e reprodução de sentidos. O objetivo geral pensado para a elaboração dessa pesquisa é construir sentidos de humanização com profissionais de saúde e usuários de uma Unidade Básica de Saúde, possibilitando reflexões sobre as aproximações e divergências dos sentidos de humanização.

A construção desse capítulo se deve à expectativa de se descrever o método para realizar pesquisas no campo da psicologia. Esta descrição em trabalhos científicos tradicionalmente se refere ao método como um conjunto de procedimentos usados pelo pesquisador para conhecer a realidade ou fenômeno que se propõe estudar. (Moscheta, 2011).

Em contraposição a essa descrição do método, o discurso construcionista social prefere apresentá-lo enquanto uma intervenção produtora de realidades, considerando as metodologias de pesquisa enquanto linguagens sociais. Por isso, decidimos descrever a trajetória metodológica como “mapa”, isso significa dizer que tomamos alguns caminhos e deixamos outros para trás. Essas escolhas construíram o processo de investigação de um modo específico.

Compreender os métodos científicos como linguagens sociais significa considerar os discursos produzidos em um determinado sistema, por uma sociedade em um período histórico localizado, como linguagens que, ao se difundirem através dos processos de socialização possibilitam a construção de sentidos. Este é um argumento defendido por Spink (2003) que aponta:

“Como toda linguagem social, ‘a linguagem dos métodos’ tem funções identitárias que geram jogos de posicionamentos e processos de defesa identitária. E, como todo processo de defesa identitária, também os métodos, vistos como linguagens sociais, têm funções estratégicas no jogo concorrencial entre as diversas correntes da psicologia social, desta com os demais domínios da psicologia e desta com o campo científico.” (p. 8)

O discurso construcionista social foi construído a partir das críticas ao discurso da ciência moderna, como já exposto no capítulo anterior. Law, (2004) aponta outra crítica aos métodos da tradição moderna na atualidade, afirmando que são importantes para algumas investigações, no entanto, são mal adaptados para as ciências sociais e dizem respeito a um conjunto de contingentes Euro-Americanos historicamente específicos. Através deles, nos é dito como devemos olhar e o que devemos fazer quando investigamos.

Law (2004) se reporta a Latour e Woolgar para criticar este modo de investigação, sugerindo que esta forma de produzir conhecimento diz respeito à manipulação de inscrições e declarações, como um exercício literário. Sugere, portanto, que o método é “performativo”, ou seja, constrói realidades e cria novas versões de mundo, sendo que esta atuação repercute na teoria e procedimentos que o pesquisador adota.

Law, (2004) também aponta que tradicionalmente debatemos as regras e os procedimentos metodológicos, no entanto, não nos questionamos sobre a real necessidade de se propor tais regras e procedimentos, gerando o que o autor menciona de “senso comum da pesquisa”. O autor sugere que transformemos nossos hábitos metodológicos herdados da modernidade, que se caracterizam por apresentarem um estudo conclusivo sobre uma realidade através de um método “rápido” e “seguro”.

Além disso, Law (2004) argumenta que é preciso abandonar as expectativas que criamos de chegar a conclusões mais ou menos estáveis sobre a forma como as coisas realmente são. Este argumento anti-realista se opõe a idéia de que, enquanto “cientistas” somos capazes de conhecer mais sobre determinadas partes da realidade social do que os outros. Considerar o processo de investigação enquanto uma performance, implica em abdicar da expectativa de alcançar resultados confiáveis e seguros que os métodos tradicionais supostamente oferecem.

Moscheta, (2011) discorre sobre as implicações que esta definição acerca dos métodos produz:

“Em primeiro lugar, a descrição de método oferecida por Law rompe com a separação e a independência entre o pesquisador e o objeto de seu estudo e portanto, rompe com distinções tradicionais de fora/dentro, subjetividade/objetividade, interpretação/fato. Por conseguinte, nega-se a possibilidade de construção de representações realistas por parte do pesquisador na medida em que a distinção realidade e representação não mais faz sentido. O método deixa de ser uma ferramenta ou um meio para se alcançar um fim, e passa a ser um processo produtivo indissociável de seu produto. Finalmente, se a

atividade do pesquisador cria o processo e o produto ao mesmo tempo, o método não pode ser previsto, prescrito ou previamente definido, pois necessita de sua atuação (performance) para que se constitua sempre em ressonância com seu contexto de produção” (Moscheta, 2011 p. 92)

Deixar os discursos da ciência moderna implica em assumir novos discursos para a produção do conhecimento. Ibáñez, (2001) destaca duas dimensões da linguagem pós-moderna sobre a ciência, a primeira é a dimensão crítica (anti-moderna) que visa desconstruir o discurso da modernidade e seus pressupostos ideológicos e a segunda é a dimensão de legitimação de uma nova era emancipatória dos fins totalitários da modernidade. Uma das ferramentas pós-modernas é o relativismo, que visa legitimar as diferenças e enfatizar a fragmentação da realidade, dos sujeitos e das verdades.

Estas mudanças nos discursos produziram diferentes formas de se pensar o fazer científico, sendo uma delas o construcionismo social. No entanto, cabe ressaltar que assim como a modernidade envolve possibilidades e limites para a ciência, a pós-modernidade também. Ibáñez, (2001) diz que a modernidade introduziu formas de dominação, assim como a pós-modernidade, porém, a pós-modernidade trouxe críticas e desmistificação da modernidade que nos sensibiliza para estes efeitos dominantes.

Tomando as descrições da ciência moderna e pós-modernas como linguagens sociais, podemos acessar a “linguagem dos métodos” e responder ao convite de McNamee, (2014) para adentrar nos mundos de pesquisa. Estes são entendidos como um produto de negociações históricas, ou seja, foram construídos pelas ações coordenadas entre as pessoas.

Ainda sobre os discursos pós-modernos, Moscheta, (2014) ressalta que se caracterizam pela rejeição às definições totalizantes e desconfiança com relação às metanarrativas¹. Portanto, são legitimadores das diferenças se opondo à ciência moderna que as eliminam através da generalização.

Sendo assim, a sugestão construcionista social para as pesquisas das ciências sociais é de não adotar verdades universais, mas sim, o pluralismo radical, para que se possam ampliar as possibilidades de denominar e avaliar as traduções culturais que definem a realidade. (Gergen & Gergen, 2010)

¹ “Modos de se falar sobre algo que legitimam a si mesmos como válidos, completos e universais.” (MOSCHETA, 2014 p. 33)

O método construcionista social para pesquisas relacionais propõe que a produção do conhecimento se dá no processo de intercâmbio social. Os participantes ou sujeitos da pesquisa, como eram caracterizados na ciência moderna, são convidados a serem copesquisadores, que juntos, criarão novos sentidos e produzirão novas realidades a partir desse encontro.

Esta mudança promovida pela pesquisa é descrita como localmente útil e generativa: “Cada vez que nos engajamos com outros e com nosso ambiente, a possibilidade de criar sentidos novos e, assim, visões de mundo novas, está sempre presente” (McNamee, 2014 p. 112)

As mudanças no modo de pensar as investigações científicas implicam em mudanças no fazer científico, McNamee, (2014) pontua três destas mudanças. Primeiramente, o abandono de uma racionalidade individual para uma racionalidade compartilhada define que a pesquisa não é mais uma “propriedade cognitiva” de um indivíduo.

A segunda se refere à exclusão do método empírico para a construção social, ou seja, a maneira como se conduz uma investigação e a forma como são descritas se relacionam com uma tradição específica que a constitui. Por fim, a linguagem é concebida como ação social e não mais como representante da realidade, assim, cada descrição e explicação do mundo se constituem como uma ação social.

Uma das possibilidades de construção de uma metodologia para a pesquisa relacional é a construção de grupos. Brigagão et al., (2014) apontam que pessoas em interação permitem a vivência de situações similares às do cotidiano.

Em pesquisas com grupos, a formalidade das entrevistas semi estruturadas são substituídas por conversas descontraídas, que podem facilitar a demonstração de idéias e afetos. Neste contexto interativo, os autores apresentam a possibilidade da circulação de repertórios oriundos de três tempos estabelecido por Spink e Medrado (2013)

Os repertórios lingüísticos provenientes do Tempo Longo se relacionam com a construção dos conteúdos culturais que compõe os discursos de um contexto histórico e social específicos. Estes repertórios são fragmentos de discursos reproduzidos no cotidiano, que dão acesso aos significados construídos historicamente.

“O tempo longo constitui o espaço dos conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios de saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum. Esses conhecimentos antecedem a vivência da pessoa, mas se fazem nela

presentes por meio de instituições, modelos, normas, convenções, enfim, da reprodução social.” (Spink & Medrado, 2013 p. 30)

O Tempo Vivido condiz com repertórios presentes nas narrativas pessoais e na construção das identidades a partir do processo de ressignificação dos conteúdos históricos proveniente dos processos interativos: “Entretanto, o tempo vivido é também o tempo da memória traduzida em afetos. É nosso ponto de referência afetivo, no qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identitárias” (Spink & Medrado 2013 p. 33).

Já os repertórios lingüísticos do Tempo Curto se relacionam com o aqui e agora das conversações, com o tempo e dinâmica da interação, com os jogos de posicionamento que presentificam as vozes do Tempo Longo e do Tempo Vivido (Spink & Medrado, 2013).

Os grupos também permitem que as pessoas assumam posições sobre um determinado tema, compartilhem experiência, negociem e produzam sentidos conjuntamente. Nas práticas discursivas, os jogos de posicionamento podem ocorrer quando um diz e posiciona o outro (interativo) ou quando a própria pessoa se posiciona no grupo (reflexivo), de todas as maneiras, os posicionamentos são produções conjuntas de sentidos através do uso da linguagem (Spink, 2010)

Brigação et al, (2014) lembram sobre a importância dos detalhes na composição do grupo, número de participantes, número de encontros, coordenação, intervenção dos coordenadores para facilitar a expressão dos diversos pontos de vista, aspectos éticos, registro das impressões e gravação dos áudios, mas, principalmente lembram que a presença do pesquisador altera a dinâmica das relações.

Neste modelo de pesquisa, a atenção do coordenador do grupo está voltada para a negociação de sentidos, para a forma como os argumentos são apresentados, compartilhados e complementados nas falas dentro do grupo, nesse sentido, a pesquisa com grupos abre possibilidades de fugir dos padrões normativos de pesquisa.

A investigação com grupos sob uma definição performática se caracteriza como uma intervenção, pois, seu foco está em explorar os diferentes modos de vida possíveis quando empregamos uma forma de falar e agir, em vez de outra. Assim, o que justifica a escolha de uma investigação com grupos, é ter como principal objetivo construir sentidos de humanização com profissionais e usuários.

Os grupos possibilitam uma intervenção que fomenta o diálogo, que se conecta com o movimento coletivo, e que produz novos sujeitos e novos modos de se produzir

saúde. Além disso, negociar sentidos de humanização em grupo caracteriza uma investigação focada em processos relacionais, ou seja, em como as interações mantêm, desconstroem, ou reconstroem ontologias locais ou "formas de vida". (McNamee, 2010)

Com base nessas considerações um grupo de profissionais e um grupo de usuários foram convidados a serem co-autores, performando² a investigação. Na construção relacional de significados, somos confrontados com uma infinidade de opções, cada uma com suas implicações. Essas implicações ou “resultados” não são generalizáveis, mas são úteis para esta comunidade inserida em um contexto cultural e histórico. (McNamee, 2010)

O primeiro passo dessa trajetória metodológica foi apresentar a proposta de intervenção para os profissionais da Unidade de Saúde, que ocorreria através de atividades em grupo que incluísse os profissionais e usuários. As descrições dos passos seguintes compõem a segunda parte da dissertação, chamadas de “episódios”, pois representam momentos de interação com o campo de investigação.

A escolha em organizar a construção do campo de investigação em episódios, se refere a uma proposta de escrita científica que rompe com o modelo tradicional e incorpora a crítica às pesquisas modernas. Como discutido nesta seção, o modelo tradicional sugere a neutralidade do pesquisador, que coleta os dados e os analisa, pressupondo que estes existam independentes de sua ação. (Moscheta, 2011)

Moscheta, (2011) argumenta que este pressuposto é resultado do uso da linguagem para trabalhos reconhecidos como científicos, que ampara a divisão da escrita em introdução, método, resultados e análise. Sendo assim, uma das implicações em assumir a postura crítica a este modo de pesquisar, é ponderar a estrutura e escrita dos trabalhos científicos. Nesse sentido, a elaboração dos episódios representa o rompimento com o modelo tradicional, e apresenta a pesquisa como processo, o que permite que o leitor acompanhe a construção do campo de investigação, dos registros e da discussão.

Além disso, temos dois eixos que orientam a investigação, um deles é olhar para a construção de sentidos de humanização no campo de investigação como também, olhar a humanização no processo de pesquisar. Dessa forma, a descrição do processo

² A metáfora da performance é útil para diferenciar os métodos que focam a transmissão de conhecimentos de um método que foca o processo, ou seja, às maneiras em que os participantes criam sentido juntos. O caráter performático da investigação é sensível ao contexto e às relações: Uma performance requer um "outro relacional." À medida que nos envolvemos uns com os outros na investigação, criamos um mundo, uma realidade vivida. (McNamee, 2010)

nos permite pensar o que na relação entre pesquisadora, profissionais e usuários constrói sentidos de humanização, tornando-se útil para a discussão. A perspectiva relacional para a construção de conhecimento também sustenta o referencial de que a produção de sentidos se dá no intercâmbio social, o que nos orientou a organizar os episódios a partir dos momentos relacionais deste processo.

Sendo assim, a construção dos episódios corresponde ao encontro com profissionais, usuários e com ambos, abarcando três eixos: a) o conteúdo do que os profissionais e usuários construíram durante os encontros b) a discussão teórica que relaciona os conteúdos aos discursos produzidos pela literatura científica e c) a discussão do processo, que diz respeito à reflexão do que vivi enquanto pesquisadora e o que essas experiências dizem sobre humanização. Outro aspecto que compõe os episódios é o plano pessoal, que atravessa esses eixos justificando minhas escolhas, expectativas e interesses que contribuem com a construção do campo.

Com relação aos conteúdos produzidos pelos profissionais e usuários, cabe ressaltar como ocorreu minha interação com os registros. Após a transcrição do áudio buscamos compreender como a humanização estava sendo descrita e como ocorria a negociação dos sentidos. Considerando que o uso da linguagem sustenta práticas discursivas que atravessam o cotidiano, identificamos as narrativas através da dinâmica dos enunciados e da negociação de sentidos. (Spink, 2013).

Baseando-se na perspectiva bakhtiniana, Spink (2013) aponta que os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se encontram e, neste encontro, as práticas discursivas se constituem da dinâmica dos enunciados, dos gêneros de fala e dos conteúdos:

“Os conceitos de *enunciados* e *vozes* caminham juntos na abordagem de Bakhtin: ambos descrevem o processo de *interanimação dialógica* que se processa numa conversação. Em outras palavras, os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a, uma ou mais pessoas e esses se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos. As *vozes* compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes (ou *presentificados*) nos diálogos.” (Spink, 2013 p. 25)

Já os gêneros de fala são os enunciados estabelecidos consensualmente que moldam a forma e o estilo das enunciações, por exemplo, em uma festa de aniversário, o enunciado mais comum é: “Parabéns”, ou “feliz aniversário” quando se dirigem ao aniversariante, no entanto, com as demais pessoas presentes na festa, outro enunciado

utilizado com frequência pode ser: “Oi, tudo bem?”. Spink, (2013) também diz que o conteúdo das narrativas pode ser orientado pelo contexto argumentativo, nesse caso, em como profissionais e usuários descrevem um atendimento humanizado. Assim, os enunciados que precediam as narrativas foram identificados e descritos levando em conta o conteúdo e o processo de negociação de sentidos.

PARTE II – CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

PRIMEIRO EPISÓDIO: OS LIMITES DA HUMANIZAÇÃO

O termo “humanização” visto como movimento em direção a novas práticas no cuidado à saúde está pautado na valorização dos sujeitos, em relações dialógicas e em trocas solidárias. Dessa forma, se constitui como possibilidade de aumentar a qualidade da assistência e de uma nova ordem relacional (Deslandes, 2004). A institucionalização da humanização através da PNH, apesar de ter princípios de acordo com este movimento assume no cotidiano um caráter polissêmico que implica em diversas práticas.

Inicialmente, quando começamos a desenhar esta pesquisa, pensamos que as divergências e convergências a respeito do conceito de humanização e as diversas práticas produzidas por elas, reverberavam em uma dificuldade para a consolidação do atendimento humanizado. No entanto, ao longo do processo de investigação questionamos: Como um único modo de falar sobre humanização pode contribuir com a superação das dificuldades relacionais? Portanto, optamos por provocar o diálogo e a reflexão, e assim, explorar as várias formas de humanização que profissionais e usuários produzem em seu encontro no dia-a-dia.

Escolhemos realizar essa pesquisa-ação em uma unidade básica de saúde, pois, como discutimos anteriormente, a atenção básica e a humanização caminham juntas. Neste episódio contaremos sobre como foi o encontro com os profissionais de saúde da UBS em questão, o que foi dito e como as narrativas se articulam com a literatura disponível sobre humanização. Faremos também reflexões sobre as etapas do processo da investigação e de que forma minha história de vida e experiências pessoais participaram de sua construção.

Alguns cuidados éticos foram tomados. Antes de começar, fiz contato com o Comitê de Ética responsável pelo desenvolvimento de pesquisa em Unidades Básicas de Saúde de Maringá (CECAPS) e assim que obtive permissão para seu desenvolvimento o projeto foi encaminhado ao Comitê Permanente De Ética Em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – COPEP da Universidade Estadual de Maringá para a aprovação.

O projeto foi aprovado e foram sugeridas três unidades de saúde, mas apenas uma pôde receber a pesquisa. O primeiro contato com a unidade de Saúde foi através de uma ligação para a diretora, marcando um horário para que eu pudesse esclarecer pessoalmente os principais aspectos sobre a pesquisa. Ela já havia sido informada que eu faria o contato por meio de um comunicado interno enviado pelo CECAPS³. Nessa conversa, pude dizer quais eram os objetivos, prevendo para a metodologia a participação de uma equipe de profissionais da unidade e um grupo de usuários atendidos por essa equipe em três encontros: com profissionais, usuários e por fim, com os dois grupos.

A unidade se localiza no município de Maringá, no bairro Grevíleas. Sua área de atendimento abrange os bairros Grevíleas I e II, Parque Avenida, Parque Eldorado e Jardim Licce. Conta com duas equipes do programa saúde da família, composta por Agentes Comunitários de Saúde, médico e enfermeiro, atendendo 10.669 pessoas cadastradas. Ademais, oferece assistência médica, odontológica, psicológica e nutricional.

Encontrei-me pessoalmente com a diretora da unidade, e pude explicar melhor como a pesquisa aconteceria. Ao ouvir sobre o tema, ela disse que humanização era uma prioridade para a UBS, mostrando interesse que uma das equipes participasse. Questionei se havia GTH (Grupo de trabalho de humanização) na unidade, onde, os profissionais se reúnem para discutir a humanização. Eu planejava aproveitar esse espaço. No entanto, ela me informou que eles foram proibidos pela secretaria municipal de saúde de fazer reuniões com toda a equipe de profissionais da unidade no mesmo horário, uma vez que houve reclamações por parte dos usuários quando a UBS estava fechada por um período. Apesar disso, a diretora me disponibilizou o horário das duas reuniões de equipe de PSF onde eu poderia propor a pesquisa.

Compareci na primeira reunião e expus a proposta metodológica e o tema, a enfermeira que coordena a equipe me disse que eles não poderiam participar, pois a médica voltaria de férias na próxima semana e não teriam disponibilidade de horários. Ela pediu que eu fosse à outra reunião na próxima semana e me levou até a sala de triagem, onde a enfermeira que coordena a outra equipe estava atendendo.

³ Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde: Responsável por Firmar termo de cooperação entre as instituições de ensino e a Secretaria Municipal de Saúde, regulamentando pesquisas, projetos de extensão e visitas a serem desenvolvidos nas Unidades de Saúde de Maringá.

Falei brevemente com ela que gostaria de propor uma pesquisa sobre humanização para ela e sua equipe, imediatamente ela respondeu: “o que podemos falar sobre humanização quando tenho 60 pacientes pra atender até 12:00?” Entendi que esse tema poderia ter utilidade para ela, mas também, havia uma alta demanda de trabalho que criava a dificuldade em reservar um momento para participar da pesquisa.

Essa fala da enfermeira foi muito significativa para mim, pois sinalizou sofrimento com relação às condições de trabalho. Identifiquei-me com essa situação, pois, meu primeiro trabalho como psicóloga foi em um convênio de saúde, em que eu prestava atendimento psicológico, em média, a vinte e cinco pessoas por dia. Tais condições me deixavam sobrecarregada por não ter autonomia sobre meu ritmo de trabalho e por fazer um esforço contínuo para manter a qualidade do vínculo, da relação, da escuta e do acolhimento.

O que essas condições de trabalho nos dizem sobre humanização? Em outras palavras, acredito que o que a enfermeira queria me dizer era: como posso falar com você sobre humanizar meu atendimento enquanto eu trabalho como máquina?

A melhoria das condições de trabalho compõe um dos eixos da PNH, que, além de reconhecer a desvalorização dos profissionais a precariedade das condições de trabalho e o baixo investimento em processos de educação, apresentam estes aspectos como limitadores para a humanização. Diante disso, a política propõe que a reorganização do trabalho em equipes multidisciplinares auxilia na construção de um trabalho coletivo e na busca conjunta de soluções. Essa proposta pode ser operada através de três programas que visam atender essa problemática: A gestão participativa, trabalho e redes de saúde e grupo de trabalho de humanização.

Em tese, a “gestão participativa” garante compartilhar o poder nas decisões, verticalizar as relações entre os profissionais através da co-análise, co-decisão e co-avaliação. Já o programa “trabalho e redes de saúde” promete a formação em saúde e trabalho (PFST) onde é necessário criar tempo e um espaço de diálogo entre profissionais sobre temas ligados ao aprimoramento das relações interpessoais. O “grupo de trabalho e humanização”, enquanto proposta funciona como um espaço de reflexão sobre processos humanizadores.

No entanto, Lacaz e Sato, (2011) apontam que a realização dessas atividades são dificultadas pelo ritmo do trabalho que não permite a criação de espaços e momentos de apropriação reflexiva sobre o próprio trabalho. Um exemplo dessa

afirmação é a proibição do GTH ser realizado nas unidades pela secretaria municipal de saúde por tomar tempo em que os profissionais deveriam estar atendendo e não se reunindo.

Como humanizar as condições de trabalho? Se aos profissionais é dado o “poder” de terem mais autonomia nas decisões, ou incentivo a reflexão, diálogo, dinâmicas educativas, mas não lhes é dado tempo para criar esses momentos no cotidiano? De maneira perversa existem propostas para a melhoria das condições de trabalho, ao mesmo tempo, lhes são tomadas pela alta demanda, protocolos padronizados que burocratizam o atendimento, divisão das tarefas que dificultam o trabalho coletivo, alteração dos vínculos empregatícios com a negação dos direitos constitucionais dos trabalhadores e a precarização dos ambientes, onde os profissionais devem atuar de forma humanizada, mas em condições desumanas. (Villar, 2009)

Aliado a isso, como discutimos no primeiro capítulo, os profissionais são descritos por alguns autores da literatura científica como responsáveis em oferecer atendimento humanizado. Rego et al, (2008); Hennington, (2008) e Barbosa et al, (2013) consideram que o trabalho em saúde pressupõe habilidades comunicacionais e o cuidado que parte do profissional é considerado como prática de humanidade e fraternidade que deve ser inerente a ele: “O cuidado é uma expressão de nossa humanidade; ele é essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.” (Waldow & Borges, 2011 p. 417)

Em uma revisão bibliográfica sobre humanização Silva et al, (2013) aponta como resultados a apresentação do trabalhador de saúde enquanto um ser dotado de naturalidade que realiza “bons atos”. Diante dessas referências, percebemos que os profissionais são responsabilizados pela desumanização, e em outro pólo são vítimas da lógica de competitividade e individualismo impostos pelo sistema econômico e fragilizados pelo conviver contínuo com a dor, sofrimento, morte e miséria.

Em meio a esses pólos de culpabilização e vitimização dos profissionais Ceccim e Merhy, (2009) discutem a humanização sob uma perspectiva micropolítica. Na análise macropolítica, a relação que se estabelece entre profissionais e usuários são permeadas por “forças externas” que antecedem o encontro e “capturam” os profissionais numa “ausência de interação”. A perspectiva macropolítica analisa esta relação como fria, tecnicista, centrada em procedimentos e orientada pelo modelo biomédico, onde as pessoas são tomadas por objeto ou por um diagnóstico de doença,

Os autores indicam outra forma de análise da relação entre profissionais e usuários a partir de uma visão micropolítica. Isso significa considerar que a interação no contexto da saúde acontece de forma singular. Focar a análise da humanização nos usuários significa centralizar a atenção no contato com a alteridade, o que produz atenção para além das “forças externas”.

Este modo de pensar a atuação dos profissionais nos aponta uma possibilidade que se difere das visões polarizadas. Os sentidos para a humanização construídos coletivamente previnem a culpabilização que pode gerar desresponsabilização, pois as responsabilizações únicas nos isentam da participação nas transformações necessárias e nos faz repetir os modelos que criticamos. (Pedroso e Vieira, 2009)

Considerando essas maneiras como a literatura científica descreve os profissionais, poderíamos supor modos de compreender a fala da enfermeira: primeiramente, através de um discurso individualista que aponta que ela deveria buscar em si mesma, modos de atender de maneira humanizada, que seja inerente ao profissional de saúde. Ou poderíamos apenas criticar as condições de trabalho, a organização do SUS e sua precariedade que gera sofrimento nos trabalhadores e os impedem de atuar de forma humanizada. No entanto, o desenvolver desta pesquisa foi um convite para que ela e outros profissionais pudessem nos contar sobre um atendimento humanizado, e isso nos permitiu considerar posteriormente a singularidade desses encontros com o usuário e entender quais são os facilitadores e limitadores da humanização em seu cotidiano.

Como a proposta que eu tinha para ela abrangia sua equipe em uma discussão coletiva, expliquei que eu pretendia convidar profissionais e usuários a um diálogo sobre humanização, ela pediu que eu viesse no final da sua reunião de equipe para conversarmos melhor. Quando cheguei, fui recebida com alguns receios, pois ela me pediu para ver o documento que comprovava a aprovação do comitê de ética. Eu disse que se tratava de uma pesquisa de mestrado, e que os encontros tinham como objetivo intervir de forma produtiva para relação entre profissionais de saúde e usuários.

Depois de me ouvir, ela falou que esse era um assunto que considerava muito importante e que organizaria os horários para que todos da equipe estivessem presentes. No dia e horário combinado, fui até a UBS para o primeiro encontro com a equipe de profissionais (Enfermeira, médica, e cinco Agentes Comunitários de Saúde).

A construção deste encontro foi baseada em um roteiro prévio construído para outra pesquisa⁴ e adaptado para os objetivos deste trabalho. Inicialmente, agradei pelo espaço que foi disponibilizado, dizendo que, enquanto pesquisadora do campo da saúde, tenho uma preocupação com o tema humanização, e não apenas como profissional, mas também como alguém que utiliza os serviços de saúde. Sendo a humanização um aspecto central no SUS, enfatizei que conhecemos a PNH e seus desdobramentos, no entanto, o foco da conversa estava nas experiências cotidianas que envolvem a humanização, nas histórias que elas teriam para me contar sobre sua prática.

Expliquei que esta intervenção previa a participação de um grupo de usuários, pois, pensamos que profissionais e usuários podem compartilhar experiências de humanização e negociar os sentidos que compõe este termo, criando aproximações e diálogo entre os dois grupos.

Antes de iniciar o roteiro do encontro, combinamos o tempo de duração da nossa conversa e a importância da contribuição de todos. Devido à gravação do áudio, pedi que falassem uma de cada vez, com respeito mútuo e sigilo entre o grupo sobre o que iríamos conversar. Somente depois que todas concordaram, tiraram dúvidas e assinaram voluntariamente o TCLE, iniciei a gravação.

A primeira etapa do encontro se deu com um aquecimento inespecífico, em que cada uma deveria falar o próprio nome e há quanto tempo trabalham no serviço de saúde. Posteriormente, deveriam completar a frase: “Para mim ser ‘ACS’, ‘enfermeiro(a)’ ‘médico(a)’ é...”. Este enunciado desencadeou trocas discursivas sobre ser profissional de saúde em três modos diferentes de descrever a si mesmo: 1) O trabalho como forma de gratificação pessoal “eu estou há 15 anos sendo agente de saúde, amo o que faço e é gratificante”(Selma, ACS), 2) Como um meio de ajudar as pessoas, “faz oito anos que trabalho aqui e pra mim ser ACS é como se fosse assim, um meio de ajudar as pessoas com quem estou trabalhando”(Maria, ACS) e 3) como um desafio, “gosto muito do que faço, mas pra mim também é um desafio.”(Isabel, Enfermeira)

A segunda etapa consistiu em um aquecimento específico, com a finalidade de sensibilizá-las⁵ para o tema que seria abordado. Três cartazes foram dispostos na sala: Concordo, discordo e tenho dúvidas. Todas ficaram em pé e à medida que eu lia as

⁴ O Roteiro original foi criado por Emerson Fernando Rases para a pesquisa “Análise do Acesso e Qualidade da Atenção à Saúde da População LGBT no SUS” em 2014.

⁵ A equipe de profissionais de saúde era composta somente por mulheres.

frases, elas deveriam ir para um dos locais, conforme sua opinião a respeito da frase lida. As frases foram baseadas nas dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para a consolidação de um atendimento humanizado, apontados pela PNH, como por exemplo:

“Eu me sinto a vontade para conversar com meus colegas de trabalho sobre as dificuldades que enfrento no trabalho”, “Frequentemente participo das capacitações ou processos de educação oferecidos pelo município ou por outra instituição”, “Sinto que a demanda pelo meu trabalho é maior do que posso oferecer”, “Em minha opinião tenho um bom relacionamento com os usuários da unidade”, “Quando preciso posso contar com a equipe a qual faço parte”, “Sinto que preciso aprender mais sobre o meu trabalho”, “Geralmente sou bem recebido nas visitas domiciliares”, “Sinto que meu trabalho não é tão valorizado quanto eu gostaria que fosse”, “Fico tocado emocionalmente com algumas histórias que ouço dos usuários” e, “Em geral, me sinto respeitado pelos usuários com quem trabalho”.

Além de deixar o clima mais dinâmico, essa etapa nos permitiu refletir quais respostas são dadas quando falamos sobre as dificuldades do trabalho. As profissionais que trabalham a mais tempo no serviço público de saúde sentem maiores dificuldades, e quando outras profissionais não concordam com algumas afirmações, tiveram sua opinião desqualificada pelo grupo sob a justificativa de que estão há menos tempo, e por isso ainda não tiveram experiências difíceis.

Apesar dessa discordância, o grupo respondeu que podem contar com a equipe a qual fazem parte e se sentem a vontade para conversar entre si sobre as dificuldades do trabalho. Participam de capacitações ou processos de educação oferecidos pelo município, mas sentem que precisam aprender mais sobre o seu trabalho.

Concordam que a demanda pelo trabalho é maior do que podem oferecer, mas respondem que têm um bom relacionamento com os usuários da unidade e que são bem recebidas nas visitas domiciliares. De forma geral, se sentem respeitadas pelos usuários com quem trabalham, sentindo-se tocadas emocionalmente pelas histórias que os usuários contam. No entanto, sentem que seu trabalho não é tão valorizado quanto gostariam que fosse.

A terceira etapa do encontro consistiu em um exercício de lembrança, em que, pedi que todos respirassem calmamente adotassem uma postura confortável e fechassem

os olhos. Enfatizei que esta atividade exigia concentração e que se chamava: “Um atendimento marcante em saúde”. O seguinte texto foi lido:

“Por algumas razões vocês escolheram seguir profissões ligadas ao cuidado da saúde. Muitas pessoas já se beneficiaram por causa desta opção. Desde que começaram a trabalhar, vocês tem vivido diversas relações, com os demais profissionais, com os gestores, e com os usuários. Já se encontraram com muitos usuários e nesses encontros foram muitas emoções e sensações sobre o trabalho que vocês faziam e sobre quem vocês atendiam. Em alguns desses encontros vocês sentiram algo especial, e que haviam realizado um atendimento humanizado e ficaram satisfeitos com isso. Lembre-se agora de uma dessas situações... Quando foi? Por que foi? Agora, lembre de outra situação que você sentiu que estava fazendo um atendimento humanizado. Quando foi? Por que foi? Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória. Por que ela ficou marcada? O que ocorreu? Quem estava presente? O que você fez? E os outros, o que fizeram? Como você se sentiu? Por quê? Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

Em seguida, pedi que formassem duplas para contar sobre sua lembrança, dizendo apenas o que se sentiam confortáveis. Orientei que elaborassem uma lista do que entenderam que significa humanização a partir das histórias compartilhadas e, por fim, contaram ao grupo suas experiências e conclusões.

Esse convite à produção de sentidos sobre humanização coloca a linguagem em ação, isto é, sob a perspectiva relacional de produção de sentidos as práticas discursivas acontecem quando pessoas se posicionam em relações sociais cotidianas. No final, a gravação do encontro com os profissionais foi transcrita e doze narrativas foram identificadas pelos seus enunciados. Esta forma de organização nos permitiu compreender quais respostas foram dadas aos enunciados que o grupo compartilhou. Podemos discutir não apenas o conteúdo, mas a negociação e produção de sentidos que os profissionais fizeram neste encontro.

O primeiro enunciado desse diálogo foi uma pergunta dirigida ao grupo sobre um atendimento marcante em saúde. Sem qualquer ordem estabelecida para quem começaria a falar, a primeira narrativa é de Selma, que é ACS e conta sobre uma usuária, com quem estabeleceu um vínculo de confiança. Além de conhecer sua história de vida, família, condições sociais e suas necessidades, é uma das únicas pessoas aceitas

pela usuária para entrar na sua casa. Através dessa ACS, os profissionais de saúde mental e sócio-assistencial puderam atendê-la em seu domicílio.

Os sentidos negociados a partir dessa narrativa tornam esse atendimento marcante, pois se constrói a partir da escuta às necessidades da usuária sem preconceito, além da insistência da ACS em monitorar e incentivar a usuária a participar dos programas que a UBS oferece e acesso a demais benefícios. Selma reforça que ela não desiste de acompanhar, mesmo que a usuária ofereça resistências.

*Então acho que é a escuta dela
(Referindo-se a Selma, ACS), ela
entende as necessidades da
família, as limitações que tem,
ela não tem preconceito, ela não
faz julgamentos sobre isso.
(Isabel, Enfermeira)*

Questionei se havia alguma outra história comum à narrativa anterior. Maria, que também é ACS contou que foi procurada por um usuário que dizia querer se matar. Rapidamente ela procurou outro profissional que poderia encaminhá-lo à internação psiquiátrica emergencial. Seguiu acompanhando ele, e recebeu poesias em troca, que significaram gratidão do usuário para com ela. Reforçou o sentido de que um atendimento marcante em saúde envolve escuta e acolhimento sem preconceitos.

Essas duas narrativas têm em comum usuários que demandam maior atenção à saúde mental. Centralizar a atenção ao usuário enquanto sujeito é um dos principais eixos da política de humanização que transversaliza o SUS, pois traduz seus princípios em modos de operar. O destaque à subjetividade contribui com a superação da visão puramente biologicista e favorece a noção de sujeito. Este passo é importante, pois sinaliza que saímos de uma relação que toma o outro como objeto, mudando o paradigma biomédico. O usuário deixa de ser visto apenas como o órgão doente, ou como a doença, e passa a ser considerado como sujeito.

No entanto, esta expressão ainda é problemática, pois como Spink (2013) ressalva, a noção de sujeito implica em fazer uma distinção essencial entre sujeito e objeto, reafirmando uma dicotomia. Além disso, este conceito nos aproxima de uma postura de “estar sujeito”. Uma visão alternativa, pautada em uma perspectiva relacional, seria nos relacionar com o outro enquanto pessoa: “só é possível pensar em pessoas, a partir da noção de relação. O homem – ou, mais precisamente, a pessoa – está em um mundo e não apenas em um ambiente, como os animais.” (p. 49)

Na seqüência desse mesmo enunciado, a terceira narrativa se associa com a segunda por se tratarem de casos de tentativas de suicídio, exigindo do profissional cuidado à saúde mental. Nessa narrativa, a ACS Ivone reconheceu na rua o filho de uma

usuária que ameaçava pular de cima de uma árvore, correndo risco de vida. Ela ofereceu dinheiro e um rádio para que ele descesse sem se machucar. Disse que foi criticada por essa atitude, mas ficou com a consciência tranqüila por tê-lo convencido a não pular.

O sentido que essa narrativa constrói com o comentário da enfermeira no final é de que a humanização é preocupar-se, dedicar-se e cuidar do usuário, além das obrigações do papel de profissional, como por exemplo, oferecer o dinheiro.

Dois aspectos podem ser destacados dessa narrativa: o primeiro é que a ACS promove humanização quando acompanha um território por um tempo longo e têm um forte vínculo com os usuários e a comunidade, exercendo nessa atitude de preocupar-se um atendimento em saúde. O segundo aspecto diz respeito ao pouco conhecimento para lidar com esta situação, o que poderia ser suprido com processos de educação sobre atenção à saúde mental que embasassem o atendimento. Assim, a ACS não teria recebido críticas, e este atendimento não teria sido considerado como um desrespeito ao “limite” do seu trabalho, pois conhecer e conviver com a comunidade estão previstas para a atenção básica:

“O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários” (Brasil, 2012)

Ivone justifica e legitima o sentido de que um atendimento humanizado pode ultrapassar o papel do profissional de saúde, contando que em uma visita, foi surpreendida com uma usuária que chorava muito, pois seus animais de estimação haviam fugido e ela ajudou a procurá-los.

Nesse momento, a enfermeira Isabel tenta negociar esse sentido, pois até o momento, a humanização estava sendo descrita como escuta sem preconceitos, como atenção à subjetividade e como uma dedicação além do que o trabalho permitiria, então ela destaca um limite a essa dedicação usando o termo co-responsabilidade.

A co-responsabilidade indica que o usuário

Elas são muito dedicadas, é uma dedicação... Até onde vai? Nossa obrigação e a co-responsabilidade.

Mas elas ultrapassam o limite porque são muito amorosas com os usuários.

(Isabel, enfermeira)

também é responsável pelo cuidado de sua própria saúde. Esta idéia coincide com a proposta da PNH onde a tarefa de humanizar o SUS pertence aos profissionais, gestores e usuários. Através do estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão.

Além disso, esse termo é usado no sentido de democratizar as instituições de saúde e tem sua origem em movimentos sociais pautados na pedagogia do oprimido de Paulo Freire. As reivindicações para ter controle sobre si mesmo se baseiam no conceito de empoderamento e educação dos pobres com relação à imposição dos seus opressores. (Crevelim & Peduzzi, 2005)

*Eu percebi, e fiquei lá numa
conversa mais longa, dediquei
mais tempo pra ela.
(Isabel, enfermeira)*

Assim, a co-responsabilidade é usada na PNH para centralizar o usuário como alvo da humanização, detentor e conhecedor dos seus direitos, saindo da posição submissa ao saber do profissional e assumindo papel ativo no cuidado à sua saúde. Dentro desta narrativa em particular, a co-responsabilidade se constitui como um limite para dedicação do profissional. A atuação que ultrapassa esse limite pode ser significar a manutenção de um vínculo de dependência ou hierarquizado com o mesmo.

Para sustentar seu argumento, a enfermeira Isabel contou sobre um atendimento marcante para ela, quando fez gestão de caso, compartilhando uma situação com outros profissionais para beneficiar o usuário. Acompanhava o pré-natal de uma gestante que se preocupava muito ao pensar em ter o bebê por parto normal. Junto com a psicóloga da unidade, conversaram sobre o caso e decidiram encaminhá-la para o alto risco, considerando que os agravos psicológicos poderiam interferir na gestação e no parto.

Entraram em contato com a psicóloga do alto risco e com o obstetra, que, tendo conhecimento prévio do caso, tranquilizou a gestante garantindo que seu parto seria por cesárea. Terminou seu argumento dizendo que a gestão de caso, a escuta e compreensão do caso e o vínculo que estabeleceu com a usuária, colaboraram com que a usuária tivesse uma gestação e parto com tranquilidade, beneficiando o bebê também. Dessa forma, sua dedicação é embasada pela clínica ampliada e gestão de caso.

O contexto que envolve essa narrativa é de um movimento relativamente recente no Brasil sobre humanização do parto e nascimento. Além das pesquisas no campo científico e das discussões na gestão em saúde, o documentário “O Renascimento do parto” foi lançado em 2013 e faz críticas ao alto índice de cesarianas no Brasil,

provenientes da propagação de “mitos” que constroem a idéia de que o corpo da mulher é incapaz de dar a luz sem ajuda médica e hospitalar.

A desinformação e submissão dos corpos das mulheres têm suas causas apontadas pelo discurso médico, comodidade e lucro de realizar várias cirurgias em um dia ao invés de esperar até 72 horas de trabalho de parto por meios naturais. A cesariana é uma cirurgia que salva mulheres e bebês, no entanto, a recomendação da OMS é que a taxa de cirurgias sejam de 15%, no Brasil a taxa chega a 85% nos planos particulares e 40% no SUS sem real indicação. Este índice se tornou preocupante, pois a cesariana traz mais riscos de saúde à mãe e ao bebê. Os mitos criados em torno do parto normal, amedronta e subjuga às mulheres à cesariana, sendo que a desmistificação do parto natural tem como objetivo informar as mulheres para que elas tenham o poder de decidir que tipo de parto querem ter.

No início de 2015 a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) que regulamenta os planos de saúde publicou uma resolução que estabelece normas para estímulo do parto normal e a conseqüente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. Esta resolução foi disseminada como uma decisão hierarquizada que tinha como objetivo “obrigar” as mulheres a fazerem o parto normal. No âmbito da saúde pública, esse incentivo já é mais antigo, mas a “cultura do medo” do parto normal foi atualizada com essa nova informação.

Diante disso, compreendemos que a usuária citada estava com medo de ser obrigada a fazer o parto normal. Sua angústia foi acolhida pelos profissionais que fizeram a gestão de caso, e apesar de ter tido informações, optou pela cesariana, tendo “teoricamente” autonomia para escolher. Teoricamente entre aspas, pois sob a perspectiva de que a linguagem é ação, os discursos produzidos pelos especialistas pautados no modelo biomédico, criam essa cultura do medo. Então, até que ponto podemos chamar essa escolha de “co-responsabilidade”?

A narrativa seguinte é de uma ACS que considerou seu atendimento humanizado ao transmitir informações à usuária, incentivando a co-responsabilidade em um contexto onde ela estava fragilizada diante do adoecimento e foi influenciada pelo poder atribuído ao discurso médico.

Rute contou que uma usuária de sua área descrita como “relapsa” com relação à própria saúde, descobriu câncer de mama e já havia marcado mastectomia no Hospital Universitário. Lá foi informada pelo médico que poderia colocar uma prótese mamária, mas deveria comprar e levar ao hospital dentro de sua bolsa, assim, junto com a mastectomia, faria a mamoplastia, que é a reconstrução da mama. Rute informou que isso era ilegal e não era necessário, pois o SUS realiza reconstrução mamária e fornece a prótese gratuitamente. Então, orientou que através da UBS poderiam fazer os encaminhamentos necessários para a cirurgia.

A ACS dividiu o caso com a equipe de saúde e conseguiram que o tratamento dela se encaminhasse inteiramente pelo SUS, não precisou retirar a mama, pois com a quimioterapia teve bons resultados. Essa narrativa contribui com o entendimento de como a humanização está sendo construída ao longo dessa conversa. O incentivo a co-responsabilidade, é tido como meio de humanização, e está em oposição ao modelo biomédico, ainda muito presente no cotidiano da assistência à saúde. Sobre o poder atribuído ao discurso médico e a insistente tentativa de horizontalizar as relações nesse contexto, podemos citar Foucault, (1979):

“Ora, o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a idéia de que eles são agentes da "consciência" e do discurso também faz parte desse sistema.”

O sentido de co-responsabilizar o usuário, compreendido a partir dessas narrativas, legitima o poder do discurso científico e mantém a hierarquia das relações. Ainda que as intenções sejam de democratizar o conhecimento, os profissionais estão inseridos nesse sistema de poder.

Ao fim dessa narrativa, propus uma negociação de sentidos a partir das histórias que tinham sido contadas, e pedi que me dissessem quais sentidos constroem um atendimento humanizado em saúde. Elas ressaltaram que humanização é quando estabelecem um bom vínculo com o usuário, quando fazem gestão de caso ou compartilham com outros profissionais um caso, quando

- Ela fala que deve tudo isso à
nossa equipe... (Rute, ACS)
- A gente tem que ter um bom
vínculo né?(Isabel, enfermeira)

acompanham freqüentemente e tratam o usuário colocando-se em seu lugar, atentas às suas necessidades. O diferencial é o “amor” pelo usuário e o comprometimento com o trabalho.

A palavra “amor” foi usada para descrever a atitude de dedicação e preocupação que os profissionais têm em relação aos usuários. Ao mesmo tempo, são atitudes descritas como excessivas, que ultrapassam o limite do trabalho, e essas atitudes excessivas são descritas como humanização.

Diante disso, podemos discutir que se o trabalho é compreendido sob a perspectiva do modelo biomédico, do racionalismo e do tecnicismo, a proposta de humanização, enquanto adoção de uma perspectiva ampliada da pessoa que considera os aspectos sociais, psicológicos e culturais, é sentida como uma dedicação excessiva ou carga de trabalho. Neste sentido, nomear esta dimensão do cuidado de amor pode ser um risco duplo: de alocar no indivíduo a capacidade de oferecer este bônus para a relação e de destituir um conjunto emancipador de ações de seu caráter técnico.

Seguimos com a médica da equipe atendimento quando acompanhava recebeu o diagnóstico terceiro trimestre de

*Mas com essa situação, o que a gente podia fazer?
Eu pensei... Meu Deus, o que eu faço agora? Levo para casa?
(Isabel, enfermeira)*

conversa e Silvia, contou que um humanizado, aconteceu uma gestante que de toxoplasmose no gestação. Encaminhou

para tratamento no H.U. para receber a medicação e não infectar o bebê no parto. Porém, a data da consulta disponibilizada pelo H.U. passaria o tempo de nascimento do bebê e não seria mais eficaz, pois poderia contaminá-lo. Então ela ligou e falou diretamente com a médica de lá, que conseguiu um encaixe emergencial, assim, a gestante pode fazer o tratamento sem maiores agravos a saúde do bebê. Essa narrativa identifica que o atendimento humanizado acontece quando o profissional faz contato com a rede de serviços de saúde para lidar com a burocracia e espera que os usuários enfrentam.

Para legitimar a narrativa anterior, a enfermeira destacou que a burocracia interfere no atendimento que oferecem. Contou que atendeu um rapaz etilista e usuário de droga, que estava com uma fratura no braço e com tuberculose. Ele recebeu medicamento para tomar em casa, mas os pais não o aceitavam em casa, então ele voltou chorando, pois não tinha onde ficar. Isabel disse ainda que em um hospital ele

poderia ser internado para tratar fratura, mas não disponibilizavam isolamento para tratar tuberculose. Então, ficou até oito horas da noite na UBS tentando encontrar um lugar para ele ficar. Ligou para sua irmã que fazia plantão na UPA e conseguiu a internação para ele. No fim da narrativa ela disse que tem compromisso com usuário por isso ficou até mais tarde para ajudá-lo.

Essas duas narrativas nos dizem sobre a cultura que envolve a assistência a saúde. Essa cultura que burocratiza e especializa, fragmentando o cuidado quando não pode ofertar atendimento integral ao usuário, nesse caso, para tuberculose e fratura ao mesmo tempo. Nesse sentido, o esforço e dedicação dos profissionais são tidos como humanização por terem uma atitude preocupada com o bem-estar do usuário, mas ao mesmo tempo, como sobrecarga por sua atuação estar limitada às condições de acesso. Cabe ressaltar que Trad, (2011) aponta que a dificuldade de acesso de atenção à saúde representa um dos indicadores de desumanização e que, claramente não compete à atitude acolhedora e dedicada dos profissionais.

Isso significa dizer que a cultura da assistência pode produzir desumanização ao não oferecer condições de acesso e sobrecarregar os profissionais ao responsabilizá-los por não ter uma atitude “humana”. Na medida em que, essa cultura é retroalimentada pelos discursos científicos e pelos profissionais que legitimam e reproduzem esse sistema de poder, quando adotam a humanização como dedicação excessiva e “amor” pelo usuário, e não como uma forma de cuidado que pertence a uma dimensão de seu trabalho.

A conversa com a equipe continuou e Adriana, que também é ACS disse que não tinha tantas histórias como as demais colegas de trabalho, pois está a menos tempo nesse trabalho. Tem experiências junto com a equipe e diz que sente que presta um atendimento humanizado quando, por exemplo, em uma visita domiciliar, a equipe entra na casa do usuário e criam um ambiente acolhedor, fechando a cortina, a porta, ligando o ventilador, conversando com a pessoa, perguntando se está tudo bem enquanto faz um curativo. Mesmo que a pessoa precise tirar a roupa e se expor, acha que dessa forma se sentirá acolhida.

Assim como Adriana, a ACS Michele diz ter poucas experiências devido ao tempo de trabalho. Contou que um atendimento humanizado acontece quando ela se coloca no lugar do outro, principalmente com os idosos, a quem se apega com muita facilidade. Observa se a família cuida bem e sempre conversa, pois percebe quando

*A gente pode ser como uma
ponte entre eles com a vida...
(Michele, ACS)*

estão precisando, ajudando de todas as formas que pode. Quando vê uma pessoa adoecida, se sente muito mal e triste, sente que precisa aprender com as colegas em como lidar com isso, pois lidar com

a doença e a morte ainda é uma dificuldade para ela.

Sensibilizar-se com a dor do outro é o que enuncia essa narrativa. Maria, que é ACS contou outra história, quando acompanhava há algum tempo uma usuária que fazia tratamento para câncer, e precisava também de medicação para hepatite. Uma funcionária do H.U. ligou e questionou o fornecimento da medicação, tanto a ACS como a enfermeira estavam cientes do assunto e puderam explicar o caso de forma a conseguir a medicação. Através do trabalho da ACS de acompanhar de perto a usuária e com frequência, a fez sentir segurança de transmitir as informações necessárias para acessar a medicação e beneficiar a usuária.

Acompanhar o usuário com proximidade e frequência, foi um aspecto destacado como útil para conhecer e estar por dentro do que se passa na vida deles. Esse sentido, de um bom atendimento conduziu a conversa para outra narrativa.

A enfermeira ainda destacou que a escuta é muito importante para um atendimento humanizado, pois atendeu uma mulher que se queixava de coceira e vermelhidão na pele, aparentemente uma alergia, mas também disse que teve uma ferida genital, assim como o companheiro. Então ela encaminhou para a ginecologista, pensando que poderia se tratar de uma DST. A médica a chamou na sala e disse que o que a usuária tinha era alergia e que não era sua especialidade. Ela perguntou se a médica tinha ouvido a história que a usuária contou sobre a ferida genital, só então ela aceitou atender e pediu exames que confirmaram sífilis. Com esse caso ela conta que refletiu sobre como a escuta foi importante nesse atendimento, pois, se estivesse atenta somente aos sintomas aparentes, como a médica, não teria encaminhado para o tratamento adequado e sim para um dermatologista.

As narrativas terminam com o comentário de Ivone dizendo que elas têm muitos casos para contar, e que poderiam ficar a tarde toda falando sobre isso.

Todas as profissionais narraram um acontecimento sobre um atendimento humanizado. Essas histórias se encontraram em alguns sentidos, sendo acontecimentos em que fizeram além do que acreditam que se enquadre seu trabalho, são histórias em que precisaram dedicar mais tempo e fazer contatos para adiantar atendimentos, ou

tomaram atitudes, como dar dinheiro em uma situação de emergência, mas em benefício do usuário. Essas denotam condições insuficientes com relação ao acesso integral aos serviços de saúde.

Outras histórias também descritas como humanização diziam sobre aspectos relacionais, como a importância do vínculo, do acompanhamento, da escuta, acolhimento, atenção, simpatia, empatia, gestão de caso e clínica ampliada e que compõe uma dimensão do trabalho em saúde. A questão é: se a dimensão do trabalho é tida como puramente biomédica a escuta, acolhimento e clínica ampliada podem ser entendidos como uma dimensão que ultrapassa o limite do trabalho. Dessa forma, os sentidos construídos nessa conversa com os profissionais podem ser identificados em dois eixos: a) A humanização e as condições do sistema e b) A humanização e os aspectos relacionais.

O primeiro eixo “A humanização e as condições do sistema” pode ser sintetizado em um texto produzido por mim, a partir da fala dos profissionais:

“Um atendimento humanizado acontece quando realizamos encaminhamentos para hospitais e outras instâncias de saúde, quando necessário. Ou quando fazemos pelos usuários além daquilo que nosso trabalho exige, por exemplo, atendendo-os em suas necessidades mesmo fora do horário de trabalho. Quando encontramos meios de agilizar os atendimentos em situações que não podem esperar os prazos do sistema e quando acompanhamos os tratamentos fora da Unidade, em hospitais, por exemplo.”

Sobre os aspectos relacionais que compõe o segundo eixo, os profissionais narraram situações em que compreendiam que se tratava de um atendimento humanizado:

“Um atendimento humanizado acontece quando escutamos, compreendemos as necessidades se colocando nos lugar dos usuários. Quando não agimos ou pensamos com preconceito. Quando nos esforçamos em manter o vínculo com os usuários através de conversas cotidianas: dar bom dia, perguntar como eles estão se sentindo, como estão os filhos, os pais... Quando demonstramos cuidado e preocupação, criando um clima de confiança, ouvindo suas histórias e olhando para além da doença. Orientando e ajudando as pessoas a acessarem outras possibilidades que desconhecem sobre saúde, sendo uma ponte que os liga ao cuidado de sua saúde.”

As narrativas contadas pelos profissionais no encontro me causaram algumas impressões: A primeira se trata de perceber uma equipe unida em que apoiavam umas as outras, pois algumas profissionais já sabiam da história que a outra estava contando, e intervinham, para incluir detalhes. Outro aspecto relevante dessa conversa é que os

sentidos construídos a partir daquele encontro sobre um atendimento humanizado diziam respeito não apenas à dimensão humana do cuidado, mas envolvia os entraves do sistema, a burocracia, os discursos de poder dos especialistas. Assim, a humanização é tida como uma saída dessas dificuldades, onde as histórias foram contadas como sendo difíceis para o profissional, mas que trariam algum benefício para usuário, uma doação de si para cuidar do outro.

No final pedi que elas sugerissem um grupo de usuários para que eu pudesse desenvolver a mesma conversa. Algumas sugeriram o grupo de gestantes e outras o grupo de caminhada.

SEGUNDO EPISÓDIO: HUMANIZAÇÃO... SIGNIFICA BOM?

Conforme a sugestão do grupo de profissionais, a enfermeira agendou um grupo de gestantes na semana seguinte ao encontro que tivemos, acreditando que com elas seria interessante ter uma conversa sobre humanização. Rotineiramente, um profissional da UBS oferece palestras sobre pré-natal, amamentação, e outros assuntos que interessam às gestantes. Já havia a participação de um profissional da UBS programada para aquele dia, portanto, não pude desenvolver este encontro. Conversei novamente com a enfermeira, que garantiu que na semana seguinte eu poderia vir e que o horário estaria reservado para mim.

O encontro com as gestantes aconteceu com quatro mulheres, porém, apenas duas de forma ativa. Depois de estudar a transcrição, pensamos que tinha sido pouco produtivo, pois além do número reduzido de participantes, tínhamos dúvidas quanto à possibilidade de agendar mais um encontro, uma vez que duas estavam prestes a ganhar o bebê, então, pedi que a enfermeira disponibilizasse outro grupo.

Cerca de um mês e meio depois, conseguimos agendar um encontro, com outras gestantes. A enfermeira é responsável pelos agendamentos, controla as faltas e está sempre a par das situações que levaram as pessoas a faltarem no agendamento do grupo. Essa dinâmica nos ajudou a entender que ela indicaria um grupo no qual houvesse tempo para o desenvolvimento e disponibilidade das usuárias de retornarem para o outro encontro com os profissionais.

Seis gestantes compareceram para consulta médica e, geralmente, elas aguardam o atendimento do médico para o pré-natal por ordem de chegada. Segundo a enfermeira, os atendimentos começavam às 8h e duravam cerca de meia hora cada um, sendo assim, eu teria tempo o suficiente para realizar o encontro com tranquilidade.

Apresentei-me às gestantes, explicando a pesquisa e convidando-as a participarem enquanto aguardavam a consulta com o médico. Falei que, enquanto usuária, me preocupo com a nossa participação nos processos de humanização. Apresentei o TCLE que indica todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, no entanto, uma das usuárias ficou muito desconfiada com relação ao sigilo da pesquisa, ainda que eu tenha explicado detalhadamente o meu compromisso ético e as instâncias que asseguravam o sigilo (comitê de ética da UEM e CECAPS),

seus respectivos endereços e telefones para contato, mas, não foram suficientes para que ela aceitasse participar da pesquisa.

Depois desse momento um pouco tenso e coberto de desconfianças, todas as outras gestantes se recusaram a participar em especial uma que chegou atrasada já assinalando que não queria participar de nada naquele dia.

Questionei a cada uma o motivo de não participarem, além daquela que se recusou a participar por desconfiar do sigilo e ética da pesquisa, algumas me disseram que não tinham nada para falar sobre humanização. Relataram que sentiam que eram bem atendidas, e que sua opinião sobre o SUS era que havia muita necessidade de melhoria dos recursos materiais como, acesso aos exames, às consultas com especialistas, menor tempo de espera para consultas, mais hospitais etc. Expliquei que as histórias que elas poderiam me contar sobre um bom atendimento em saúde no SUS, seriam muito importantes e nos ajudaria a construir juntas sentidos sobre humanização.

Mesmo assim, o grupo pareceu desmotivado e pouco sensível a esse tema recusando a participação. Como esta é totalmente voluntária, expliquei a enfermeira o que havia acontecido e que poderíamos agendar outro grupo. Ela demonstrou profunda tristeza com a recusa do grupo e se desculpou por elas. Explicou-me que sua tristeza se dava ao fato de que ela e a equipe toda se esforçam muito, e prezam pela qualidade no atendimento e pelo vínculo com as usuárias, mas quando ela precisou que elas fizessem algo por ela, percebeu que não havia reciprocidade.

Este comentário nos permite refletir sobre a relação entre profissionais e usuários. Caprara e Franco, (2011) apontam que uma relação requer interações por um longo período e mutualidade, em uma dimensão dialética. Ou seja, a expectativa da enfermeira para esta relação com as usuárias era a troca, uma interação ativa. No entanto, eu não fazia parte dessa relação, que já se estendia por algum tempo entre elas. Isso significa que seu sentimento de frustração é compreensível, no entanto as usuárias estavam respondendo negativamente a mim, com quem não tinham nenhum vínculo estabelecido ou qualquer referência anterior a esse encontro.

Acredito que Isabel, a enfermeira, reconheceu esta intervenção como uma forma de perceber reconhecimento pelo seu trabalho e dedicação com as usuárias, esperando que elas falassem sobre o bom atendimento que recebem na unidade, por isso, estava tão engajada para que este encontro desse certo, que sentiu que a resposta negativa fora dirigida a ela. Compartilhei desse sentimento de frustração enquanto pesquisadora, pois

pensei se havia cometido algum erro na hora de propor a pesquisa, ou se poderia ter feito uma abordagem diferente que ajudasse com que este grupo se engajasse na pesquisa. No entanto, esta situação me levou a refletir: Como convidar outras pessoas a uma conversa que é importante para mim, e, como fazer uma pesquisa sobre humanização, de forma humanizada?

Ao fazer esses questionamentos, considerei importante esclarecer ao leitor os sentidos de humanização construídos ao longo da minha história de vida, pois posso explicar porque esse tema é importante pra mim e como ele colabora com a construção dessa investigação de um modo específico. Em outras palavras, trata-se de uma reflexão sobre: a) o meu interesse sobre o tema b) O meu papel enquanto pesquisadora no campo c) os limites e possibilidades que esta forma de inserção construiu.

Estando no papel de usuária dos serviços de saúde, tenho como referencial de um bom atendimento quando os profissionais expressam um cuidado que não envolva apenas seu conhecimento científico ou a tecnologia que podem me oferecer. Espero que a dinâmica relacional envolva escuta, cortesia, respeito, afetividade e autonomia. Assim, fui a campo com a expectativa de que os usuários desejassem o mesmo que eu.

Tomando como referência os três tempos sugeridos por Spink (2013) para a produção de discursos no cotidiano, entendo que o meu interesse pelo tema corresponde com os repertórios lingüísticos do Tempo Longo e Tempo vivido. No Tempo longo, o discurso presente em uma fala contém conteúdos que compõe os discursos de um contexto histórico e social específicos, que são produzidos e reproduzidos em nosso cotidiano. Com relação a isso, entendi que o meu interesse em pesquisar a humanização presentifica o discurso de que o SUS é deficiente, desumanizado e precário em prestar atendimento de qualidade à população. Esse discurso pode ser exemplificado em falas cotidianas como: “Se for depender do SUS...” “Pelo SUS é assim mesmo” ou ainda “Coitado de quem depende do SUS...”

Uma rápida busca pela internet nos mostra o papel da mídia na construção desta imagem negativa do SUS. Debord (1967) aponta a mídia como um reflexo da “sociedade do espetáculo”, em que a imagem e a representação é valorizada pela sociedade, movida pelas aparências, consumo de fatos, notícias, produtos e mercadorias. Alguns exemplos do discurso negativo sobre o SUS veiculado pela mídia:

Figura 1 – Charge sobre o SUS



Fonte: Portal Sb24HORAS⁶

Figura 2 – Charge sobre o SUS



Fonte: Revista eletrônica Caminhando Jornal⁷

Sob esse discurso, esperava que os usuários tivessem algo para me falar sobre a humanização (na verdade sobre desumanização), sobre sua precariedade e dificuldades, por isso, aproveitariam esse espaço para terem voz ativa na consolidação da

⁶ Disponível em <http://sb24horas.com.br/>

⁷ Disponível em caminhandojornal.com

humanização. Ou seja, eu imaginava encontrar usuárias frustradas e incomodadas com o atendimento que recebem.

Ao mesmo tempo, este não é o único discurso que me motivou a pesquisar esse tema. Minha trajetória acadêmica me ensinou a olhar para o SUS de maneira respeitosa, valorizando o modelo de assistência que temos hoje, em comparação à história da assistência à saúde no Brasil e nos demais países. Dessa forma, a ideologia presente nos documentos oficiais do SUS permitiu que eu tivesse esperança e engajamento na política de humanização.

O segundo aspecto que compõe meu interesse no tema humanização se relaciona com o Tempo Vivido, pois, condiz com a construção da minha identidade e das narrativas pessoais oriundas dos processos interativos durante minha vida. Eu tenho várias experiências de atendimento desumanizado e também de atendimento humanizado, mas as que foram mais marcantes aconteceram em um hospital de referência no Brasil para reabilitação de anomalias craniofaciais. Este hospital é 100% credenciado ao SUS, onde, atualmente tem parceria com a USP, servindo também como campo de pesquisa e especialização nas diversas áreas da saúde, mas em especial nas áreas médicas e odontológicas.

Uma experiência marcante em atendimento desumanizado aconteceu quando eu tinha 13 anos, já havia passado por 3 cirurgias mais complexas, mas esta a que fui encaminhada era uma cirurgia local, que poderia ser realizada no próprio consultório odontológico do hospital. Eu não compreendia muito bem o propósito dessa cirurgia (apesar de atualmente entender sua importância), e quando os dentistas começaram a fazer, eu estava apreensiva, pois ficaria o tempo todo acordada.

No decorrer da cirurgia, além de estar acordada ouvindo os profissionais conversarem sobre assuntos banais, dando risadas e fazendo piadinhas enquanto eu chorava silenciosamente de dor e medo, percebi que o meu caso fazia parte de um estudo, pois a cada etapa da cirurgia, eu fui fotografada, usando espaçadores que aumentavam ainda mais a dor e o tempo de duração da cirurgia (conforme o tempo ia passando, ia passando também o efeito do anestésico).

Com essa experiência me senti completamente desrespeitada e com medo de passar mais uma vez por essa situação. Minha mãe sempre me explicava que ali eu receberia o melhor tratamento que poderia ter, sem nenhum custo, e realmente era. Eu nunca tive nenhuma queixa com relação às questões materiais que estavam envolvidas

para que eu tivesse um bom atendimento. No entanto, quando retornei para o acompanhamento pós-cirúrgico, fui informada que precisaria “retocar” a cirurgia, prontamente me neguei e me encaminharam para o setor de psicologia, pois eu estava “traumatizada”.

No desfecho dessa história minha mãe mediou a situação, conseguindo que eu fizesse o retoque da cirurgia em Maringá, com uma profissional que já havia passado pela especialização do hospital, e que trabalhava agora na AFIM (Associação de Apoio ao Fissurado Lábio-Palatal de Maringá) uma entidade filantrópica que presta serviços de saúde, educação e assistência social em Maringá e região, encurtando o tratamento odontológico e diminuindo a necessidade de viagens para tratamento em São Paulo. Com esta profissional, a cirurgia ocorreu de forma muito menos desconfortável, com respeito e acolhimento.

Outra narrativa que compõe os sentidos de humanização presentes nos meus repertórios lingüísticos aconteceu no mesmo hospital. Eu já era adulta e já havia tomado algumas posturas diferentes com relação à autonomia no tratamento. Eu havia feito uma cirurgia plástica, e tinha expectativa de que aquela seria a última. No entanto, no retorno à consulta médica, o Dr. Victor Bosi explicou que haveria a necessidade de retocar algumas coisas que não houve possibilidades de fazer em uma cirurgia só. Alguns detalhes, que não me incomodavam, portanto, expus ao médico que eu tinha dúvidas se queria passar por outra cirurgia.

De forma muito paciente, com uma linguagem clara, e me explicando cada passo que ele faria durante a cirurgia (com anestesia geral), ele aceitou discutir comigo, me disse para pensar sobre o que discutimos e me deu um prazo para tomar essa decisão. Ele fez o pedido da cirurgia, que demoraria cerca de 2 anos para ser realizada, e este seria o prazo. Eu poderia me recusar a fazer, mas se mudasse de idéia mais tarde, poderia voltar atrás e ele faria o pedido novamente.

Confesso que fiquei surpresa com essa resposta, com a forma que fui tratada, e a princípio nem sabia o que fazer com a “liberdade” que ele me permitiu sentir, quando pude escolher se queria ou não fazer esse procedimento. No final da história, eu fiz a cirurgia, mas desta vez, e talvez, pela primeira vez, me sentindo protagonista, dona do meu corpo e consciente das minhas escolhas e suas respectivas conseqüências.

Esses sentidos estavam presentes na construção do tema, da metodologia, da postura que assumi para realizar a pesquisa, uma vez que me senti frustrada quando

ouvi das usuárias que não tinham nada para falar sobre humanização e que suas reivindicações se davam no âmbito da organização do SUS e investimento em recursos materiais, humanos e tecnológicos. Por isso, a construção desta pesquisa está delineada sob os aspectos relacionais entre profissionais e usuários, mais do que sob a discussão econômica, material e tecnológica que envolve a humanização.

Além desses discursos, meu papel enquanto pesquisadora no campo também geriu a forma como a pesquisa foi possível. Eu não pertencia ao grupo de profissionais, nem de usuários, o meu contato se deu pela indicação do CECAPS às UBS que atendiam às pesquisas da UEM.

Três unidades foram indicadas, a primeira que entrei em contato foi muito receptiva à pesquisa, me disponibilizando um calendário com as datas do GTH (grupo de trabalho em humanização), onde a diretora mostrou muito interesse pelo tema. No entanto, a unidade estava em reforma e não estava realizando grupo com usuários temporariamente, o que impediu que o trabalho se realizasse lá. A segunda unidade rejeitou a pesquisa, alegando que não tinham condições de acolher a pesquisa, pois tinham um ritmo de trabalho acelerado, então a terceira unidade com a qual entrei em contato permitiu que a pesquisa fosse desenvolvida.

Esta forma de inserção, em minha opinião, dificultou o agendamento dos grupos e a receptividade, tanto profissionais, quanto usuários. O que talvez não aconteceria caso eu participasse do seu cotidiano e conhecesse melhor as necessidades e interesses da unidade com relação à humanização. Apesar de estar atenta aos detalhes do funcionamento quando estava lá, acredito que esta forma de inserção se constituiu como um limite.

Outra questão com relação à minha inserção no campo é que, eu estava propondo um tema, no qual, não necessariamente a UBS estava procurando desenvolver, isso significa que esta foi uma demanda levantada por mim, construindo um contexto diferente caso a demanda pelo tema humanização partisse da unidade. Contudo, esta forma de inserção criou possibilidades à medida que, principalmente os profissionais, disponibilizaram tempo e espaço para uma atividade que rotineiramente não acontece e se engajaram na realização da oficina para os usuários e com eles.

Refletindo sobre tudo isso, ponderamos mudar o que foi preparado para o grupo de usuários, e planejei oferecer ao grupo de gestantes uma atuação mais tradicional do campo da psicologia em formato de palestra, cujo tema teria como objetivo levantar

algumas questões sobre a maternidade na atualidade e a apresentação da equipe da UBS como um dispositivo de apoio à maternidade: no acompanhamento do pré-natal, puerperio, visitas domiciliares e vínculo. A partir daí exploraria o vínculo das gestantes com os profissionais de saúde.

Esta atividade não foi desenvolvida, pois quando me liguei para agendar outro grupo, a enfermeira já havia decidido não trabalhar mais com as gestantes, acreditando que o grupo de caminhada estaria mais receptivo. Deixamos esse projeto de lado, e seguimos com o projeto anterior para os usuários, mas desta vez com o grupo de caminhada. Esta atitude da enfermeira me ajudou a ter mais clareza do papel de co-pesquisadora que ela, e os demais profissionais haviam assumido, não apenas “colaborando” com o conteúdo, mas construindo o campo, as circunstâncias e o conhecimento produzido por esta pesquisa.

As integrantes do grupo de caminhada somavam 14 pessoas, todas mulheres que se encontram duas vezes por semana com uma educadora física e com algumas ACS da equipe de profissionais. Quando cheguei, a educadora física já havia começado as atividades e quando terminou me apresentou ao grupo, enfatizando a importância de que elas aceitassem participar da pesquisa.

As ACS que estavam lá também pediram que elas considerassem a importância, dizendo que seria bom. Percebi que o grupo já estava sendo mobilizado antes que eu chegasse, o que facilitou que todas aceitassem participar.

Apresentei-me ao grupo como profissional da área da saúde, mas também como usuária que se preocupa com a humanização e com a qualidade dos atendimentos em saúde. Agradei pelo tempo que elas iriam dispor para fazer essa conversa e disse que a humanização é um aspecto central do SUS, que temos uma política como diretriz para as práticas, porém, meu objetivo com a pesquisa seria conversar sobre as experiências que elas já tiveram em um atendimento humanizado. Expliquei que além daquele encontro, nós iríamos nos encontrar também com as profissionais para apresentar a elas alguns aspectos importantes dessa conversa.

Apresentei o TCLE e apenas iniciamos a gravação depois que o termo foi lido, assinado e algumas dúvidas foram tiradas, quanto à participação no segundo grupo. Quando eu falei sobre o tempo de duração do encontro, elas pediram que fosse mais rápido, pois não poderiam ficar muito tempo. Combinamos que a conversa teria 40 minutos de duração, portanto, não poderiam sair antes de terminar. Seria preciso

desligar os celulares, falar uma de cada vez para que a gravação ficasse audível, tratando os demais do grupo com respeito e sigilo sobre o que seria conversado. Também combinamos que elas não seriam identificadas, por isso, na transcrição usaria nomes fictícios quando me referisse a elas.

Da mesma forma como o encontro com os profissionais foi projetado, a primeira etapa aconteceu com um aquecimento inespecífico, em que eu pedi que cada uma falasse o próprio nome e uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do nome. Esta etapa apresenta o grupo para mim e uns aos outros, mas também contribui com a construção de um ambiente descontraído, deixando-as mais a vontade e diminuindo a tensão de estar sendo gravado.

Apesar de estarmos em um semicírculo, o salão onde o encontro aconteceu era grande e vazio, o que dificultava o áudio da gravação e formava eco nas vozes, quando todas falavam juntas, era muito difícil de discernir a voz de quem estava falando. Então tomei cuidado para que, quando alguém fosse falar, eu me aproximasse dessa pessoa com o gravador, o que pode ter deixado o grupo mais intimidado.

Isso permitiu que eu conseguisse atribuir corretamente os nomes às narrativas durante a transcrição. Identificar os co-autores e suas narrativas, ainda que usando nomes fictícios, conferiu um processo de pesquisa mais humano no que tange à produção desse texto. No entanto, este modo de lidar com o grupo de usuárias, me coloca em um lugar, enquanto pesquisadora, que prioriza os dados para produzir conhecimento em detrimento do conforto das pessoas com quem eu estava conversando.

Em diversos momentos, as usuárias levantaram e quase foram embora antes de terminar a atividade, e eu estava preocupada com os grupos que não tinham dado certo e com o prazo que estava vencido para finalizar essa etapa da pesquisa e iniciar a próxima. Esta situação me fez pensar: nossa produção de conhecimento está a serviço de quem? Além de convidar as pessoas para um conversa que, a priori, era importante para mim, em nome da “ciência” nos desconectamos das pessoas facilmente e depois fazemos um longo caminho, estudando formas de qualificar as relações.

Talvez elas também estivessem preocupadas com suas próprias atividades, mas por algum motivo elas ficaram, e voltaram no dia seguinte para continuar a conversa com os profissionais. E talvez, humanização era um tema importante para elas também.

A segunda etapa dizia respeito ao aquecimento específico, da mesma forma como foi conduzido com os profissionais, havia três cartazes dispostos no salão com as

palavras “Concordo, discordo e tenho dúvidas” Expliquei que elas deveriam se dirigir ao cartaz que significasse sua resposta à frase que eu lia.

As frases foram: “Sempre que preciso procuro os serviços de saúde”, “Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.” “Eu me sinto a vontade para conversar com os profissionais de saúde sobre as minhas dificuldades” “Em minha opinião os serviços de saúde são acolhedores”, “Me sinto respeitado pelos profissionais em consultas, agendamentos ou visitas domiciliares.” “O horário de funcionamento e o tempo de agendamento de consultas são bons para mim”, “Sinto confiança nos profissionais que me atendem”, “Em geral, acredito que os profissionais atuam de forma humanizada” e “Em minha opinião os serviços de saúde tem atendido minhas necessidades”.

O desenvolvimento da atividade em grupo continuou com a formação de um semicírculo novamente, pedi que elas respirassem profundamente e se concentrassem no próximo exercício que se chama “um atendimento marcante em saúde”. Pedi que elas adotassem uma postura confortável, fechassem os olhos ou abaixassem a cabeça. Em seguida eu li o texto:

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde e ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde. Em alguns desses atendimentos vocês sentiram algo especial, e que haviam recebido um atendimento humanizado e ficaram satisfeitos com isso. Lembre-se agora de uma dessas situações... Quando foi? (Por que foi?) Agora, lembre de outra situação que você sentiu que estava recebendo um atendimento humanizado. Quando foi? Por que foi? Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória. Por que ela ficou marcada? O que ocorreu? Quem estava presente? O que você fez? E os outros, o que fizeram? Como você se sentiu? Por que? Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

Após esse exercício de lembrança, pedi que as usuárias contassem em duplas sobre uma dessas experiências, dizendo apenas aquilo que se sentiam confortáveis para contar. Conversando sobre essas histórias de um atendimento marcante em saúde pedi que elencassem o que eles nos dizem sobre o que é um atendimento humanizado.

Logo que terminei de ler o texto para o grupo expliquei que gostaria que compartilhassem experiências de atendimentos “diferentes”, ou “marcantes” ou “humanizados”. Uma das usuárias perguntou se humanizado significava “bom”, eu respondi que esse termo poderia também ser compreendido como “bom”. Ela replicou perguntando se poderia falar do que foi ruim também, e eu disse que sim, argumentando

que a partir da experiência ruim, temos um parâmetro para pensar naquela que foi boa e assim, poderíamos focar nas boas experiências que tiveram. Depois de refletir sobre minhas experiências de humanização e desumanização, o objetivo com o grupo ficou claro para mim, queria ouvir histórias sobre bons atendimentos, sobre atendimentos humanizados, e não desumanizados.

No entanto, esse questionamento tornou relativo aquilo que eu estava chamando de humanizado. Retomando a problematização de Campos, (2005) sobre a definição de humanização, a autora argumenta que desde Freud e Marx já sabemos que também faz parte do humano a exploração do outro, a alienação a agressão, o equívoco e a culpa. Como assumir que o que é humano é “bom” ou afável, benévolo, manso? Tomando como expressão, humanizar pode parecer confuso, pois é redundante quando nos referimos a pessoas.

Nesse primeiro momento de negociação de sentidos, outra usuária legitimou o sentido de humanização que eu tentava construir com o grupo, dizendo que é freqüente enfatizarmos as experiências ruins e não nos lembrarmos daquelas que foram boas. O que estávamos decidindo em grupo, é que iríamos suspender o discurso de que o SUS é deficitário e recordar experiências para construir sentidos sobre bons atendimentos em saúde.

Depois de um tempo de conversas em duplas, Denise começou contando que é bem tratada na unidade, através de lá foi encaminhada para cirurgia de retirada de cálculos renais em poucos meses. Também teve acesso a um ultrassom no braço, sem que estivesse esperando por isso. Eu questionei se ela queria dizer que o atendimento foi bom porque foi rápido, ela confirmou e complementou com a experiência que ouviu de Suely, que utiliza a UBS apenas para vacinação e gosta quando é atendida com rapidez.

A história seguinte foi de Daiane que considerou ter recebido um bom atendimento quando, devido a uma infecção urinária, precisou de atendimento médico e foi atendida sem marcar horário, de forma emergencial foi medicada e se sentiu bem. Da mesma forma, o sentido de um bom atendimento em saúde para Edna foi dado à uma situação em que depois de ter sentido dor a noite toda, pela manhã foi atendida e medicada sem ter horário marcado com a médica, tendo alívio por alguns dias.

Com o mesmo argumento Marta conta que foi bem atendida quando chegou com seu marido sem

“Foi muito bom, eu já tinha até esquecido...”
(Referindo-se ao exame de ultrassom) (Denise)

horário marcado e os dois receberam atendimento médico devido a uma tosse. Nesse momento tentei compreender esse contexto questionando como era quando precisavam marcar consulta, sem que fosse uma emergência. Ela me disse que é muito difícil, pois precisam chegar muito cedo e ficar esperando, ela disse que preferia que pudesse marcar consulta a qualquer horário, pois quando não está bem de saúde sente dificuldades em agendar.

Lembrei-me de um dia que cheguei na unidade 15 minutos antes de abrirem (às 7:00) e já tinha uma fila formada do lado de fora. Quando iniciaram as atividades, uma ACS perguntava a cada um da fila à qual área pertencia e distribuía senhas para os usuários que correspondiam à equipe de ESF destinados à agenda consultas no período da manhã. Isso significa que se sou usuário de uma determinada área correspondente à equipe 1 só posso comparecer à unidade para agendar consultas pela manhã, se pertencço à equipe 2, só posso agendar consultas no período da tarde. Essa forma de organização foi criticada pelas demais usuárias que participavam do grupo e que concordaram com o argumento exposto por essa usuária.

Tentando entender mais, perguntei se a consulta também demora e, nesse momento, elas negociam esse sentido. Uma das usuárias diz que as pessoas precisam entender que é necessário um tempo de espera, assim como acontece nos planos de saúde, no entanto, outra usuária explicou que a consulta em si não demora, pois em aproximadamente 8 dias são atendidas. A demora é para agendar a consulta, e esse é o maior incômodo, reafirmou que são bem atendidas lá.

A continuidade dessa conversa se dá com a história de Marisa que conta que é muito bem atendida, principalmente pela médica que, segundo ela “entende as mulheres”. Ela contou que tem artrite e por isso tem dificuldade em movimentar as pernas, tendo conhecimento dessa dificuldade, durante os exames ginecológicos, a médica a toca com cuidado e cria um ambiente acolhedor que não a deixa se sentir envergonhada.

Telma complementa a narrativa anterior dizendo que não tem do que reclamar da médica que a atende a cada 90 dias devido à pressão alta. Para falar sobre humanização, ela recorre a uma história de desumanização, comparando com outro profissional que não lhe dava atenção enquanto conversava, não olhava nos olhos,

“Ah, eu achei mais humana, entende a gente, eu acho, entende as mulheres... Ela escuta, ela vai com cuidado...” (Marisa)

apenas anotava informações em um papel e demonstrava pouco interesse pela sua queixa, pois não a examinou como ela esperava. Ao contrário desse profissional, a médica que a atende atualmente presta atenção no que ela fala e responde as suas dúvidas.

Sobre um bom atendimento, assim como a narrativa anterior Dulce conta que “também não tem do que reclamar”, pois uma vez teve crise de labirintite, a pressão subiu e o médico foi buscá-la dentro do carro. Esse atendimento a marcou de forma positiva, pois considera que o médico teve muita paciência, indo até ela, levando-a para dentro do posto, não permitindo que ela fosse embora até que ela estivesse se sentindo melhor.

Joseane conta para o grupo que vai ao posto para tomar vacina e gosta quando não espera muito para ser atendida. Ressalta que gosta de receber atenção dos profissionais, e que acredita que quem escolhe a profissão na área da saúde precisa

*Se a pessoa tem essa profissão a
pessoa tem que saber lidar com as
pessoas e aprender a tratar bem.
Porque a gente já tá com problema,
com dores, se a gente chega e os
médicos já tá bravo, ou as
enfermeiras... A gente volta pra
casa descontente né? (Joseane)*

saber lidar com as pessoas e aprender a tratar bem. Justifica esse argumento dizendo que os usuários chegam aos serviços de saúde já com algum problema, não se sentindo bem e se o profissional já demonstra estar “bravo”, o usuário volta para casa “descontente” com o atendimento. Eu questiono se isso já aconteceu com ela, então ela conta que foi à UBS pedir que alguém fosse à sua

casa trocar o curativo de sua mãe que estava acamada, mas recebeu a resposta negativa, pois não tinha carro que levasse o profissional até lá. Ela respondeu dizendo que era perto e poderiam ir andando, recebendo apenas a resposta de que ela era bravinha, deixando-a mais nervosa ainda. Não contou mais detalhes de como a história terminou, apenas disse que não gostou de ser tratada dessa forma.

Irene e Marlene contam apenas uma história que aconteceu de forma parecida com ambas e que consideraram ser um bom atendimento, ou um atendimento humanizado. Irene inicia a história dizendo que nunca vai se esquecer desse dia, apesar de ter acontecido em um hospital e não na UBS, é uma história muito marcante. Teve cólica de rim e não tinha clínico geral atendendo, apenas o pediatra, ele deixou de atender uma criança, para atendê-la e ela ficou bem. Considerou que o profissional agiu com sensibilidade ao deixar uma criança para atender uma pessoa em estado mais grave.

Depois complementou dizendo que a médica que atende na UBS é muito humana. Questionei o que ela faz para ganhar esse adjetivo, Irene respondeu: “Ah é uma pessoa que anda como a gente, uma pessoa simples, ela passa no meio da gente que ta esperando ali, cumprimenta todo mundo e a gente nem pensa que ela é a médica pra você ter uma noção, simples.”

Para falar de um atendimento humanizado, Marina contou que, geralmente, para ser atendida pelo dentista na UBS é necessário agendar com antecedência, mas ela teve dor durante a noite toda e foi até a UBS, explicou o que estava sentindo e as dentistas atenderam sem horário marcado. Foi medicada e deixou de sentir dor, depois disso passou a fazer tratamento dentário lá e qualificou as profissionais como “muito humanas” por isso.

Nesse momento restava apenas uma usuária para contar sua história, algumas do grupo começaram a levantar e ir embora. Pedi que elas aguardassem mais um pouco, para que terminássemos de ouvir todas as integrantes do grupo.

Por fim, Tiana diz que está muito satisfeita com os atendimentos, pois, no passado, já enfrentou muitas dificuldades e tristeza em um período em que não tinha acesso à assistência em saúde. Conta que consultou médicos do plano de saúde que disseram que ela não tinha nada a ser tratado, no entanto, a médica da UBS a examinou e diagnosticou um problema de saúde no intestino e um tratamento. Dessa forma, considera que ela atendeu muito bem e de forma humanizada.

Para finalizar esse encontro com o grupo de usuárias sintetizei rapidamente alguns sentidos de humanização produzidos pelas histórias que foram contadas pelas usuárias, como: Um atendimento humanizado acontece quando não precisam esperar tanto pelo atendimento, principalmente em situações de emergência, quando os profissionais escutam, conversam, perguntam, prestam atenção. Enfim, perguntei se havia algo que elas não ouviram no grupo, mas que gostariam de acrescentar.

Dulce é a primeira a dizer que ainda precisa melhorar muito, principalmente com relação à consulta com especialistas e o acesso aos exames (raio-x, ultrassom, etc...). Logo várias pessoas começam a falar ao mesmo tempo sobre exames que estão esperando, consultas e algumas começaram a sair. Então encerrei o grupo, agradecendo a participação de todas, por partilharem suas histórias e dedicarem esse tempo a conversar sobre humanização, sendo muito importante para mim.

Os sentidos construídos nessa conversa podem ser descritos em dois eixos: a) A humanização e as condições do sistema e b) A humanização e os aspectos relacionais. Estes foram os mesmos eixos que orientaram a síntese dos sentidos construídos pelos profissionais.

O primeiro eixo “A humanização e as condições do sistema” pode ser descrito com essa síntese sobre a fala das usuárias:

“Humanização é quando temos acesso aos exames, atendimento médico e encaminhamento para cirurgias com rapidez. Aconteceu quando em situações de crise fomos atendidos sem marcar horário, de imediato e de forma resolutiva. Sentimos ainda algumas dificuldades de acesso, como o horário destinado pela UBS para o agendamento de consultas, e o tempo de espera para consultar médicos especialistas, que é muito demorado.”

Sobre os aspectos relacionais, os discursos produzidos nesse encontro foram:

“Um bom atendimento acontece quando o médico nos dá atenção, escuta, conversa e gentilmente e nos explica o que precisamos saber. O atendimento é mais humano quando eles tomam cuidados ao nos tocar para fazer exames. Quando respondem as nossas dúvidas e olham nos olhos para conversar. Gostamos de receber atenção, de sermos bem tratados desde a recepção até a nossa ida para casa. Também gostamos de profissionais que se mostram simples, nos cumprimentando, dando bom dia...”

A partir desse encontro com as usuárias refleti o quanto o atendimento em saúde está centralizado na figura do médico, uma vez que nenhuma experiência se tratou do acolhimento na enfermagem, das visitas domiciliares das ACS, ou das outras relações que se estabelecem nos atendimentos que uma UBS oferece. Apesar de se tratar de um serviço de atenção básica, recebe casos emergenciais, tidos como humanizados, quando ocorrem de forma rápida e resolutiva.

Este discurso presentifica o Tempo Longo, ou seja, os discursos produzidos ao longo da história, quando o próprio usuário centraliza o atendimento médico como atendimento em saúde, o que pode ser uma herança do discurso biomédico, hospitalocêntrico e hierarquizado. Outra observação com relação a esse discurso é que algumas usuárias contaram situações em que delegaram ao médico a autoridade para diagnosticar a doença e a solução para a mesma. Isto nos remete a pouca autonomia na gestão de sua própria saúde e passividade na relação com os médicos.

Sobre isso, Traverso-Yépez e Morais, (2004) reafirmam que as práticas de saúde não dizem respeito apenas à dimensão técnica, mas são práticas sociais complexas que

envolvem as dimensões culturais, econômicas, políticas e ideológicas. Sendo assim, a humanização depende não apenas da melhoria da qualidade da relação entre profissional e usuário, mas também da ampliação das possibilidades dos usuários serem agentes de mudanças no sistema de saúde, do exercício de cidadania e participação crítica.

Já com relação à qualidade da relação que se estabelece entre profissional e usuário, o grupo conta com a escuta, o diálogo claro e aberto e o contato horizontal. Cada encontro nos atendimentos em saúde é singular, é preciso ter um olhar humano sobre o profissional, como descreve Campos, (2005):

“Alguém já se imaginou sendo operado por um cirurgião que na noite anterior teve uma terrível briga com a amante? Neste momento deve haver quinhentas cirurgias acontecendo nessas circunstâncias... A enfermeira diluindo potássio enquanto pensa no filho doente. Essas coisas acontecem o tempo todo!”

Dessa forma, os encontros entre profissionais e usuários contêm riscos, e é sobre esse encontro que o próximo episódio se trata: “Pôr-se em contato, portanto, sempre com resultado incerto. O encontro pode ser cordial ou pode ser um rijo encontrão. Quem se contata com quem? Corpos e afetividades em jogo.” (Campos, 2005)

TERCEIRO EPISÓDIO: (DES)ENCONTRO PARA CONSTRUIR UM NOVO OLHAR

A relação “médico-paciente”, ou como temos referido ao longo desse trabalho, o encontro entre profissionais de saúde e usuários, tem sido discutido pela sociologia médica há mais de 100 anos. Deslandes e Paixão (2011) discorrem sobre alguns marcos teóricos, e abordam autores como Henderson, (1935) que em um estudo de ordem sistêmica defende desde a primeira metade do século passado que esta relação se constitui como um sistema social, tendo como prioridade a análise dos “sentimentos envolvidos”. Apesar de ser um estudo positivista no qual aconselha o médico a cuidar para que seus sentimentos não sejam influenciados pelo paciente em uma relação de suposta “neutralidade”, trouxe contribuições com relação à escuta do profissional isenta de preconceitos.

Os demais autores considerados clássicos na literatura da sociologia médica como Parson (1950) acrescenta que a relação entre o médico e o paciente está baseada em “interações assimétricas e consensuais” no qual os papéis desempenhados pelos sujeitos no sistema médico interferem no sistema social como um todo, uma vez que o doente encontra-se em um desvio de suas atribuições sociais. (Deslandes e Paixão, 2011)

Já Freidson (1988) faz uma crítica a este pensamento afirmando que a interação do paciente com o profissional é estruturada a partir de sua cultura e condições socioeconômicas, atribuindo mais historicidade à compreensão desta relação. Deslandes e Paixão, (2011) ainda ressaltam que a partir da década de 80 as contribuições da antropologia médica e sociologia da saúde trazem debates acerca das dimensões relacionais como comunicação, empatia e vínculo, vistos como indissociáveis para a compreensão da relação entre profissionais de saúde e usuários.

Com este breve histórico temos dimensão de que há algum tempo a interação entre os profissionais e pacientes tem sido tema de investigações no campo da saúde, demarcando sua relevância para a humanização e para a qualificação do atendimento em saúde.

Sob este enfoque relacional no que tange à humanização decidimos que promover um encontro entre a equipe de profissionais e o grupo de usuários iria colaborar com a comunicação entre eles, com o fortalecimento do vínculo e a empatia.

Ao compartilhar o que cada grupo tinha elencado como um atendimento humanizado esperávamos aproximá-los através do diálogo e compreensão mútua.

Como citado no episódio anterior, este contato promovido era imprevisível e contava apenas com um resultado incerto, poderia haver conflitos, ou em momentos de discussão todos poderiam se calar. Por isso, o encontro foi planejado previamente e estruturado em torno de alguns pontos: a apresentação dos principais aspectos de humanização do grupo de profissionais e do grupo de usuários, a discussão sobre quais aspectos foram novidade para os grupos e, o que mudaria no cotidiano dos profissionais e dos usuários quando fossem à UBS depois dessa conversa.

Combinei de encontrar algumas ACS na unidade, para irmos juntas até o salão onde realizaríamos o encontro. Elas pareciam animadas com uma atividade que saía da rotina. Quando chegamos, algumas usuárias também estavam chegando, juntamente com a médica e enfermeira. Enquanto isso, algumas ACS me ajudaram a colar os cartazes que eu iria usar para uma das etapas desse encontro.

Quando todas chegaram (usuárias e profissionais) iniciamos com atividades corporais, para manter uma rotina parecida do grupo de caminhada e para criar um ambiente informal e relaxado. Fizemos alongamentos, exercícios de percepção corporal, exercícios de respiração e um círculo de massagem, que promoveu, além do ambiente descontraído, maior proximidade entre os dois grupos presentes. Algumas profissionais relataram se sentir bem, pois raramente podiam separar um tempo para atividades de relaxamento.

Depois disso, pedi que formassem um círculo, como não tínhamos cadeiras, e elas não quiseram sentar no chão, ficamos todas em pé. Com essa disposição, senti que deveria ser rápida na coordenação da conversa. Primeiramente, devido à dificuldade que tive com os grupos de usuários anteriores, imaginei que aquela seria uma oportunidade única, que não haveria outra chance de realizar outros encontros dentro do prazo que eu tinha. Além disso, o encontro anterior com o grupo de caminhada foi rápido e elas me mostraram que tinham pouco tempo a dispor para essa conversa.

Comecei apresentando o grupo de profissionais às usuárias, descrevendo como elas foram receptivas, dando importância ao tema humanização e mostrando estarem comprometidas em oferecer um bom atendimento aos usuários. Contei que tivemos um encontro em que estavam presentes a enfermeira, a médica e as agentes de saúde e que,

cada uma com seu papel compõem um conjunto de ações que torna o cuidado em saúde integral.

Expliquei que na conversa com as profissionais, elas contaram sobre situações em que sentiam estar oferecendo um atendimento humanizado, o que nos levou a alguns sentidos sobre humanização categorizados em duas dimensões:

- a) A humanização das condições materiais e da organização do sistema de saúde (em referência à Merhy, (2000) significa a fala sobre a humanização das tecnologias duras e leve duras). Esta síntese foi lida a todas e escrita em um cartaz:

“Um atendimento humanizado acontece quando realizamos encaminhamentos para hospitais e outras instâncias de saúde, quando necessário. Ou quando fazemos pelos usuários além daquilo que nosso trabalho exige, por exemplo, atendendo-os em suas necessidades mesmo fora do horário de trabalho. Quando compartilhamos os casos com outros profissionais, pedindo ajuda para fazer gestão de caso. Quando encontramos meios de agilizar os atendimentos em situações que não podem esperar os prazos do Sistema e quando acompanhamos os tratamentos fora da Unidade, em hospitais, por exemplo.”

- b) A humanização da relação entre profissionais e usuários (Com a referência ao mesmo autor citado acima, esse aspecto diz respeito às tecnologias leves).

Da mesma forma, este texto estava escrito em um cartaz e foi lido a todas:

“Um atendimento humanizado acontece quando escutamos, compreendemos as necessidades se colocando nos lugar dos usuários. Quando não agimos ou pensamos com preconceito. Quando nos esforçamos em manter o vínculo com os usuários através de conversas cotidianas: dando bom dia, perguntando como eles estão se sentindo, como estão os filhos, os pais... Quando demonstramos cuidado e preocupação, criando um clima de confiança, ouvindo suas histórias e olhando para além da doença. Orientando e ajudando as pessoas a acessarem outras possibilidades que desconhecem sobre saúde, sendo uma ponte que os liga ao cuidado de sua saúde.”

Contei aos profissionais que tive a mesma conversa com o grupo de usuárias, para que elas pudessem nos dizer narrativas que identificassem quando sentem estar em um atendimento humanizado. Li para os profissionais os textos

- a) Sobre a humanização das condições materiais e de organização do sistema de saúde:

“Humanização é quando temos acesso aos exames, atendimento médico e encaminhamento para cirurgias com rapidez. Aconteceu quando em situações de crise fomos atendidos sem marcar horário, de imediato e de forma resolutiva. Sentimos ainda algumas dificuldades de acesso, como o horário destinado pela UBS para o agendamento de consultas, e o tempo de espera para consultar médicos especialistas, que é muito demorado.”

b) Sobre a humanização da relação entre profissionais e usuários:

“Um bom atendimento acontece quando o médico nos dá atenção, escuta, conversa e gentilmente e nos explica o que precisamos saber. O atendimento é mais humano quando eles tomam cuidados ao nos tocar para fazer exames. Quando respondem as nossas dúvidas e olham nos olhos para conversar. Gostamos de receber atenção, de sermos bem tratados desde a recepção até a nossa ida para casa. Também gostamos de profissionais que se mostram simples, nos cumprimentando, dando bom dia...”

Depois de apresentar esses textos, propus que iniciássemos uma discussão respondendo a três questões:

- 1) O que você ouviu que é uma novidade, ou seja, que você nunca ouviu antes?
- 2) O que te tocou, chamou sua atenção ou que você considera muito importante sobre humanização?
- 3) Saber disso faz diferença na sua experiência como profissional, ou como usuário?

Iniciando a discussão, uma das usuárias respondeu que a partir dessa apresentação, entendeu que a responsabilidade de manter as condições do sistema de saúde favoráveis aos usuários para que haja um bom atendimento não depende apenas dos profissionais: “Ah, não é culpa de vocês a demora pro agendamento, os encaminhamentos, os exames, muita gente acha que é culpa do pessoal ali do posto.”

Essa fala nos remete à necessidade da “humanização das condições materiais”, sentida como indispensável por ambos os grupos. Ao discutir sobre humanização na atenção básica, Trad, (2011) afirma que um projeto de humanização se torna fragilizado diante da insuficiência de investimentos em infra-estrutura e da inadequada alocação de recursos. Se este projeto não se preocupa com aspectos relacionais, e na mesma medida, na transformação da infra-estrutura da rede de serviços, pode impedir sua realização, pois a atitude acolhedora dos profissionais de saúde não pode prescindir as condições concretas de atendimento: “A impossibilidade de acesso a serviços e tecnologias

necessárias ao enfrentamento da dor, do mal-estar, enfim, da recuperação da saúde representam um claro obstáculo a uma atenção humanizada” (p. 190)

Nesse sentido, a dificuldade de acesso a exames e consultas com especialistas foi uma questão enfatizada pelas usuárias para melhoria do atendimento, em contrapartida, a humanização das condições materiais pode ser percebida também em narrativas que relacionam a humanização aos atendimentos sem hora marcada em situações de crise e dor. A partir dessas narrativas, podemos dizer que esse impasse com relação ao acesso às tecnologias da saúde e às consultas com especialistas se constitui como um limite real imposto tanto usuários, quanto aos profissionais que se esforçam em superá-lo rotineiramente.

Essa fala também traduz a crítica à literatura científica que responsabiliza apenas o profissional pelo cuidado humanizado. O que esta usuária elencou como algo que nunca tinha ouvido antes foi o empenho dos profissionais em facilitar consultas, exames e cirurgias quando o próprio sistema não dá condições de acesso, o que nos diz que através de um pensamento crítico aos discursos relacionados à humanização, ela compreendeu que a humanização não depende apenas do comprometimento do profissional. Esse relato produziu na usuária um olhar humanizado à equipe de profissionais. Quebrando o ciclo de responsabilização unilateral, é possível ampliar as possibilidades dos usuários serem atuantes nas transformações do cuidado à saúde.

Continuando com o diálogo, outro tema destacado por uma das ACS menciona que foi interessante saber que é importante transmitir informações sobre saúde de forma clara, tirando dúvidas, o que ela disse ser possível através de um bom vínculo que desenvolvem nas visitas domiciliares, na atenção e acolhimento que oferecem no cotidiano.

Nesse momento enfatizo o papel das ACS na promoção da humanização explicando que, quando eu questionei sobre um atendimento em saúde humanizado, todas as usuárias se referiram a atendimentos médicos, embora tanto as ACS como a enfermeira e os demais profissionais são essenciais para a atenção integral.

Transmitir bem as informações durante o atendimento compõe a compreensão sobre humanização dos usuários e, a ACS complementa dizendo que isso se deve ao vínculo construído no cotidiano. Esse sentido sobre humanização relacionado ao vínculo entre os profissionais e usuários é também reafirmado por Trad (2011) que discorre sobre dois elementos úteis para a compreensão do vínculo: longitudinalidade e

confiança, o que significa que desenvolver uma relação pessoal de longa duração com os usuários, possibilita o reconhecimento de uma fonte segura de atenção à saúde na qual se pode confiar. Para os profissionais, este vínculo, ou esta relação pessoal de longa duração facilita a atenção voltada para a pessoa, seu desenvolvimento durante sua trajetória de vida e não apenas para a doença.

Esses dois aspectos podem ser reconhecidos em narrativas em que as usuárias contam que receberam um atendimento humanizado quando foram até a unidade sem horário marcado, recebendo alívio para seu mal-estar, o que reforça que a unidade foi para elas, naquele momento, uma instância confiável de atenção à saúde, fortalecendo o vínculo e promovendo humanização.

Dentro da mesma questão sobre o que foi uma novidade e adentrando à segunda questão sobre o que foi importante ter ouvido, a enfermeira complementou o que a ACS disse sobre transmitir informações claras, dizendo que foi importante para ela ter ouvido que as usuárias se sentem mais acolhidas se ela se mostrar simples, orientando sem ser autoritária ou “detentora do saber”, permitindo que os usuários tenham voz, autonomia e poder de decisão sobre sua própria saúde.

Este olhar crítico à sua própria prática traduz os esforços do movimento da humanização em relação ao modelo biomédico que orienta as práticas em saúde. Por mais repetitivo que seja esse tema na literatura científica, seguindo a indicação de Deslandes e Paixão, (2011) é necessário analisar a relação entre profissionais e usuários a partir do contexto em que é produzido, ou seja, no interior do modelo biomédico que dita as lógicas e regras dessa interação:

“No modelo biomédico, o médico se considera e é consignado social e culturalmente como um representante de uma categoria de profissionais à qual foi reconhecido o saber e poder de usar as forças da ciência e da tecnologia para o benefício de seus pacientes com a finalidade da cura.” (p. 308)

Nesta lógica, a objetividade científica sobrepõe a subjetividade do usuário, que, se estiver muito presente, pode interferir na pesquisa do diagnóstico e na adesão ao tratamento. Esse distanciamento e despersonalização impede a expressão livre do usuário com relação ao seu próprio sofrimento e a escolha do projeto terapêutico. Ao fazer crer que os saberes dos usuários são inadequados, o “saber-poder” médico resulta em uma violência simbólica que lhe confere mais poder e distancia o usuário do exercício de autonomia. (Deslandes & Paixão, 2011)

“Ser simples” foi um sentido de humanização importante para a enfermeira, que, através da escuta empática, reconheceu como poderia atuar de forma diferente em prol de um atendimento humanizado: abrindo mão do lugar de “detentora do saber” e sendo “simples” ao ouvir, ao falar e ao permitir que os usuários desenvolvam autonomia no itinerário terapêutico.

Em relação à essa fala da enfermeira, uma das usuárias destacou que a equipe é humanizada, no entanto, acredita que o maior impedimento com relação à humanização são alguns médicos, que atuam de forma desumana. A partir dessa fala varias usuárias começaram a contar ao mesmo tempo historias de experiências com médicos que não foram humanizadas, gerando algumas reclamações à equipe de profissionais presentes.

Mais uma vez centralizamos a discussão na figura do médico, categoria que estava representada apenas por uma médica que não se pronunciou neste assunto. A equipe (enfermeira e algumas ACS) justificou essas reclamações, dizendo que algumas daquelas usuárias tinham sido recentemente dirigidas a outra UBS que abrisse mais próximo a casa delas, mas que esses profissionais não faziam parte da equipe presente.

Esta discussão me pareceu legitimar o modelo biomédico como um grande limite no que diz respeito à relação e o diálogo entre profissionais e usuários. Tanto porque os usuários sentem necessidade de mais consultas especializadas e acesso à tecnologia (como os exames de imagem e os que quantificam os níveis de saúde e doença), o que nos diz que suas necessidades de saúde são sustentadas pelo discurso da objetividade científica, quanto porque a figura do médico é protagonizada na discussão sobre humanização, impedindo a compreensão da assistência à saúde em nível integral, como o proposto com a criação de equipes multidisciplinares.

Depois de alguns minutos de discussão sobre isso, retomei a terceira questão, perguntando aos dois grupos se essa conversa fez alguma diferença para as experiências como profissional, ou como usuário. Uma das usuárias respondeu que a partir dessa conversa, “ficaram mais entendidas”, o que para mim, foi uma resposta que me deixou com mais dúvidas, pois o restante do grupo ficou em silêncio, como eu temia. Eu não consegui discernir se o que eu planejei para essa conversa tinha sido proveitoso para elas. No entanto, continuei otimista que a ultima etapa desse encontro tiraria essas dúvidas.

Do grupo de profissionais apenas a enfermeira respondeu dizendo que tentaria ser mais simples e olharia mais para os usuários, reconhecendo que a informatização

melhora a assistência, mas é um fator que rotineiramente pode dificultar o olhar para o usuário e o contato mais humano, se comprometendo a estar mais atenta a isso nos seus atendimentos.

Acredito que o fator relacionado ao tempo de duração do encontro também interferiu nas poucas respostas a essa pergunta, mas também, analisando a dinâmica na qual os grupos estavam dispostos, sendo a enfermeira a coordenadora da equipe de profissionais, e a usuária que respondeu, a mais participativa do grupo, talvez elas tenham sido escolhidas como “porta-voz” e elas tenham se sentido representadas por essas falas.

Para encerrar o encontro, levei outro cartaz, onde símbolo da humanização no SUS de estava desenhado na extremidade esquerda, e no outro lado, tinha um desenho do mesmo símbolo, mas inserido em um balão de pensamento (aquele que representa sonhos ou pensamentos nas histórias em quadrinhos). Com estes símbolos, expliquei que vivemos um cenário de conquistas com relação a humanização ou a um bom atendimento em saúde, mas por outro lado, sonhamos em avançar cada vez mais e chegar ao que idealizamos para a assistência à saúde humanizada. Em seguida questionei: O que cada um de nós pode fazer para chegar nesse futuro, ou nesse ideal? Assim, todos receberam papéis desenhados de tijolos, representando como cada “tijolo” poderia construir uma ponte entre a humanização que temos hoje e a humanização que queremos alcançar. Profissionais e usuários escreveram como poderiam contribuir para essa construção e colaram no cartaz.

Os tijolinhos dos profissionais e dos usuários se misturaram, e continham dizeres como: “comunicação”, “paciência”, “compartilhar saberes”, “usar de sensibilidade”, “dar mais amor”, “mais atenção”, “me colocar no lugar do outro”, “ouvir mais”, “respeitar os profissionais” e ter “paciência com os profissionais”.

Esta ação conjunta de construção de significados dada na relação comigo, enquanto coordenadora do grupo, com os profissionais de saúde e com os usuários, não gerou um sentido fixo sobre o que é humanização, pois este está aberto às novas suplementações e significações nos processos de negociação de sentidos.

O encontro com o grupo de usuárias só foi possível devido a atitude disposta a aceitar o convite de ter uma conversa sobre humanização em dois encontros, que aconteceu dentro do tempo que elas decidiram ser melhor e não no tempo que eu achava que o encontro deveria ter. Assim, cabe ressaltar seu papel ativo na relação comigo.

A contribuição que essa intervenção gerou para esse grupo se expressa na reflexão que uma das usuárias compartilha de forma crítica ao que se tem como natural em relação à responsabilização única do profissional no processo de humanização, abrindo possibilidades de uma futura participação mais ativa nesse processo. Assim como, quando contam histórias de humanização que reafirmam ao próprio grupo que a UBS de referência se constitui como uma instância segura de atendimento à saúde e também quando se comprometeram ao final do encontro a dar mais atenção ao respeito e paciência com os profissionais, o que denota uma relação mais empática e aberta ao diálogo.

Já com relação ao grupo de profissionais, todos os encontros foram possíveis devido ao empenho da equipe em promover essa conversa com os usuários e investir tempo para falar sobre humanização, que é tão escasso em relação à demanda de trabalho. As contribuições dessa intervenção para esse grupo se percebem pela construção de sentidos baseada em histórias de humanização cercadas pelo comprometimento com o bem-estar daqueles que buscam por cuidado. No segundo encontro mostraram coragem em criticar suas próprias práticas e se comprometeram com as mudanças em prol da humanização e da qualidade do atendimento. Por fim, algumas considerações em relação aos avanços e desafios impostos concernentes à humanização compõem o próximo e último capítulo desse texto.

PARTE III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O MOVIMENTO QUE PRODUZ HUMANIZAÇÃO

1. Modelo biomédico: a força de uma tradição

No início deste trabalho discutimos alguns aspectos históricos do termo humanização, bem como sua construção social no contexto brasileiro. Argumentamos que ao longo da história da assistência à saúde, um dos grandes desafios está relacionado à interação entre profissionais e usuários, sendo o principal limite o modelo biomédico, presente na formação dos profissionais, na forma de organização dos serviços, nos discursos da literatura científica e na cultura.

As críticas à prevalência do modelo biomédico, tecnicismo e mecanicismo no contexto da saúde geraram algumas mudanças e uma delas é a humanização que, enquanto movimento, contribui com a compreensão ampliada do ser humano e com a superação desse antigo modelo.

Para tentar ilustrar meu argumento com relação às considerações deste trabalho, gostaria de me referir aos cuidados em saúde como uma viagem de trem. Podemos tomar como exemplo a ferrovia de Curitiba, que foi construída no século XIX e é usada atualmente apenas para passeio. O itinerário é sempre o mesmo: De Curitiba para Morretes e Paranaguá, passando pela Serra do Mar, contemplando belezas naturais como a queda “véu da noiva” e engenharias históricas como o túnel do diabo e a ponte São João. Da mesma forma, no contexto do cuidado em saúde, temos trilhado ferrovias dos séculos passados. Pautados no modelo biomédico, fazemos um caminho que já conhecemos com um destino assegurado: a recuperação da saúde como forma de “concerto” à pessoa-máquina.

Neste modelo, os especialistas são valorizados pelo conhecimento aprofundado de uma das partes do corpo-máquina e realizam exames que mostram o erro, receitam remédios para o concerto e todas as engrenagens voltam a funcionar como deveriam. Este é o itinerário básico do modelo biomédico, corro o risco de ser generalista, mas

gostaria de abordar o tema de maneira superficial. Neste trabalho, nos interessa outro itinerário, o da humanização, um caminho que privilegia o cuidado integral à pessoa.

Este trem que percorre o caminho da humanização não é feito de materiais novos, usa os mesmos do século XIX, mas recebe um *upgrade* em “tecnologias relacionais”. Nessa ferrovia alternativa, não conhecemos o destino, pois outra pessoa nos espera na estação final, o que pode ser reconfortante, mas também envolve os riscos e a complexidade de um relacionamento. Esperamos que esta pessoa nos suporte enquanto passamos pelo adoecimento, que nos ofereça sua dedicação, mas principalmente, que trilhe conosco um caminho de prevenção e promoção de saúde. No itinerário, temos alguns pontos que já nomeamos: escuta, acolhimento, vínculo, perspectiva ampliada da pessoa, respeito... Alguns pontos desse caminho ainda podem ser construídos e nomeados se assim quisermos.

Com esta metáfora, não pretendemos polarizar estes dois modelos, classificando um como bom e o outro como ruim. Compreendemos que os discursos e condições sociais e históricas que facilitaram a emergência do modelo biomédico tratavam-se de uma forma de desenvolvimento tecnológico e produção de conhecimento que contribuíram com a assistência à saúde, gerando avanços dos quais nos beneficiamos até os dias atuais.

No entanto, acreditamos que unido a esses avanços, o movimento de humanização qualifica de modo significativo a assistência à saúde, garantindo um cuidado integral e perspectiva ampliada da pessoa que gera acolhimento, respeito às decisões e maior autonomia frente ao cuidado da saúde. Este modo de falar sobre humanização em oposição ao modelo biomédico se refere a uma especificidade da interação com o campo teórico. Notamos que falamos sobre o modelo biomédico e a humanização como discursos opostos que produzem práticas opostas.

Retomando os Três Tempos de Spink, já abordado nos capítulos anteriores, tratar o modelo biomédico e a humanização como discursos que se opõem um ao outro, só é possível quando nos referimos ao Tempo Longo, isto é, quando consideramos os discursos construídos através dos conteúdos culturais compartilhados socialmente. Quando falamos de humanização e modelo biomédico quando em interação com o campo, profissionais e usuárias ressignificam seus conteúdos através das narrativas sobre o Tempo Vivido e em seu posicionamento no Tempo Curto.

Em alguns momentos dessa investigação, nos vimos seguindo apenas o itinerário do século XIX, em outros momentos, também trilhamos lado a lado o caminho de humanização. Em um dos primeiros contatos com os profissionais, compreendemos que as condições de trabalho reafirmam esta concepção mecanicista. Quando a enfermeira mencionou que atenderia muitos usuários em um curto período e assinalou que este era um ritmo desconfortável, estava nos dizendo que as condições da “ferrovia” isto é, a forma como os serviços de saúde estão estruturados e organizados são “desumanos” e sugerem a viabilidade do movimento de humanização.

No que se refere às dificuldades de trabalho, a equipe de profissionais citou que não sentem que seu trabalho é valorizado quanto gostariam e mencionaram que a burocracia e a dificuldade de acesso se constituem como um limite para humanização. Além disso, a proibição de reuniões de equipe vindas da secretaria municipal de saúde impede que os profissionais tenham um espaço de apropriação reflexiva sobre o próprio trabalho.

No encontro que tivemos com a equipe de profissionais, algumas histórias nos mostraram como a equipe tem tentado seguir o caminho da humanização. Momentos do cotidiano em que o usuário deixou de ser visto apenas como o órgão doente, ou a partir da doença e foi considerado como sujeito, o que contribui com a superação da visão puramente biologicista. Essas narrativas referem-se, portanto, a um modo de se relacionar, que não toma o outro como objeto, mas como sujeito.

Nesse sentido, contaram também sobre a tentativa de oferecer um cuidado integral ao usuário, mas se depararam com a organização dos serviços de saúde que rejeitou cuidá-lo em sua totalidade, oferecendo tratamento ou para fratura, ou para tuberculose. A dedicação exigida do profissional para lidar com essas questões foi descrita como humanização, mas também como sobrecarga do seu trabalho.

Notamos como o discurso do modelo biomédico está presente no cotidiano da saúde, não apenas no modo como os profissionais se relacionam com os usuários, mas também na organização dos serviços, limitando o movimento de humanização. Considerando que o modelo biomédico estampa o cenário da assistência a saúde, os pontos convergentes dos sentidos de humanização produzidos pelos profissionais e usuários podem contribuir com a criação de recursos que resistam a este modelo.

2. Os sentidos de humanização em diálogo

Os sentidos produzidos pelos profissionais a partir de suas narrativas de um atendimento humanizado apresentam alguns pontos de convergências e pontos de divergências com os sentidos produzidos pelos usuários.

As profissionais consideram um atendimento humanizado quando escutam e compreendem as necessidades se colocando nos lugar dos usuários. Quando se esforçam em manter o vínculo através de conversas cotidianas, como dar bom dia, perguntando como estão se sentindo, quando demonstram preocupação e orientam os usuários a acessarem outras possibilidades que desconhecem sobre saúde.

Durante a conversa com a equipe de profissionais, a humanização vinha sendo descrita como uma dedicação ao usuário pautada na escuta, no vínculo, na clínica ampliada e gestão de caso. No entanto, essa dedicação também foi descrita como excessiva e, através da negociação de sentidos, concordaram que o limite para a dedicação é a “co-responsabilidade”, o que significa incentivar a democratização do conhecimento para que o usuário desenvolva mais autonomia sobre o cuidado de sua saúde.

Dois aspectos podem ser destacados sobre esses sentidos de humanização, o primeiro é referente à função social da PNH sobre os serviços de saúde. Se este movimento, que gerou a criação da política adveio de um momento de crise na saúde brasileira, descontentamento da população com o SUS e foi endereçada aos profissionais com o objetivo de qualificar a relação com os usuários, atualmente sua prática está limitada às condições de acesso e de organização das instâncias de saúde. Este contexto se conecta com a forma de descrever a humanização como uma sobrecarga de trabalho, pois exige que o profissional se dedique ao máximo para manter o usuário satisfeito com os serviços, mesmo com as falhas do SUS. Dessa forma, faz todo o sentido descrever a humanização como sobrecarga de trabalho.

O segundo aspecto a ser discutido é, se a humanização é tida como esforço e dedicação, que ora é um bônus para a relação profissional-usuário, e ora é sentida como sobrecarga que não contempla as dimensões do trabalho, em qual itinerário este trem está viajando? Acredito que entramos no trem da humanização, mas estamos sob os trilhos do modelo biomédico. Se partirmos da perspectiva biomédica, a escuta, o acolhimento, considerar a subjetividade e os demais atos considerados “humanizadores”

não correspondem ao que se espera do trabalho em saúde, ou seja, não faz parte de seu itinerário.

Com relação aos sentidos de humanização para o grupo de usuárias, podemos comparar as condições precárias de trabalho dos profissionais como correspondentes às condições de acesso aos serviços de saúde para os usuários, que também foi elencado pelo grupo como um limite para a humanização. No encontro com as usuárias, negociamos suspender os discursos de que o sistema público é deficitário para priorizar os atendimentos que foram humanizados. Mas, a conversa começou com algumas usuárias descrevendo a humanização como acesso rápido e eficaz às consultas com especialistas e exames.

Esta ênfase dada às condições de acesso fala de uma necessidade básica, que é garantir as consultas e a existência desta relação, para poder falar de sua qualidade, o que expõe uma falha no sistema de saúde que não pode ser ignorado. Por outro lado, as usuárias reconhecem apenas a relação com o médico como relação de cuidado, e dão grande importância aos exames, o que nos mostra a crença (difundida pela cultura biomédica) de que a tecnologia pode proporcionar o cuidado à saúde, reduzindo-o às máquinas e amparando o modelo biomédico como melhor forma de assistência.

Quando questionei sobre como deveriam ser as condições de acesso, o grupo discutiu que, inclusive nos serviços de saúde suplementar, também esperam pelas consultas e agendamento de exames, e então, passaram a falar de humanização a partir da forma como o profissional conduziu o atendimento. Ressaltaram a atenção, escuta, gentileza, clareza nas explicações, cuidado ao tocá-los, olhar nos olhos para conversar, e valorizaram os médicos que dão bom dia na sala de espera.

Podemos dizer que os sentidos de humanização produzidos pela equipe de profissionais e pelo grupo de usuárias convergem quando são atravessadas pelo modelo biomédico, que estabelece a lógica e as regras desta interação. Ou seja, quando as profissionais descrevem a humanização como sobrecarga de trabalho devido às falhas no sistema de saúde, as usuárias descrevem que a humanização ocorre quando há superação dessas falhas. Como consequência deste contexto, a humanização é tida como bônus, um mimo que depende individualmente de cada profissional oferecer ou não na relação com o usuário, perpetuando o ciclo de responsabilização unilateral sobre o profissional.

Já como ponto de divergência entre os sentidos produzidos pelos profissionais e usuários são a hierarquização e centralização do saber e do cuidado à figura do médico por parte dos usuários, e em contrapartida, a importância dada à composição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares para a promoção de saúde, pautados na clínica ampliada e gestão de caso, por parte dos profissionais. Este último destaca como a Política Nacional de Humanização (que foi dirigida aos profissionais) tem repercutido em sua prática e compreensão de cuidado em saúde humanizado, o que pode nos ajudar a pensar em recursos para a ampliação deste projeto que alcance os usuários também.

3. Reflexividade

No esforço de construir sentidos de humanização através do processo de pesquisa, esta seção se refere a uma reflexão e criação de recursos que foram possíveis de serem elaborados através dele. Os recursos apresentados a seguir podem contribuir com a continuidade do movimento de humanização, com as práticas de pesquisa e com o trabalho em saúde.

Se tomarmos alguns aspectos do processo desta pesquisa-ação como um equivalente do modelo biomédico, podemos pensar em que momentos e como conseguimos torná-lo humanizado, o que nos permite ampliar os caminhos para a humanização do cuidado em saúde.

Quando por exemplo, entrei em contato com a enfermeira para apresentar minha proposta, eu disse que se tratava de uma pesquisa de mestrado, que tinha como objetivo intervir de forma produtiva na relação entre profissionais e usuários. Apresentei-me como “especialista” em pesquisas na área da saúde e propus uma intervenção, sem que fosse solicitada, para produzir conhecimento sobre humanização, como se eu soubesse o que é melhor para os relacionamentos.

Fui recebida com receios e tive que comprovar a aprovação da pesquisa no comitê de ética, já que as UBS recebem muitas pesquisas que colhem dados para produzir resultados que muitas vezes não chegam ao conhecimento de quem foi “pesquisado”.

Nesse sentido, também estou inserida em um contexto que valoriza a objetividade, tive prazos e uma série de questões burocráticas que tomaram tempo deste processo. Por mais que tenha me esforçado e me dedicado (assim como os

profissionais) para que o processo de investigação fosse “humanizado”, se pudesse refazer essa pesquisa, faria algumas mudanças em prol deste ideal, como: convidar a equipe de profissionais para planejar comigo as atividades que seriam realizadas, organizar mais de um encontro com as profissionais para ouvir todas as histórias de humanização que não puderam ser contadas a tempo. Também teria freqüentado o grupo de usuárias, conhecendo melhor cada uma, suas histórias e porque foram encaminhadas ao grupo.

Em síntese, poderia ter ampliado a escuta, ter dado mais tempo para as relações, valorizado os profissionais e usuários ao manter o processo aberto às suas contribuições, e descentralizar o planejamento dos encontros. Essas são possíveis formas de criar um processo de pesquisa humanizado, que idealmente, poderia compor uma dimensão do meu trabalho como pesquisadora.

Quando tomo o processo de investigação como objeto, repenso o posicionamento e atitudes que tomei, pois, é quando me imagino profissional que recebe uma pesquisadora da saúde, ou quando me imagino usuária que tem a rotina manejada para atender as demandas de outra pessoa, é que penso como poderia ter feito um caminho diferente para promover um processo de pesquisa humanizada.

Repensar o processo de investigação também foi possível, pois, quando em diálogo com demais pesquisadores, recebi importantes contribuições e opiniões de quem não estava imerso nesse contexto como eu. Essa circunstância se assemelha muito com a gestão de caso e clínica ampliada, já apontada pela PNH como recursos que produzem humanização. Em outro momento, o bom uso das situações frustrantes colaborou com a reconstrução do meu posicionamento enquanto pesquisadora, mais próxima à equipe de profissionais e contando com seu engajamento em meu projeto.

Dessa forma, a semelhança da pesquisa com o contexto que os profissionais e usuários vivenciam no cotidiano, também é útil para que tomemos o processo de investigação como metáfora para pensarmos quais as contribuições que este trabalho oferece para outras UBS, profissionais e pesquisadores da área da saúde.

Quando fiz a proposta para a enfermeira e percebi seus receios para aceitar que sua equipe participasse, dedicando tempo a um projeto que a princípio se tratava dos meus interesses, apresentei como uma intervenção que tinha como tema a humanização. Depois de me ouvir, ela perguntou se essa intervenção seria como uma “capacitação” e

eu disse que sim, então ela falou que esse era um assunto que considerava muito importante e que organizaria os horários para que todos da equipe estivessem presentes.

O encontro que tivemos foi muito produtivo, ao invés de entrevistas, um formato dinâmico e descontraído possibilitou à equipe um momento de interação, de reflexão sobre o próprio trabalho e discussão de conceitos, de valorização mútua e manifestações de admiração pelo trabalho umas das outras que conferiu reconhecimento. Depois deste encontro, a atitude da equipe toda em relação a mim se transformou, e elas se engajaram no meu projeto de tal forma que quando recebi um “não” foi como se tivesse sido dirigido a elas também.

Assim, podemos nomear este modo de se relacionar como “negociação de interesses” que implica em valorizar a singularidade do encontro entre as pessoas, a compreensão do que é útil ou relevante para o outro e o estabelecimento de um acordo bilateral que contemple ambos. Enquanto “modo de se relacionar” pertencente à dimensão do trabalho em saúde, a qualidade do relacionamento entre profissionais e usuários pode ser ampliada uma vez que parte de uma perspectiva relacional e de mutualidade.

Este recurso pode ser baseado na Responsividade que Moscheta, (2011) descreve em sua tese “Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Em síntese, a Responsividade contribui com a qualificação das relações estabelecidas no contexto da saúde, pois pode ser definida como “disposição relacional” que reconhece a co-autoria relacional dos sentidos, evita explicações definitivas e foca o processo relacional. Nesse sentido, negociar interesses demanda uma disposição para o diálogo pautado na alteridade, o que remete às demais definições da atitude responsiva: aprecia a diferença “como um elemento que permite a criatividade e que favorece o desenvolvimento da conversa” e “Mantem-se curiosa em relação às histórias que dão coerência a cada ato comunicativo” (Moscheta, 2011 p. 157)

Sentindo que tinham sido beneficiadas no encontro que tivemos com as profissionais, foi possível que elas motivassem a educadora física, que não pertencia à equipe, para que ela falasse com o grupo de usuárias para participarem da intervenção. Podemos chamar essa atitude de “cativar a rede”, o que significa compartilhar com mais profissionais o movimento de humanização, que pode cativar a rede de usuários, e assim

por diante. Cativar a rede no sentido de multiplicar as relações também contribui com práticas mais participativas na saúde e intervenções inclusivas.

Cativar a rede está fundamentado no conceito de Responsabilidade Relacional, proposto por McNamee e Gergen, (1999) e discutida no contexto da ESF por Camargo-Borges, (2007). Considerando as contribuições desse termo para os processos relacionais, os autores apontam inteligibilidades relacionais em um esforço de contribuir com a prática cotidiana das relações.

De acordo com Camargo-Borges, (2007) o conceito de Responsabilidade Relacional pode ser compreendido como o entendimento de que somos construídos por múltiplas vozes a partir de diversas relações e das formas como pertencemos a um determinado grupo, imersos em um amplo sistema de sentidos. Assim, problematizamos a responsabilidade individual e enfatizamos o papel do diálogo em tudo que construímos. Nessa perspectiva de que a produção do conhecimento é relacional é possível que haja uma abertura de sentidos, negociações e responsabilização relacional, tornando o processo comunicativo baseado em “multiplicidades e aproximações, acreditando-se que os sentidos e as mudanças se darão nas relações e nas interações, e não na mente de indivíduos”. (p. 49)

Depois da conversa com o grupo de usuárias, eu precisava que elas retornassem no próximo encontro. Como meu vínculo com elas era muito mais recente e raso, algumas ACS que estavam comigo me ajudaram a negociar com elas a vinda para o segundo encontro. Dissemos que toda a equipe de profissionais estaria presente, inclusive a médica, e que contaríamos à equipe o que elas tinham dito que precisavam para que um atendimento em saúde fosse humanizado.

Negociando interesses mais uma vez, as usuárias vieram ao segundo encontro e tivemos um diálogo entre os dois grupos que produziu um olhar humanizado com relação aos profissionais, quando compreenderam que a qualidade do acesso não dependia apenas do comprometimento do profissional, quebrando o ciclo de responsabilização unilateral. Já o impacto deste diálogo para a equipe de profissionais levou a reflexão de que a humanização não necessariamente exige um esforço para além das dimensões do trabalho quando pode ser praticada com olhar nos olhos durante a consulta e com um “bom dia”.

Dessa forma, meu argumento é que, a humanização pode ser descrita como parte da dimensão do trabalho em saúde, mas para que isso seja possível na prática, são

necessários alguns aspectos, como, a melhoria das condições de acesso aos usuários do SUS e das condições de trabalho dos profissionais e a manutenção de espaços de diálogo entre profissionais sobre o trabalho em saúde e humanização através da efetividade do GTH (Grupo de trabalho e humanização).

Também é possível dar continuidade ao movimento de humanização incluindo nas dimensões do trabalho em saúde a negociação de interesses entre profissionais e usuários. Esta forma de se relacionar tem como eixos a empatia e a escuta, que permite que ambas as partes sejam beneficiadas com a relação.

Para além das forças externas que nos capturam para a ferrovia do modelo biomédico, podemos considerar a singularidade da relação estabelecida entre profissionais e usuários incluindo nas dimensões do trabalho cativar a rede, a negociação de interesses e o diálogo entre os grupos, continuando o movimento que Ceccim e Merhy, (2009) nomeiam de “disputa com as forças externas pelas forças de criação.” (p. 533)

Compreender a humanização como movimento nos remete a sua condição de ideal, que enquanto aspiração, modelo, ou alvo, não se atinge, e por isso, nos permite desenvolver possibilidades de transformação de práticas. Com este trabalho, nomeamos algumas dessas possibilidades, mas, enquanto horizonte ou projeto inacabado o convite à nossa participação na construção da humanização, permanece aberto.

REFERÊNCIAS

Almeida, D. V. (2014) Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. v. 23 n. 3, p. 767-775.

Arone, E. M. & Cunha, I. C. K. O. (2007) Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. *Rev Bras Enferm*, Brasília v. 6 n. 60 p. 721-723.

Barbosa G. C., et al. (2013). Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa *Rev Bras Enferm*, Brasília jan-fev; 66(1): 123-7.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza/SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Benevides, R. & Passos, E. (2005) Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago.

Brigagão, J. I. M., et al. (2014). Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In: Spink, M. J. (org). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein.

Camargo-Borges, C. (2007). *O construcionismo social no contexto da Estratégia da Saúde da Família: articulando saberes e práticas*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto.

Campos, R. O. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*.10 (3): 573-583.

Caprara, A. & Franco, A. L. S. (2011). Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: Limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 03 p. 85-109.

Carta de Ottawa. (1986) Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. *Ministério da Saúde*, Brasília. Recuperado em 11 de mar., 2015, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

Ceccim, R. B. & Merhy, E. E. (2009) Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* v.13, supl.1, p.531-542.

Corradi-Webster, C. M. (2009). Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias. Ribeirão Preto. *Tese de Doutorado*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Programa de Pós- Graduação em Psicologia.

Corradi-Webster, C. M. (2014) Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap. 03 p. 73-88.

Crevelin, M. A. & Peduzzi, M. (2005) A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2).

Cucco, S. S. (2006). Hospitalização infantil: Os sentimentos atribuídos pelas mães para a doença e hospitalização de seus filhos. Itajaí. *Monografia*. Universidade do Vale de Itajaí/SC.

Debord, G. (1967). A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: *Editora Contraponto*.

Deslandes, S. F. (2004) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 9 p. 7-14.

Deslandes, S. F. & Mitre, R. M. de A. (2009). Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.13, supl.1, p.641-9.

Deslandes, S. F. (2011) Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 01 p. 33 – 48.

Deslandes, S. F. & Paixão, A. C. W. (2011). Humanização da assistência às vítimas de abuso sexual infantil: retomando o debate sobre a relação médico-paciente. In: Deslandes S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 12 p. 301-322.

Demétrio, F. et al. (2011) A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(5):743-763, set./out.

De marco, M. A. et al. (2013) Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.17, n.46, p.683-93, jul./set.

Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá. v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez.

Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, v. 40, 266-275.

Gergen, K. J., Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Gomes, R. M. & Schraiber, L. B. (2011) A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* v.15, n.37, p.339-50 abr./jun.

Goulart, B. N. G. & Chiari, B. M. (2010) Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 255-268.

Guanaes, C. & Mattos, A. T. R. (2011). Contribuições do Movimento Construcionista Social para o Trabalho com Famílias na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.1005-1017.

Guanaes-Lorenzi, C. (2013). A Construção do Cuidado no Diálogo entre Usuários e Profissionais de Saúde. *Sau. &Transf. Soc.* Florianópolis, v.4, n.3, p.43-51.

Guanaes-Lorenzi, C. (2014) Construcionismo social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap 04 p.89-104.

Heckert, A. L. C., Passos, E. & Barros, M. E. (2009) Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.493-502.

Henningt, E. A. (2008) Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública* 42(3):555-61.

Ibañez, T. (2001) *Municiones para disidentes: Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Lacaz, F. A. C. & Sato, L. (2011). Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 04 p. 109-140.

Law, J. (2004). *After Method: mess in social science reserach*. New York: Routledge.

McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap. 05 p. 105-132.

McNamee, S. (2010). Research as social construction: transformative inquiry. *Rev. Sau. & Transf. Soc.*, 1 (1), pp. 9-19.

Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. São Paulo: v. 6 p. 109-116.

Moscheta, M. dos S. (2011). Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ribeirão Preto. *Tese de Doutorado*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Programa de Pós- Graduação em Psicologia.

Moscheta, M. dos S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap. 01 p. 23-48.

Mota, R. A.; Martins, C. G. M. & Vêras, R. M. (2006) Papel dos profissionais de saúde na política de Humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago.

Neves, C. A. B. & Massaro, A. (2009) Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. *Interface Comunic Saude, Educ* v.13, supl.1, p.503-14.

Neves, C. A. B. (2009) Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? *Interface Comunic Saude, Educ* v.13, supl.1, p.781-95.

Nora, C. R. D. & Jungues, J. R. (2013) Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* v. 47 n. 6, p. 1186-1200, 2013.

Pasche, D. F. (2009) Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface Comunic Saude, Educ* v.13, supl.1, p.701-8

Pedrosa, C. M. & Brigagão, J. I. M. (2014) Mulheres em movimento: grupos como dispositivo de ação coletiva. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap. 10 p. 217-230.

Pedroso, R. T. & Vieira, M. E. M. (2009) Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. *Interface Comunic Saude, Educ* v.13, supl.1, p.695-700.

Rasera, E. F. & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, v.15 n.30 p. 21-29.

Rego, S.; Gomes, A. P. & Siqueira-Batista, R. (2008) Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. *Revista brasileira de educação médica*. 32 (4) p.482-491.

Rios, I. C. (2009). Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*: São Paulo, 33 (2) p. 253-261.

Sá, M. C. (2009). A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface Comunic Saude, Educ*. v.13, supl.1, p.651-64.

Santos Filho. S. B.; Barros, M. E. B. & Gomes, R. S. (2009). A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comunic Saude, Educ*. v.13, supl.1, p.603-13.

Silva, A. M.; Sá, C. M. & Miranda, L. (2013) Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.3, p.840-852.

Souza, L. A. P. & Mendes, V. L. F. (2009). O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface: São Paulo*, v. 13 sup. 1.1. p. 681-8.

Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2011). Relações profissionais em equipes de saúde: alternativas construcionistas relacionais. *Saúde e Transformação Social*, 1(3), 37-46.

Souza, L. V. (2014) Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap 02 p.49-72.

Souza, L. V. et al (2014) Construção de uma prática grupal em uma Unidade Básica de Saúde. In: Guanaes-Lorenzi, C. et al. *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos. Cap. 09 p. 187-216.

Spink, M. J. P. (2003). *Os métodos de pesquisa como linguagem social*. Estudos e Pesquisas em Psicologia: Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 9-21.

Spink, M. J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M. J. P. (2011). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. (8ª Ed). Petrópolis, RJ. Ed Vozes.

Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2013) Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. P. et al. *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*. Rio de Janeiro, RJ. Cap. 2 p. 22-42.

Teixeira, R. R. (2009) Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface Comunic Saude, Educ* v.13, supl. jul./set.

Trad, L. A. B. (2011). Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: Deslandes, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 7 p. 185- 204.

Traverso-Yépez, M. & Morais, N. A. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1) :80-88, jan-fev.

Villar, R. M. T. (2009). Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência? Rio de Janeiro. *Dissertação de mestrado*. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Programa de pós-graduação em saúde da criança e da mulher.

Waldow, V. R. & Borges, R. F. (2011) Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.* 24(3):414-8.