

Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde

Pronouncements on humanization:
professionals and users in a complex health institution

Laura Ribeiro Ferreira¹
Elizabeth Artmann¹

Abstract *This paper presents the pronouncements on humanization of professionals and users of a health care and research institution. Interviews were conducted with 16 professionals and 44 users. The analytical method employed was the Discourse of the Collective Subject, the results of which were discussed based on the theoretical framework presented, which includes the Theory of communicative action of Habermas and recognized authors in the public health area. The findings point to the importance of the set of hard, light-hard and light technologies for humanized practice. The articulation role played by communicative action was highlighted both for the creation of a network of professionals and in the relationship between professionals and patients. The practice of research was considered by professionals and users as a factor that increases the quality of care and contributes to humanization. Care at the institute was considered good, both by practitioners and users, who emphasized the importance of problem resolution for humanization. The professionals highlighted the working conditions and the autonomy of professionals and patients, with the appreciation of each person's knowledge. The intersectoral work revealed itself to be an important challenge for the Brazilian Health System (SUS).*

Key words *Humanization, Communicative action, Conversation networks, Public health SUS*

Resumo *O artigo apresenta os discursos de profissionais e usuários de uma instituição de pesquisa e assistência em saúde acerca da humanização. Foram entrevistados 16 profissionais e 44 usuários. As entrevistas foram analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e discutidas à luz do referencial teórico que inclui a Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas e autores reconhecidos da saúde coletiva. Os achados apontam para a importância do conjunto de tecnologias duras, leve-duras e leves para a prática humanizada. O papel de articulação da ação comunicativa foi destacado, tanto para a formação de redes entre os profissionais, como na relação entre profissionais e pacientes. O fato de a instituição realizar pesquisa foi considerado pelos profissionais e usuários como fator que eleva a qualidade da assistência e contribui para a humanização. Usuários enfatizaram a importância da resolutividade para um atendimento humanizado e consideraram-se bem atendidos. Os profissionais destacaram as condições de trabalho e a autonomia de profissionais e de pacientes, com a valorização do saber de cada um. O trabalho intersectorial aparece como um importante desafio para o instituto e para o SUS.*

Palavras-chave *Humanização, Ação comunicativa, Redes de conversação, Saúde pública, SUS*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. lauzita@gmail.com

Introdução

A implantação do SUS passa por diferentes momentos em que os aspectos priorizados se modificam, colocando em relevo um ou outro princípio de acordo com estratégias ou opções políticas¹. A Política de Humanização reafirma a necessidade de se investir na qualidade do cuidado, e não apenas na expansão da rede e do acesso. Mattos¹ ressalta que a humanização, ainda que não faça parte dos princípios fundamentais do SUS, é hoje central para as políticas de saúde.

No âmbito do projeto de Reforma Sanitária, as práticas de humanização buscando melhor qualidade do cuidado já estavam propostas, considerando o respeito ao usuário e dignidade do trabalhador da saúde. Na implementação do SUS, diversos projetos de humanização foram adotados pelos governos, particularmente os voltados para a área materno-infantil²⁻⁵. A humanização prioriza inicialmente a qualidade da atenção e satisfação do usuário, e só posteriormente incorpora as questões referentes aos profissionais de saúde³. Podemos afirmar que, independente de programas ou da política, sempre houve nichos na saúde onde a prática humanizada foi exercitada.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada no Brasil em 2003, busca induzir a adoção de práticas de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,7}. No entanto, as práticas e ações de caráter participativo e humanizado que preconiza já estavam presentes na realidade de diversos serviços e inspiraram a própria PNH. Neste artigo foram analisados os discursos de profissionais e usuários buscando captar sua compreensão sobre o que é humanização e suas práticas, independentemente de seu conhecimento formal das políticas de humanização.

As organizações de saúde são organizações profissionais⁸, portanto complexas, considerando a autonomia dos profissionais dada pela especificidade de seu saber. Neste contexto, onde a participação dos profissionais nas decisões é característica, o ajustamento mútuo é o mecanismo de coordenação preferencial do trabalho⁸. A instituição alvo deste estudo, por ser uma instituição de pesquisa que comporta um hospital e programas de pós-graduação (mestrados e doutorados, apresenta ainda maior complexidade e exige métodos comunicativos de gestão⁹. Os espaços comunicativos que perpassam as práticas de saúde possibilitam o desenvolvimento de uma cultura de humanização a partir da ação comunicativa⁵.

A proposta de operar em rede para garantir o acesso e a integralidade da atenção exige envolvimento de trabalhadores, gestores e usuários nos processos de trabalho que compõem historicamente o SUS¹⁰. A inserção institucional numa rede mais ampla de serviços e a interdisciplinaridade caracterizam a prática da humanização, independente de outros dispositivos ou tecnologias, devido à conexão entre as pessoas que participam da produção da saúde⁶.

No Brasil as práticas de humanização são consideradas *tecnologias relacionais*^{3,11} e o conceito de humanização está estreitamente relacionado ao de integralidade do cuidado^{1,11}, como meio de efetivação deste princípio³. A discussão sobre a humanização traz para o centro do debate a transformação das práticas e a qualidade do cuidado¹⁻³.

Mas como humanizar? É no “como fazer” que a humanização põe em relevo a mudança nas práticas de produção de saúde como forma de se alcançar a qualidade da assistência. Neste sentido, atenção e gestão do cuidado são indissociáveis⁵, na medida em que o processo de trabalho transforma não apenas as práticas mas também os sujeitos envolvidos nelas³. Processo de trabalho e processo de subjetivação caminham juntos, num movimento circular que pode ser virtuoso, produzindo de fato saúde para profissionais e usuários, mas pode também provocar o adoecimento desses sujeitos e do próprio sistema, produzindo desassistência ou assistência de má qualidade.

O SUS não é um projeto estático, sofrendo constante modificação e deve sempre buscar novas soluções para dar conta da complexidade da saúde pública num país de dimensões continentais como o Brasil. Problematizar o papel do profissional de saúde na construção desta teia, considerando a integralidade do atendimento ao usuário, é fundamental para aperfeiçoar seu funcionamento.

Humanização e comunicação

A Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, confere à linguagem a função de mediação intersubjetiva, que permite o entendimento entre os atores, a partir de pretensões de validade compartilhadas, visando à coordenação de ações¹². Habermas define três mundos que se relacionam através do Mundo da Vida: o mundo objetivo, relativo às coisas que existem no mundo físico, o mundo social, ligado às normas sociais e culturais de cada grupo social, e o mundo subjetivo,

dos sentimentos e percepções internas aos indivíduos, como dimensões distintas. O Mundo da vida representa o terreno das pré-interpretações que orientam nossas ações, sendo constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade, bem como pela linguagem que as articula. A ação cotidiana desenvolve-se em referência ao par dialético Sistema e Mundo da Vida. Este último privilegia o espaço dialógico, através do agir comunicativo ao passo que o Sistema, o agir instrumental e estratégico¹²⁻¹⁴.

Esta compreensão é base da discussão de diversos autores^{5,15-17} da saúde coletiva que descrevem e qualificam o trabalho realizado nesta área. O *acolhimento-diálogo*, por exemplo, contribui para a formação de *redes de conversações* que agenciam a trajetória do usuário no serviço¹⁵. A *Clínica ampliada* conjuga a clínica das regularidades do processo saúde-doença com a clínica do sujeito, ampliando o objeto de intervenção clínica para doença-sujeito-contexto¹⁶. Merhy¹⁷ caracteriza o trabalho assistencial em saúde como uma *interseção partilhada* entre usuário e trabalhador, que se materializa a cada instante num trabalho vivo em ato e deve seguir uma lógica usuário-centrada e que, em nossa leitura, ancora-se necessariamente na linguagem⁵.

Entendemos a produção do cuidado como um processo, que envolve tecnologias duras, leve-duras e leves¹⁷. O agir comunicativo promove a ligação e coordenação da atenção e inclui todos os tipos de tecnologias, pois a ação comunicativa é a única capaz de articular os diferentes mundos acima referidos e seus respectivos tipos de ação. Embora as tecnologias duras exijam um tipo de ação instrumental relacionada a contextos estratégicos de ação, ela não prescinde da ação comunicativa, pois para operá-las no contexto da saúde, são necessários consensos prévios sobre como e quando utilizá-las, obtidos, por exemplo, através de protocolos acordados linguisticamente. Assim, as práticas de humanização, muitas vezes associadas às tecnologias leves (de relacionamento), não podem prescindir do bom uso de tecnologias duras e leve-duras sem as quais a qualidade da atenção, tema caro à PNH, estaria comprometida.

O objetivo deste artigo foi discutir a humanização a partir dos discursos sobre o tema, de profissionais de saúde e usuários de dois laboratórios de uma instituição complexa que envolve pesquisa, ensino e assistência, e que é referência e formadora de mão de obra qualificada para o SUS.

Desenho do estudo

A pesquisa a que se refere o artigo tem origem em dissertação de mestrado, que é parte integrante de uma pesquisa-mãe, mais abrangente, que se dá no IPEC/INI: “Humanização nos Serviços de Saúde: gestão estratégica no trabalho, produção de saúde e análise cultural”, coordenado pela pesquisadora Elizabeth Artmann, no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), e aprovado pelos Comitês de Ética da ENSP, em 09/07/2007, e pelo IPEC, em 29/11/2007.

Este trabalho utilizou a categoria redes de conversação^{5,15} como eixo transversal de discussão, abordando o tema Humanização à luz da fragmentação do trabalho em saúde e da dimensão comunicativa inerente à área, com base em Habermas¹²⁻¹⁴. O desenho desta pesquisa ancorou-se no arcabouço teórico da metodologia de gestão *Démarche Stratégique*^{9,18}, que ressalta a comunicação, a solidariedade e a interdisciplinaridade como características fundamentais do trabalho em saúde. Estas são também premissas da humanização.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais e usuários dos laboratórios de Micologia e de Dermatologia Clínica do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/IPEC (hoje Instituto Nacional de Infectologia/INI), escolhidos por indicação da direção do instituto por sua importância estratégica e pela parceria de trabalho que possuem entre si. Participaram da pesquisa 16 profissionais dos laboratórios, sendo 6 da dermatologia, 10 da micologia, e 44 usuários. Responderam ainda às entrevistas 9 profissionais que dão apoio aos laboratórios no trabalho assistencial, sendo 5 enfermeiros, 2 assistentes sociais e 2 psicólogos. Apenas um não pôde participar. O trabalho de campo foi realizado no período de setembro à outubro de 2013.

Realizou-se ainda a observação participante em Oficinas de trabalho com *Démarche Stratégique* que ocorreram nestes laboratórios. Este foi um espaço de aproximação e observação do campo e os dados das discussões foram utilizados na análise de forma complementar.

Os usuários dos laboratórios pesquisados foram selecionados aleatoriamente na sala de espera do ambulatório, em dias e turnos variados, de modo a abranger os horários de atendimento de todos os profissionais. Os únicos critérios para a inclusão dos usuários na pesquisa foram serem pacientes dos laboratórios-alvo e a participação voluntária, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. O número de usu-

ários entrevistados foi definido de acordo com a saturação das respostas.

As entrevistas foram analisadas com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)^{19,20}, que considera que o discurso do sujeito está atravessado pelo contexto institucional, possibilitando a emergência de representações sociais²¹ que circulam neste universo. O DSC apoia-se em quatro figuras metodológicas:

A. Expressões-Chave (EC): trechos que descrevem conteúdo, transcritos de forma literal, que representam os argumentos discursivos e constituem a matéria-prima para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo;

B. Ideias Centrais (ICs): traduzem o essencial do conteúdo discursivo explicitado por meio da identificação das ideias centrais de cada depoimento;

C. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias centrais de sentido semelhante ou complementar, e constitui a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana. Faz parte do imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais e, em uma leitura habermasiana, permite o resgate de fragmentos do mundo da vida compartilhado por estes atores.

D. Ancoragem: são os pressupostos, teorias, conceitos ou ideologias nos quais se baseiam todo discurso e que pode se expressar por marcas linguísticas claras ou estar subjacente às práticas cotidianas.

A partir dos discursos individuais construíram-se discursos coletivos formados por expressões-chave (EC) semelhantes, que apareceram nos depoimentos distintos agrupados em ideias centrais (IC)^{19,20}. A ancoragem destes discursos apoiou-se no referencial teórico utilizado e em representações sociais relevantes.

No depoimento ou discurso individual dos atores (profissionais e usuários) as representações fazem parte do mundo da vida, muitas vezes de forma acrítica, como diria Habermas. Na reconstrução destes discursos a partir do método do DSC, estas representações são destacadas a partir da figura metodológica da Ancoragem. Esclarecemos que o discurso aqui tem o sentido dado pelo método DSC, como explicitado acima.

Para este artigo selecionamos duas questões que trouxeram reflexões importantes para pensarmos a humanização e o trabalho em saúde, a partir do trabalho desenvolvido no IPEC/INI. Uma respondida pelos profissionais de saúde

entrevistados: 1- “O que o senhor(a) entende por *humanização*?” E a outra dirigida aos usuários do serviço: 2- “Para o senhor(a) o que é *ser bem atendido*?” Esclarecemos que a utilização de perguntas distintas para profissionais e usuários, com base na metodologia do DSC^{19,20}, teve a finalidade de não indução a um discurso institucional, mas sim de deixar o entrevistado livre para utilizar expressões que fazem parte do seu universo. O roteiro semiestruturado é também um recurso para produzir essa fluidez do discurso e não apresenta questões de forma rígida.

Resultados

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): profissionais

A polissemia do termo humanização fica evidente pela grande quantidade de ideias encontradas nas entrevistas com os profissionais, de onde foram construídos dezesseis discursos coletivos. O Quadro 1 apresenta estes discursos organizados a partir das ideias centrais, algumas delas complementares, como pode ser observado.

A seguir abordaremos esses resultados ancorando-os no referencial teórico apresentado e no discurso social, para que possamos entender melhor o conteúdo desta variedade de discursos.

O discurso A.1 aborda bem a noção de rede de conversação, ressaltando o papel de todos os atores envolvidos no atendimento, profissionais e usuários, que interagem contribuindo para a tomada de decisão. Mostra ainda o caráter dinâmico desta rede, que através da escuta de diferentes sujeitos contribui para o agenciamento do tratamento do usuário¹⁵ e para a coordenação das ações²². Destaca a colaboração de diversos profissionais contribuindo para a tomada de decisão, ainda que a direção do tratamento seja clínica pela especificidade dos agravos ali tratados.

Outro significado do termo humanização foi trazido pelo discurso B.1, que aborda uma outra concepção de rede, a que conecta os serviços de saúde através da relação de referência e contra referência, no intuito de garantir ao paciente o atendimento, mesmo que o serviço não ofereça o que ele necessita. Neste sentido, a humanização busca assegurar a atenção integral ao usuário, pela utilização dos fluxos existentes para realizar encaminhamentos que sejam resolutivos⁷. Este sentido de humanização trazido pelos profissionais, mostra uma compreensão ampliada do termo e do próprio trabalho, põe em relevo a liga-

Quadro 1. Discursos relacionados à questão *O que o senhor(a) entende por humanização?* (profissionais).

Ideias Centrais	DSC
A. Humanização é a relação entre os atores da saúde, a interação entre os profissionais.	A.1: <i>É a correlação com os outros agentes de saúde, é tudo um trabalho em rede, é o médico ouvir a enfermagem, ou o médico ouvir o auxiliar de enfermagem, ou o atendente que, às vezes, faz observações apropriadas e justas para acrescentar no bom atendimento do paciente. Então, acho que esse atendimento humanizado seria a interação desses profissionais todos, de todos os atores que estão envolvidos, incluindo o cliente que está lá na ponta. Eu acho que isso é um processo legal, a gente ter uma resposta que se possa passar pro outro profissional, que seria o clínico que, às vezes, tem muita tomada de decisão a adotar, ele precisa também desse suporte.</i>
B. Humanização é realizar um trabalho em rede, para não deixar o paciente sem assistência.	B.1: <i>É a gente tentar prestar o melhor trabalho para o paciente, no caso a gente que é do hospital. Tentar ajudar eles da melhor forma, até se a gente não atende tentar orientar melhor, para o paciente não ficar batendo em vários lugares. Em primeiro lugar é você se colocar no lugar do paciente, mesmo que você não tenha para oferecer aquilo que ele veio procurar, contra referenciar, tentar da melhor maneira possível encaminhar esse paciente para um local onde ele possa ser absorvido, para não deixar ele perdido. Geralmente nós do serviço social vemos todas essas questões do tratamento e também fora do tratamento, como está essa rede de serviço dele.</i>
C. Humanização é o funcionário ter boas condições para realizar o seu trabalho, com liberdade e outras coisas que facilitem o bem-estar no serviço.	C.1: <i>O que eu penso em termos de humanização, um trabalho onde o funcionário tenha qualidade de trabalho, ele seja respeitado. Ele tenha condições de realizar o trabalho dele. Além disso você ter liberdade. Eu acho que no fundo a humanização em relação ao trabalho seria isso, você ter todas as condições: qualidade de trabalho que é fundamental, respeito, capacidade de criação individual, não ser influenciado pela chefia, o profissional realmente trabalhar por ele e ser feliz. Então, como a própria palavra diz, alguma coisa relacionada ao convívio, ao prazer em fazer o que gosta, coisas boas, humanização, coisa que facilite o seu bem-estar dentro do serviço.</i>
D. Humanização é ter disponibilidade para ouvir o paciente.	D.1: <i>Uma das grandes tragédias, e isso não é só no Brasil não, é no mundo todo, que se observa nessa atenção ao paciente é a falta de tempo disponível para as pessoas, para ouvir o que o paciente tem a dizer. Então eu entendo que é pra dar um atendimento de qualidade ao paciente e não só pelos recursos técnicos, também escutando o que o paciente tem a dizer, examinando, dando oportunidade de um retorno aberto a qualquer momento que ele tenha algum problema. Então é como se fosse um movimento, um jeito de você atender de uma forma diferenciada, eu acho que é você saber ouvir, poder escutar o paciente, conhecer pelo nome, conhecer pelo vínculo, pela família, tratar com respeito porque normalmente elas já estão numa situação difícil, já estão doentes, fragilizadas. Precisa de algo mais, uma certa sensibilização do profissional para lidar com essas pessoas, saber ouvir, porque às vezes elas se abrem com você.</i>
E. Humanização é ter o ser humano como centro da atenção.	E.1: <i>Olha, eu penso que independente da atividade que a gente esteja falando, que você tenha o ser humano como centro ali da atenção. Imagino que seja alguma coisa assim, que você não pense só naquilo que você está fazendo como uma coisa isolada, estancada e mecânica. Que aquilo vai ter algum reflexo em alguém e que, no caso, esse alguém seria a coisa voltada para o centro, que seria o homem, o ser humano.</i>
F. Humanização é acolher, é tratar o paciente como um ser humano que precisa de ajuda, não como um cliente.	F.1: <i>Humanização é realizar um serviço pensando mais na pessoa, no ser humano. Por exemplo: no hospital os pacientes têm que ser tratados como um ser humano que precisa de ajuda, não como um cliente, como gente, não como número. É meio redundante, tornar mais humana mesmo essa relação médico-paciente não somente em uma relação de prescriptor, tratamento assim. Então é a gente tentar acolher as pessoas da melhor forma, tratar os pacientes como ser humano, ter carinho, ter paciência e saber abordar.</i>
G. Humanização é cuidar, dar atenção e a informação de que o paciente necessita.	G.1: <i>Eu acho que está relacionado com a maneira com que você lida com o público de uma forma geral, um melhor atendimento para o público. Atendendo a necessidade dele, respondendo as expectativas dentro da possibilidade do serviço da melhor forma possível, ver o ser humano que está necessitando, que está carente de uma atenção na questão da saúde. A primeira abordagem, o primeiro olhar frente a um paciente, ele está sedento de alguém que ouça o que ele tem e o que ele está ansiando por obter de informação ou de atenção e, geralmente, ele tem algum problema que ele gostaria que alguém cuidasse dele.</i>

continua

Quadro 1. continuação

Ideias Centrais	DSC
H. Humanização é ter preocupação com o outro, evitar a dor.	H.1: <i>Humanização é preocupação com o outro, com o bem-estar do próximo. E a gente que trabalha na área de saúde isto fica mais evidente ainda, porque você está lidando com o paciente. Então, você precisa saber chegar no paciente; ter a preocupação de saber se ele está sentindo dor ou não, porque, no nosso caso, fazemos coleta também, então, a gente raspa a lesão do paciente e isto gera certo desconforto. Então, tem que saber lidar com eles.</i>
I. Humanização é dar ao paciente o tratamento que você gostaria de receber.	I.1: <i>Bom, eu acho que humanização é você tratar o seu semelhante como a si próprio, dar um tratamento para os outros como você gostaria de receber. Vai por educação, a forma como você vê e tenta ajudar. Realmente dar um atendimento que a gente daria pros nossos familiares, com toda atenção possível. Atender todo mundo bem, tratar todo mundo igual. Hoje é uma pessoa que está precisando e amanhã pode ser eu. É você se ver na pele do paciente, quer dizer, uma pessoa te traz uma queixa e você ter a capacidade de se colocar naquela pessoa com aquele problema, entender o contexto daquele problema, como você responderia daquela forma. A gente sempre procura fazer isso, tratar bem e ser bem tratado.</i>
J. Humanização é despir-se de preconceitos para atender com qualidade.	J.1: <i>Então, acho que humanização é isso: você se despir de todos os preconceitos para tentar a melhora da qualidade do tratamento do outro.</i>
K. Humanizar é ajudar ensinando a pescar e não dando o peixe, sem paternalizar.	K.1: <i>É uma forma de ajudar, mas ninguém ajuda ninguém fazendo por ele o que ele mesmo poderia fazer, então a gente tem que ajudar ensinando de uma forma que a pessoa aprenda a pescar, não ficar só dando o peixe. Percebo alguns profissionais confundindo a humanização com paternalizar o paciente, tirando dele toda a responsabilidade, infantilizando mesmo, e isso para mim não é humanização.</i>
L. Humanização é ver o paciente como um todo, além da sua doença.	L.1: <i>Entender o paciente como um todo, que ele não é só uma doença, ele tem seus problemas e a gente tem que entender isso tudo, ver o sujeito como um todo, se sensibilizar com seu sofrimento, mas ao mesmo tempo não paternalizar. O que o programa propõe justamente é que você possa dar um atendimento de qualidade ao paciente em todas as suas vertentes, focar mais na saúde do que na doença. O que eu vejo é que é uma prática tradicional se focar na doença, cuidar daquela questão e todas as outras questões serem deixadas de lado. Então, humanização é quando o paciente chega aqui e nós tentamos perceber o todo do paciente, não só ver ele como paciente.</i>
M. Humanização é adaptar o tratamento ao contexto do paciente.	M.1: <i>A gente sabe que relacionado ao HIV é uma questão muito difícil, porque são muitos remédios, eles têm muitos problemas com infecções, às vezes eles possuem uma vida social complicada, então a gente sempre tenta adaptar da melhor forma para que eles gostem de vir aqui, que não seja só uma obrigação pra eles ficarem bem da doença. Claro que a gente não consegue com todo mundo, porque às vezes é difícil o acesso até eles, muitos moram na rua, então a gente não consegue esse acesso integral a todo mundo.</i>
N. Humanização é ter vínculo com o paciente.	N.1: <i>É ter um vínculo com esse paciente, acho que é atender de uma forma diferente, mais humanizada mesmo. Uma palavra que define o trabalho do ambulatório de adesão¹ é humanização, porque tem a escuta individualizada do paciente. A gente sempre tenta buscar a escuta do paciente para poder dar o melhor tratamento para o paciente. Eles têm privacidade, têm um vínculo muito grande com a gente, porque eles ligam de casa, nós ligamos pra eles. Então tem essas duas partes, não só eles buscando o tratamento, como a gente buscando, quando eles faltam a gente se preocupa. Não é só o paciente chegar e aquela robótica da gente explicar o que é o medicamento e acabou, nos preocupamos realmente com o paciente, desde a hora que ele chega até quando não vem à gente nunca desiste dele.</i>

continua

ção com outros serviços e a abertura ao ambiente externo, explicitando um dos princípios da hu-

manização segundo a PNH, a transversalidade, que supõe um sistema de saúde em rede^{3,7}.

Quadro 1. continuação

Ideias Centrais	DSC
O. Humanização é um olhar mais humanizado que perpassa a instituição como um todo, incluindo o bem-estar tanto do paciente quanto do profissional.	O.1: <i>Humanização é um termo que é mais para você facilitar aquele atendimento, dando um atendimento igual para todos, melhoria da qualidade de vida tanto do paciente quanto do funcionário, pois confundem humanização apenas com o bem-estar do paciente. Acho que hoje não é o bem-estar só do paciente, mas também do profissional, englobando a instituição como um todo, que o atendimento seja de qualidade e proveitoso para todos os lados. Mas existe na verdade um programa do governo que busca sensibilizar de alguma forma a própria instituição a olhar não só os pacientes, mas também os profissionais com esse olhar mais humanizado, a importância de ter esse trabalho perpassando toda a instituição.</i>
P. Ter um olhar multidisciplinar e estar atento à rede de apoio.	P.1: <i>O que eu entendo de humanização é você tratar o paciente pelo nome, ouvir caso a caso, aqui tem uma multidisciplinaridade do atendimento, todo paciente é orientado a passar pelo serviço social, independente de ele precisar ou não para ele conhecer os direitos, deveres e tirar dúvidas quanto ao tratamento e a instituição, acho que isso pra mim engloba o conceito de humanização. Como está o aspecto psicológico pra ver se ele está tendo um acompanhamento psicológico daqui, desses outros atendimentos das outras especialidades médicas, se a família está apoiando esse paciente em tratamento, como está a questão previdenciária dele, enfim, questões de moradia, saúde, como está essa família, de que é composta a família. Vemos o paciente não só como um paciente, a doença dele, porque ele faz parte de um todo.</i>

O discurso C.1 traz a face da humanização voltada ao trabalhador: condições para realizar um trabalho de qualidade, respeito e liberdade. Esta é uma das linhas sobre as quais a PNH trabalha, dando dignidade ao trabalhador da saúde^{6,7,23}. O discurso dá destaque especial à liberdade, que está relacionada à autonomia do profissional, aspecto fortemente reconhecido socialmente. Como vimos, esta é uma característica essencial das organizações profissionais⁸ e podemos afirmar que, particularmente nos laboratórios pesquisados, onde os profissionais são altamente especializados, este traço se torna ainda mais contundente.

Contudo, vale destacar que a maior parte dos DSC sobre humanização podem ser agrupados sob a temática da relação entre profissional de saúde e usuários. São discursos complementares, que possuem ideias centrais distintas, destacando aspectos singulares desta relação. A inclusão do usuário no tratamento através da escuta atenta, do esclarecimento e do respeito, a identificação entre profissional e usuário, tratando o outro como gostaria de ser tratado, a noção de vínculo e o profissional que preza pela qualidade do atendimento e sua adequação a cada caso, são algumas das ideias contidas nos discursos construídos a partir das falas dos profissionais. Como ocorre no Brasil^{3,5,11} estas práticas de humanização foram fortemente associadas às tecnologias relacionais.

O discurso D.1 se refere à escuta do profissional, ressaltando a importância da disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer, dando-lhe a oportunidade de participar do seu tratamento. No enfoque de Habermas, o processo comunicativo tem um fluxo recíproco e a escuta tem também um caráter ativo²⁴, posto que os sujeitos só estão aptos a participar de uma ação comunicativa porque compartilham pretensões de validade acerca do Mundo da Vida⁵.

Outra forma de incluir o usuário é trazida pelo discurso E.1, que coloca o usuário como o centro da atenção, de forma que os procedimentos e condutas adotados não sejam vistos de maneira isolada, mas estejam voltados e balizados pelo bem-estar do paciente, numa lógica usuário-centrada¹⁷. É interessante notar que este discurso é formado também por expressões-chave dos depoimentos de profissionais que não têm um contato frequente com os usuários, mas que nem por isso eles deixam de colocá-los no centro da assistência, contextualizando o trabalho que realizam.

O discurso F.1 enfatiza que a relação médico-paciente deve ser mais humana, o paciente deve ser tratado como uma pessoa que precisa de ajuda, não como um cliente. Há aí uma alusão a uma relação balizada apenas por questões técnicas, como se às vezes o paciente fosse tratado apenas como “consumidor” de um serviço, e os profissionais apontam que um atendimento hu-

manizado supõe mais do que isso, precisa de acolhimento. O discurso G.1 soma a estes significados a noção de cuidado, pois é a partir da escuta das necessidades e expectativas do paciente que o profissional poderá prover um atendimento mais qualificado. Para Ayres²⁵ o cuidado como categoria reconstrutiva se dá nesta injunção da prática terapêutica, onde o médico põe o seu saber técnico a serviço da necessidade do paciente, reconhecendo sua alteridade.

O discurso H.1 fala da preocupação com o outro, buscar saber o que ele está sentindo e evitar que sinta dor. Refere-se a um trabalho voltado ao outro, assim como o discurso seguinte (I.1), que utiliza a expressão “se colocar na pele do paciente”, ressaltando a identificação com o usuário e a empatia no momento do atendimento. A ideia central deste discurso é dar ao paciente o tratamento que você gostaria de receber, de forma que todos recebam um bom atendimento. Complementando a ideia anterior, o discurso J.1 afirma que humanizar é despir-se de preconceitos para buscar uma melhor qualidade do atendimento. Este é um desafio que permanece apesar de uma das compreensões de humanização do SUS apresentadas pelo documento base da PNH ser a “defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de raça/cor, origem, gênero e orientação sexual”⁷.

O discurso K.1 traz a ideia de respeitar a autonomia do paciente, o que faz parte dos princípios da PNH, segundo o documento base de 2008⁷. Este discurso tem uma ancoragem na expressão popular “ensinar a pescar e não apenas dar o peixe”, a qual faz referência, mas também tem um embasamento teórico indicado pelas palavras-chave utilizadas, como “paternalizar”, “infantilizar” e “responsabilidade”. Neste sentido, podemos dizer que um atendimento humanizado deve gerar autonomia através do reconhecimento do outro, de sua responsabilidade e de seu saber sobre si. No início do desenvolvimento emocional, quando se é absolutamente dependente dos cuidados do outro, é o olhar materno que instaura uma diferença entre mãe e filho, pois revela à criança sua capacidade de afetar os outros. Mesmo depois de alcançar a independência é preciso aceitar que ela não é absoluta, pois o sujeito está sempre em relação com os outros, por isso continua precisando do reconhecimento do outro para confirmar a sua existência²⁶. Paternalizar, infantilizar ou como se diz popularmente “dar o peixe”, seriam formas de alijar o paciente de participar de seu próprio tratamento, negando

a existência desta alteridade. Honneth²⁷ distingue três esferas de reconhecimento: o amor, que diz respeito às relações afetivas; a ordem social, que legitima sua liberdade e autonomia, enquanto sujeito de direitos; e a solidariedade, que confere ao indivíduo a capacidade de convivência social com respeito a suas particularidades e às particularidades do outro. A interação entre os sujeitos, em que todos têm as mesmas condições de participação, pressupõe o reconhecimento e gera sujeitos mais autônomos, o que na saúde incentiva o cuidado de si²⁵.

No discurso L.1 a humanização é compreendida como enxergar o paciente como um todo, além de sua doença, como concebe a Clínica Ampliada, conjugando as regularidades do organismo e das entidades patológicas, às singularidades do sujeito e do contexto em que vive¹⁶. Assim, como expresso no discurso citado, a Clínica Ampliada expande a visão da clínica tradicional adicionando novos elementos à relação terapêutica^{5,28}.

O discurso M.1 se insere nesta lógica de ampliação da clínica, citando especialmente o contexto do paciente como balizador para a condução do tratamento. O contexto como abordado pelos profissionais traz uma perspectiva psicossocial e é exemplificado pelo caso de pacientes HIV positivos, cuja doença tem impactos psíquicos e sociais importantes e também pela situação de carência material de muitos pacientes que procuram o serviço público. Este discurso ressaltava ainda os percalços de se trabalhar desta forma, pois a situação precária de moradia dos pacientes dificulta o acesso a eles, mostrando os limites das ações de saúde e a necessidade de se abordar as questões da saúde de forma intersetorial. Neste sentido, a ampliação do arcabouço de referências do profissional para lidar com as necessidades de saúde requer também reconhecer suas limitações individuais^{7,15,29} e aponta para o desafio das políticas públicas de prover uma assistência mais ampla e efetiva, como nos modelos de estados de bem-estar social. Magalhães e Bodstein³⁰ mostraram que a efetividade dos programas sociais depende de uma intrincada rede que envolve tomadores de decisão, gestores, técnicos e população, com a mobilização de diversos recursos, conformando um complexo arranjo multissetorial. Os autores destacam a impossibilidade de enfrentar problemas complexos, como a questão da saúde, com ações setoriais, que acabam por fracassar, por não reconhecerem as múltiplas dimensões das necessidades da população^{30,31}.

O discurso P.1 refere-se à multidisciplinaridade e à atenção a rede de apoio do paciente como

formas de prestar um atendimento humanizado, seguindo a mesma linha dos discursos anteriores (L.1 e M.1), que associam a humanização à integralidade da atenção. Segundo Mattos^{1,32}, apesar da polissemia do termo integralidade, ele conserva sempre a recusa ao reducionismo. Uma abordagem integral da saúde requer uma visão abrangente do paciente e de suas necessidades, bem como das práticas de saúde, por exemplo, recorrendo a outras disciplinas e serviços. Sobre esta discussão, Camargo Júnior²⁹ chama a atenção para o risco de se confundir integralidade com totalidade, o que pode levar a uma *medicalização integral* e perda de autonomia.

Campos¹⁶ trabalha também com a noção de vínculo expressa pelo discurso N.1. O vínculo na saúde é essencial para consolidar uma relação de referência do paciente com o profissional e contribui para a continuidade do tratamento. O discurso destaca uma postura do profissional que favorece a construção deste vínculo, a disponibilidade e o interesse dele em que o paciente venha se tratar. Artmann e Rivera⁵ apontam o vínculo como um dos dispositivos de consolidação da estratégia de humanização.

O discurso O.1 traz uma concepção bastante abrangente da humanização, ressaltando o aspecto cultural que perpassa toda a instituição, e diz respeito ao bem-estar tanto do usuário quanto do profissional. Esta definição alude à cultura institucional que opera de forma transversal, como se propõe a operar a PNH, com o fim de gerar um funcionamento em rede, conectando profissionais e usuários através de uma mentalidade humanizada e conseqüentemente de práticas balizadas por valores comuns. Artmann e Rivera⁵, apoiados em Habermas, explicam que a cultura, como componente do Mundo da vida, condiciona nossas perspectivas e ações a partir de suas configurações simbólicas e pressuposições baseadas na tradição histórica dos grupos. Os autores sustentam um modelo de evolução cultural comunicativo, que possibilita a emergência de novos discursos, entre eles o da humanização.

Este discurso se diferencia ainda por chamar a atenção sobre a necessidade de se considerar as condições de trabalho do trabalhador da saúde⁴ e, especialmente, no sentido de contemplar ambos os lados, o do profissional e o do usuário. O documento base da PNH⁷ coloca a desvalorização dos trabalhadores da saúde como problema que persiste no SUS e a promoção de melhorias nas condições de trabalho como um dos desafios desta política; e define humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados

no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. Tendo em vista que o trabalhador e o usuário são os atores envolvidos no processo de saúde, ambos devem ser contemplados por ações que visem a melhoria da atenção. Como destacamos acima, grande parte dos discursos sobre humanização referem-se à relação entre esses atores, mostrando que a humanização ocorre de fato nesta interação e o que é voltado a um deles necessariamente tem impactos sobre o outro. No caso dos usuários, a oferta de um atendimento de qualidade, aliando os recursos disponíveis às tecnologias relacionais, produz atendimentos humanizados. Entretanto, é preciso que o profissional tenha boas condições de trabalho para que, como sujeitos implicados tanto na atenção quanto na gestão do cuidado, pratiquem uma atenção de qualidade³. É neste sentido que a mudança nas práticas tem sido discutida, pois ela só ocorre quando o processo de trabalho é também processo de produção de sujeitos saudáveis e, portanto, aptos a produzir saúde⁴.

No intuito de melhorar a qualidade da assistência, a humanização aposta na mudança das práticas e dos sujeitos, valorizando as formas de relacionamento das pessoas envolvidas no cuidado que os tornam protagonistas, tanto profissionais como usuários, do processo do qual participam^{3,4}. Mecanismos de gestão participativa e a co-responsabilização são meios de implicar os atores em seus fazeres de forma conjunta e compartilhada, tornando-os mais atuantes e favorecendo a formação de redes.

Nesta perspectiva, Benevides e Passos³ ressaltam a necessidade de incorporar a humanização como componente orgânico do sistema, e Hennington⁴ propõe repensar o papel dos profissionais da saúde, como atores estratégicos, na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): usuários

A seguir apresentamos o resultado das entrevistas com os usuários. O Quadro 2 mostra os DSC a partir das entrevistas com 44 usuários participantes do estudo.

Foram identificados nas entrevistas com os usuários nove discursos sobre o que é ser bem atendido.

O discurso A.2 é o que associa diretamente o bom atendimento à Fiocruz, e resalta que esta opinião é válida mesmo para quem tem plano de saúde, o que destaca a representação social

Quadro 2. Discursos relativos à questão *Para o senhor(a) o que é ser bem atendido?* (usuários).

Ideias Centrais	DSC
A. Ser bem atendido é o que acontece na Fiocruz/ IPEC, melhor do que outros lugares.	A.2: <i>Eu sempre achei aqui um bom atendimento. Aqui, graças à Deus, cheguei aqui, maravilha! Aqui é um paraíso! Eu aconselho mesmo, se houver um meio de se tratar na Fiocruz vai, porque lá é muito bom, apesar de ter plano de saúde lá fora.</i>
B. Ser bem atendido é ser acolhido, com preocupação, atenção e carinho por todos.	B.2: <i>É um médico disposto, com vontade de trabalhar, que se preocupe com o paciente de verdade, que tem aquela consideração de que você obtenha êxito naquilo que você tá fazendo, que eu não vejo isso em nenhum lugar da rede pública, só aqui. É ser humano, né? De pessoa pra pessoa, ter atendimento, atenção, carinho, os médicos daqui são muito atenciosos, o atendimento também na portaria. E atender a gente direito, do mesmo jeito que a gente pergunta, do mesmo jeito que eu to conversando com a senhora; que às vezes a gente vai em certos lugares parece que as pessoas atendem a gente mal, não dão confiança.</i>
C. Ser bem atendido é ter acesso a bons recursos.	C.2: <i>Ser bem atendido é um atendimento com recurso bom. Eu gostaria que a presidente da república colocasse médico suficiente e desse remédio, porque as pessoas não têm condição de comprar, que tivesse os hospitais, posto de saúde, bons médicos, exame e que desse remédio pra nós, na medida do possível, né? Engloba tudo: você ter o recurso pro que você quer, você ter resposta àquilo que você quer e o atendimento do que você quer. Aqui eu tenho os remédios, que são caríssimos.</i>
D. Ser bem atendido é o médico é o médico ter expertise e competência.	D.2: <i>Ser bem atendido é o médico prestar atenção, saber o foco, ter responsabilidade do que tá fazendo, avaliar o caso, pesquisar, estudar, se interessar pelo seu caso, pelo seu diagnóstico, qual é problema e resolver, me proporcionar um conforto. Então, é os médicos darem atenção, procurarem verificar o porquê esse ferimento não fecha, não cicatriza. Eu gosto de chegar no hospital e o médico me atender, me dizer o que eu tenho. Ai fora você volta pra casa sentindo dor, que nem eu fui diversas vezes, ninguém me atendeu, dizendo que nem conhecia o que era isso. Então ser bem atendido é o médico ser bom, a gente sabe que o médico é bom, tem conhecimento em relação ao que você tem.</i>
E. É ter um acolhimento diferenciado pelas necessidades de cada paciente.	E.2: <i>Isso pra mim é um bom atendimento, acho que realmente o atendimento médico ele tem que presar por isso, quando é criança é um tipo, um adulto, uma pessoa que tem mais escolaridade, que é mais, sabe. O tratamento assim, um mínimo possível de compromisso com as pessoas, do trato, levar em consideração a idade. Um tipo de tratamento que a gente não percebe muito em outras instituições, aqui a gente percebe esse cuidado de quando uma pessoa é mais carente, não tem muito estudo então necessita de uma explicação, um acolhimento melhor.</i>
F. Ser bem atendido é ser ouvido e ter sua necessidade compreendida.	P.2: <i>Pra mim ser bem atendida é eles saberem qual é a minha necessidade e poderem me auxiliar nisso. Quando você faz a solicitação, o médico compreende aquilo que você tá pedindo e se esforça pra que aquilo dê certo, que às vezes você não vê esse retorno. Então é dar atenção à minha necessidade, não é eu chegar e eles darem as informações que eles acham necessárias, é compreender a situação do paciente, ser ouvida, a pessoa te explicar. Aqui o médico conversou, ouviu eu falar, me deixou tranquila, eles me deram atenção, ouviram o meu caso, desde a entrada ali com as enfermeiras.</i>
G. Ser bem atendido é o profissional usar linguagem clara e esclarecer dúvidas.	G.2: <i>Ser bem atendido é tirar dúvida, porque nós somos leigos, eu chego aqui com o que eu to sentindo, não adianta o médico vir com uma conversa técnica, que eu não vou entender nada. Então, pra mim o médico atencioso é aquele que consegue me fazer entender o que tá acontecendo, me dá um feedback de tudo. Porque eu acho que o profissional tem que esclarecer, eles estudaram e tão aqui pra isso, pra atender e tirar dúvidas. Eu trabalho com público, eu procuro esclarecer o que eu posso, e aonde eu não sei eu procuro alguém que saiba, eu acho que qualquer tipo de serviço tem que ser assim.</i>

continua

de que o atendimento dos serviços ligados aos planos de saúde é melhor do que o oferecido na rede SUS. O discurso H.2 destaca que ser bem atendido é ter a consulta marcada rapidamente

Quadro 2. continuação

Ideias Centrais	DSC
H. Ser bem atendido é não demorar para marcar a consulta ter o horário respeitado.	H.2: <i>Ser bem atendido é demorar o menos possível, aqui foi bem rápido, não demorou muito, uma semana de espera. Na verdade, o primeiro passo de respeito é o horário de atendimento, a gente vê quando o médico marca de quinze em quinze minutos e leva meia hora, então marcasse de meia em meia hora. Então, ser bem atendido eu acho que é você encontrar as pessoas disponíveis, o cumprimento da hora marcada, você vir pra consulta e realmente estar tudo certinho, as pessoas por ordem de chegada, a gente marcar e num ficar assim, duas, três horas esperando pra ser atendido; que isso não acontece só em rede pública como é tão divulgado, a gente sente isso na pele até em consultórios particulares. Se você paga também espera!</i>
I. Ser bem atendido é ter o seu problema resolvido.	I.2: <i>Ser bem atendida é a gente chegar no médico, ele perguntar o que que a gente tem, a gente fala e ele passa os remédios e explica pra a gente como é que toma, não é? É ter atenção do médico, e ele resolver o meu problema seria fundamental, o remédio que o profissional passou fazer efeito; que às vezes é muito bom, atencioso, mas não tem efeito nenhum. Por exemplo, eu tava sentindo muitas dores, ele me atendeu, passou um remédio que foi certo pra mim, fiquei bom. Então eu sou bem atendida, os remédios dão resultado.</i>

e o seu horário ser respeitado, pois é comum que tenham que esperar muito por um atendimento, até mesmo em consultório particular, referindo-se novamente à representação social de que o serviço particular é melhor do que o público.

O discurso B.2 refere-se às tecnologias leves, valorizando que o médico realmente esteja preocupado com o paciente; ressalta o pressuposto de sustentação da ação comunicativa de autenticidade dos falantes, que exige que os sujeitos envolvidos na interação tenham sinceridade em buscar um propósito comum⁵. Destaca as formas de serem tratados pelos profissionais, com bom-humor, carinho e educação. Ressalta ainda a horizontalidade da relação entre profissionais e usuários como característica de ser bem atendido, *de pessoa pra pessoa*, referindo-se a outro requisito da ação comunicativa, a não coerção, que possibilita uma participação ativa de todos os atores em uma interação não hierarquizada, na busca de consensos.

O discurso C.2 trata a relevância de se ter acesso a bons recursos, englobando bons médicos, remédios e exames, com ênfase para o fornecimento gratuito de remédios.

O discurso D.2 destaca que para ser bem atendido é preciso que o médico tenha interesse pelo caso, em descobrir qual é o problema do paciente, e realizar uma pesquisa a fim de chegar a um diagnóstico e resolvê-lo, ressalta principalmente a competência do médico. É um discurso que se refere à tecnologia leve-dura¹⁷, pois destaca o saber do profissional, e mostra a importân-

cia do conhecimento especializado¹⁶. Estes três discursos acima (B.2, C.2 e D.2) mostram que um bom atendimento requer o acesso aos três tipos de tecnologias (leves, leves-duras e duras) às tecnologias relacionais, ao saber do médico e aos recursos materiais³³.

O atendimento diferenciado de acordo com as necessidades individuais, como idade e escolaridade, foi abordado no discurso E.2 e pode ser ancorado na orientação da PNH que propõe a valorização da dimensão subjetiva e coletiva nas práticas de atenção e gestão do SUS, comprometendo-se com os direitos e necessidades a elas associados⁷. A Clínica Ampliada¹⁶ também traz esta questão, somando à clínica tradicional a clínica do sujeito, de forma a oferecer um atendimento individualizado, que responda a singularidade de cada caso^{7,28}.

O discurso F.2 refere-se a ser ouvido e ter sua necessidade compreendida como forma de ser bem atendido, e aborda o tema da comunicação entre profissional e usuário. Sublinha que o médico precisa compreender as necessidades do paciente, para oferecer uma assistência adequada, e não imputar ao paciente o que ele considera importante. Este discurso ressalta o saber do paciente e o reconhecimento deste saber pelo profissional. Ressalta o diálogo, ou seja, a participação dos dois atores na conversa, através da escuta, da conversa e do retorno ao paciente; características do encontro entre profissional de saúde e usuário destacadas por Teixeira¹⁵, atributos também do acolhimento, que conforme

o documento base da PNH deve considerar as preocupações do usuário e oferecer uma escuta qualificada⁷.

O discurso G.2 destaca a importância do uso de uma linguagem clara, menos técnica, que o paciente possa entender e tenha suas dúvidas esclarecidas. Aqui se destaca o pressuposto da inteligibilidade¹⁴, que estabelece que a linguagem utilizada deve ser compreendida por todos os participantes da conversa. Este discurso e o anterior (F.2) se complementam e comportam alguns fatores presentes numa ação comunicativa, pois a partir de um Mundo da vida compartilhado e buscando pretensões de validade aceitas mutuamente, profissional e usuário vão entrando em acordo, negociando, sem coerção, construindo consensos que possibilitam o avanço do tratamento^{5,14}.

O discurso I.2 dá destaque à questão da resolubilidade, o fundamental seria o tratamento fazer efeito e o paciente ficar bom da doença que foi tratar. Em última instância é de fato esse o objetivo de qualquer atendimento em saúde, solucionar o problema do paciente proporcionando uma melhor qualidade de vida. Segundo Benevides e Passos³, a posição dos usuários no debate sobre a humanização do SUS está historicamente ligada à reivindicação de seus direitos, ou seja, à “atenção com acolhimento e de modo resolutivo”³.

De uma forma geral, podemos dizer que eles associam um bom atendimento ao atendimento que receberam no IPEC/Fiocruz, citando a atenção de todos os profissionais, o interesse em solucionar o seu problema a partir de uma escuta atenta e da pesquisa.

Considerações finais

De acordo com os discursos coletivos construídos a partir das entrevistas de profissionais e usuários, podemos afirmar que um bom atendimento, depende da utilização equilibrada dos três tipos de tecnologias: tecnologias duras, leve-duras e leves^{17,33}, relacionados como importantes para práticas humanizadas.

Ainda que tradicionalmente a humanização no Brasil seja vista como a adoção de tecnologias relacionais¹¹, portanto leves, e que a maior parte dos DSC dos profissionais tenha ressaltado essas características, os entrevistados, principalmente nos DSC dos usuários também deram destaque para a resolutividade do atendimento o que demanda a articulação dos três tipos de tecnologias (leves, leve-duras e duras).

A pesquisa, que exige uma atenção especial aos processos de trabalho, foi destacada tanto por profissionais quanto por usuários como fator que contribui para a qualidade da assistência e, portanto, para a humanização. Outro trabalho³⁴ também destacou as características éticas da pesquisa clínica como uma variável capaz de contribuir para a humanização.

Os usuários identificaram o atendimento prestado no IPEC/Fiocruz com o atendimento humanizado, e o diferenciaram de outros serviços da rede SUS e de serviços particulares e por plano de saúde, destacando sua superioridade em relação aos outros.

Os profissionais destacaram as condições de trabalho e a autonomia de profissionais e de pacientes, valorizando o saber de cada um. Apontaram, ainda, para a importância do trabalho em equipe e para os limites do trabalho em saúde na instituição considerando a necessidade de uma abordagem intersetorial e maior necessidade de inserção na rede.

Colaboradores

LR Ferreira participou da concepção do estudo, da coleta e da análise dos dados e realizou a redação final do artigo. E Artmann participou da concepção do estudo, da análise de dados e da redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos pelo apoio: CNPQ, CAPES, FAPERJ, INI/Fiocruz e ENSP/Fiocruz.

Referências

1. Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl. 1):771-780.
2. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4541-4548.
3. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):389-406.
4. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):555-561.
5. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa. Deslandes SF, organizador. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 205-231.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
8. Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S. *O Processo de Estratégia – Conceitos, contextos e casos selecionados*. Porto Alegre: Bookman; 2006.
9. Artmann E, Andrade MAC, Rivera FJU. Desafios para a discussão de missão institucional complexa: o caso de um Instituto de Pesquisa em Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):191-202.
10. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Comunicação Saúde Educação* 2009; 13(Supl. 1):603-613.
11. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. Deslandes SF, organizador. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-48.
12. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):183-195.
13. Fiedler RCP. A Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação do humano. *Revista da Educação* 2006; 1(1):93-100.
14. Habermas J. *Teoria do agir comunicativo*. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
15. Teixeira R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2003. p. 49-61.
16. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
17. Merhy EE. *Saúde – A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Andrade MAC, Artmann E. Démarche estratégica em unidade materno-infantil hospitalar. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):105-114.
19. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):517-524.

20. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Pesquisa de Representação Social – Um enfoque qualiquantitativo*. Brasília: Liber Livro Editora; 2010.
21. Jodelet D. Representations sociales: en domain en expansion. Jodelet D, organizador. *Representations Sociales*. 7ª ed. Paris: PUF; 1989. p. 45-78.
22. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, Redes de Conversação e Coordenação de Serviços de Saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):329-342.
23. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)* 2009; 12(1):701-708.
24. Echeverria R. *Ontología del Lenguaje*. Santiago: Dólmén Ed.; 1997.
25. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ/IMS, Abrasco; 2009.
26. Winnicott D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
27. Miranda L, Rivera FJU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como espaço de reconhecimento: contribuições de Axel Honneth. *Physis* 2012; 22(4):1563-1583.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *PNH da Atenção e da Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS; 2009.
29. Camargo Júnior KC. Um ensaio sobre a indefinição de (in)tegralidade. Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco; 2003. p. 35-43.
30. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas sociais em saúde: desafios e aprendizagem. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):861-868.
31. Rivera FJU, Artmann E. Promoção da Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009, p. 183-206.
32. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Abrasco; 2001. p. 39-64.
33. Artmann E, Rivera FJU. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. Roseni P, Muller Neto, Ticianel FA, Spinelli MAS, Silva Júnior AG, organizadores. *Construção Social da Demanda por Cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/Abrasco; 2013. v. 1. p. 225-239.
34. Ferreira CL. *Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC* [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2011.

Artigo apresentado em 04/12/2015

Aprovado em 27/07/2016

Versão final apresentada em 29/07/2016