

# A temática da humanização na saúde:

## alguns apontamentos para debate

Waldir da Silva Souza<sup>1</sup>  
Martha Cristina Nunes Moreira<sup>2</sup>

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.

The topic of humanization within healthcare is analyzed through a sociohistorical digression on the basis of humanism in the West and its present dilution in various sectors of social life. This dilution is qualified in a positive, essentialist light that contributes towards identifying humanism as a sacred asset or a fashion brand. In seeking to define this question, documents produced by the National Humanization Policy were considered, comparing the constitutional principle of full coverage with the guidelines of humanization. In the documents, the perspective of "healthcare production" encompasses: attendance or care provision (professional practices), management of work processes and user participation or social control within healthcare work processes. It is concluded that discussing humanization signifies: reviewing idealizations that neglect human limits; accepting conflict as the driver for negotiations; and putting forward for analysis the way in which groups organize their work processes.

*Key words:* Humanization. Health process. Integrality. Health Policy.

A humanização na saúde é tematizada segundo uma digressão sociohistórica sobre as bases do humanismo no Ocidente e sua atual diluição em diversos setores da vida social; diluição esta qualificada com um tom positivo, essencialista, que contribui para que o humanismo seja identificado como um "bem sagrado" ou uma *grife*. Buscando problematizar esta questão, foram considerados os documentos produzidos pela Política Nacional de Humanização, confrontando o princípio constitucional da integralidade com a orientação da humanização. Nos documentos, a perspectiva da "produção da saúde" engloba: a atenção ou prestação do cuidado (práticas profissionais), a gestão dos processos de trabalho e a participação dos usuários ou controle social no interior dos processos de trabalho na saúde. Conclui-se que discutir humanização significa: rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações, e colocar em análise a forma como os grupos se organizam em seus processos de trabalho.

*Palavras-chave:* Humanização. Produção de saúde. Integralidade. Políticas de saúde.

<sup>1</sup> Cientista social. Universidade Estácio de Sá. Rua Senador Vergueiro, 69/201 Flamengo - Rio de Janeiro, RJ - 22.230-001. wals@terra.com.br  
<sup>2</sup> Psicóloga. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

Considerando os avanços da democratização na saúde, assinalamos que muito ainda há por fazer no campo concreto das práticas. Em um cotidiano que inclui a gestão das políticas e a sua operação pelos atores que se encontram na ponta do processo de trabalho em saúde, identificamos a tendência à utilização da *locução* humanização para abarcar múltiplos interesses de transformação. Com relação a essa tendência, refletimos sobre as associações entre os significados do humanismo na sociedade moderna e seus reflexos no setor da saúde. Realizamos uma breve problematização do conceito, mostrando-o, de um lado, como uma palavra de ordem com baixa capacidade de desencadear questionamentos e, de outro, como a revisão dos preceitos que influenciam as práticas. Constatamos uma imprecisão na definição do conceito de humanização no campo societal, o que pode desencadear uma banalização do mesmo, diminuindo a capacidade de provocar reflexões e revisões ampliadas nas políticas e nas ações da saúde. Outrossim, embora a clareza de que o recurso ao termo humanização – na contemporaneidade –, seja nas políticas, seja nos discursos comuns, não esteja em essência vinculado às bases da filosofia humanística, o exercício de acessar de forma breve o humanismo tem como objetivo ampliar o espectro crítico de sua locução na saúde.

As preocupações com o humano no campo dos valores e da sociedade perpassam nossa tradição ocidental desde há muito tempo. Na saúde, identificamos como emblemática a valorização da locução *humanização da assistência*, que tem como referência, no momento político atual, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) ou projeto de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), conhecido por HumanizaSUS, e que atravessa os diversos setores de exercício do trabalho em saúde, caracterizando-se como uma proposta transversal, e não uma programação vertical. A escolha dessa *política* para análise se dá, entre outras razões, pela identificação, em seus documentos, de uma preocupação em articular transformações com impactos positivos para gestores, trabalhadores e usuários. Um dos enfoques do HumanizaSUS diz respeito à necessidade de se melhorar a capacidade de as organizações atenderem satisfatoriamente às necessidades e demandas da população no que se refere à saúde – tanto em sua dimensão individual quanto coletiva. Assim, sistematizamos questões com base em uma revisão bibliográfica acerca do tema da humanização, considerando que o mesmo se encontra diluído na sociedade atual como uma *grife*, uma marca, que garantiria ou pretendia garantir qualidade a quem a utiliza. A fim de trabalhar esses pontos, nos debruçamos sobre alguns aspectos da filosofia humanista no marco do Renascimento, em busca de fundamentos dessa tradição na polissemia do conceito na atualidade. A idéia de humanização, apesar de indicar um contrasenso, aponta para a desvalorização da perspectiva humana nas interações e ações entre os indivíduos, chegando ao extremo de ocorrer uma naturalização do não reconhecimento do outro como um igual.

Optamos por esse marco, considerando que, mesmo havendo um humanismo na Grécia antiga (Minayo, 2006; Nogare, 1977), esse é reatualizado pela filosofia renascentista e pela filosofia cartesiana, com diferença, sobretudo, na passagem para o século XVII, no valor atribuído ao controle racional sobre impulsos e sentimentos, separando a experiência humana da objetividade no que se refere ao cuidado à saúde.

## Humanização: algumas considerações conceituais e históricas

A *locução* humanização envia-nos às bases filosóficas renascentistas do humanismo, permitindo desfazer a ilusão de novidade em seu uso, explorando suas transformações e metamorfoses. As metamorfoses nos impulsionam a um exercício de superação, não dos temas, mas de uma lógica que busca precursores e causas funcionais. Assumimos a posição não da continuidade histórica, mas da reatualização temática que tanto mantém como transforma.

Na atualidade, o discurso da humanização tem-se feito presente, além da área da saúde, na área da administração, no debate da economia e na reorientação das práticas em diversos ramos do setor de serviços. Na atenção à saúde, este discurso organiza-se em torno ora da política de defesa dos direitos de cidadania, ora de uma discussão que alcança a ética. Na área da administração, a base discursiva é a

da qualidade total e a da felicidade na empresa, visando à otimização do trabalho. Na economia, a idéia é resgatar a identificação do homem com o seu trabalho, base para desconstruir a alienação produzida pela mais-valia. Já na área de serviços “como a de transportes, bancos, comércio etc.” encontramos a idéia de humanização associada à melhoria do acesso (escadas, rampas, elevadores) e à sua qualidade, enfatizando: a pontualidade nos horários, redução do tempo de espera, respeito aos idosos, gestantes e deficientes, e o investimento em sinalizações, conforto e ambiência.

Considerando que a humanização se faz presente como um qualificativo positivo, não apenas no setor da saúde, mas em outros setores da vida social, abrimos um parêntese para focar o discurso da qualidade total nas empresas. Destacamos que o mesmo tem por base a necessidade de *re-humanizar* as relações, conquistando espaço e relações saudáveis. Essa *re-humanização* contribuiria para a promoção de relações favoráveis a um aumento da produtividade e do diferencial no mercado. Identificando o discurso da humanização em outras áreas, Pessoa (2001) defende a necessidade da humanização da economia. Situado na matriz marxista, o autor identifica o homem como medida da história e o capital como base de um sistema que aliena esse mesmo homem e o encara apenas como um instrumento. Para Pessoa, a tese da humanização significa a conscientização sobre as necessidades pessoais de quem produz e adquire, deixando de haver a prioridade do capital sobre o ser humano. Essa tese não se opõe, em certo sentido, a uma tradição identificada na filosofia humanística. Isto porque, como detalharemos a seguir, para o humanismo, o homem está situado na História, e a ele é dada a condição de liberdade pelo atributo da razão. Uma possível diferença entre a posição marxista e a linhagem humanista – guardadas as devidas diferenças históricas – está na consideração de que, para Marx, a liberdade de escolha esbarra nas condições de classe, nas condições materiais, na exploração capital/trabalho que aliena o homem de sua consciência de classe e de sua capacidade de organização. No setor da saúde, a humanização resgata idéias muito caras a uma política que entende a saúde como um direito e como cidadania.

De acordo com Nogare (1977), existem três sentidos para a palavra *humanismo*. O primeiro versa sobre o humanismo histórico-literário, cujas bases se encontram nos séculos XIII e XIV, caracterizado pela retomada dos clássicos gregos e romanos, quando se busca mimetizar as formas literárias e os valores humanos. Um segundo sentido está ligado a um humanismo de caráter especulativo e filosófico, reunindo princípios doutrinários acerca da origem, natureza e destino do homem, encontrando, em uma de suas bases, o humanismo cristão que realça o valor do homem, entendido como princípio autônomo individual de consciência e responsabilidade. O terceiro sentido caracteriza-se pelo aspecto ético-sociológico, quando este destina-se a tornar-se realidade, costume e convivência social.

A filosofia renascentista tem seu humanismo redescoberto como um valor atribuído ao homem em seu sentido pleno, como um ser mundano histórico que intervém sobre a natureza e sobre seu destino, acionando a razão para fazer de sua presença finita uma presença que busca sua formação, autonomia e felicidade (Abbagnano, 2000). Nessa leitura, sobressaem alguns qualificativos desta filosofia que permitem reflexões sobre os possíveis desdobramentos e sentidos da noção de humanização no decorrer das últimas décadas. Primeiramente, a idéia de que o homem é um *ser do mundo* e, como tal, sujeito às paixões e inserido em uma dimensão histórica. Essa historicidade é, ao mesmo tempo, sua liberdade e seu limite; dá a ele contexto e o coloca diante dos acontecimentos. Sobre estes acontecimentos o homem pode exercer domínio por meio da razão, que lhe permite fazer escolhas, controlar as paixões a fim de conquistar sua liberdade e autonomia, sem mais ter como limitadores as instituições tradicionais como a Igreja, o Império e o Feudalismo. A segunda observação refere-se ao fato de o homem, como ser mundano, sujeito às paixões, não conservar, em sua presença no mundo, a possível prerrogativa de um *ser acima do bem e do mal* ou, como se poderia idealizar, *uma bondade por essência*. Pelo contrário, é esse homem do mundo, do conflito e da escolha, da liberdade e do limite, que precisa exercitar a arte da política, da negociação e, por que não, da guerra e da violência.

Ao contrário dessa visão de homem mundano e conflituoso, as metamorfoses do humanismo – em algumas de suas mutações/transformações – ganharam força nas idéias, discursos e ações que idealizaram as relações sociais, com vistas a uma harmonia, e a uma *essência boa* do ser humano. Tal perspectiva desconsidera que, da interação humana, fazem parte tanto a cooperação quanto o conflito. Na base da interação humana está a possibilidade de reconhecer-se e diferenciar-se e, nesse exercício,

cabem a cooperação e o conflito, não necessariamente excludentes. Nessa discussão, o conflito, como uma das muitas possibilidades de expressão das interações humanas, pode, no contexto das relações sociais, abarcar múltiplas estratégias de poder, que imprimem qualidades, valores e modelos. Segundo Simmel (2006), a proximidade entre os indivíduos abre espaço para o conflito e a diferenciação, pelo fato de essa proximidade emprestar conteúdo ao indivíduo, fazendo emergir suas características singulares. Logo, mais do que somente as qualidades ou conteúdos individuais, interessam as formas que esses conteúdos tomam no contexto das relações, interações e no interior dos processos de trabalho em saúde, que dependem de uma equipe, de grupos ou de um conjunto de profissionais funcionando de forma complementar.

No século XVII, a emergência do racionalismo cartesiano abre espaço para a consideração de que o maior valor humano está na capacidade de raciocínio lógico e de controle sobre as paixões, sobretudo naquilo que remete a uma natureza humana baseada na interferência das emoções. O racionalismo cartesiano contribui para a vigência de uma razão científica em saúde de separação entre: corpo e mente, razão e emoção, objetividade e subjetividade. A influência desta filosofia na área da saúde acrescentou reverberações no campo do saber biomédico e na educação para a prática clínica.

A necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Esta perspectiva se aproxima daquilo que alguns autores denominam "objetualização do paciente" (Campos, 1992; Testa, 1992), "excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções" (Ayres, 2006) ou "coisificação" do corpo biológico (Campos, 2003), o que sintetiza as idéias de uma certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, de uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado. Tal perspectiva se desenvolve dentro de uma tradição da prática clínica na qual o corpo é tornado o *lôcus* da intervenção e da operacionalização do saber científico dos especialistas. A biomedicina, ao fragmentar o corpo em diversas partes, que se tornam objetos das mais diversas especialidades, separa a doença de seu caráter de experiência humana, passível de significação e processualidade. O sucesso da biomedicina advém de sua capacidade de se tornar um campo de saber produtor de um *ethos* de classe, cuja característica central é a desumanização de seus praticantes, em nome do não-envolvimento afetivo, garantindo uma intervenção clínica orientada exclusivamente pela objetividade.

A tradição individualista e da racionalidade ocidental moderna produz ambiência para as teorias que enfatizam a racionalidade objetivista. As matrizes analíticas privilegiam as oposições razão x emoção, virtude x vício e, ao mesmo tempo, não se reduzem às mesmas. A objetividade reduz e possibilita um recorte da realidade, fundando-se em universais, certezas e verdades absolutas. O projeto moderno construiu, por meio da cultura dos especialistas, as unilaterizações como estratégia de análise das práticas cotidianas, o que gerou problemas de mediação na relação com essas práticas. O projeto da modernidade científica, da cultura dos especialistas, reduziu a complexidade dos problemas cotidianos às antinomias, organizando uma pretensa totalidade. Desta totalidade, reduzida a binômios, fez parte, também, o processo de neutralização dos compromissos de ordem ética e solidária. O apelo ao ideal de neutralidade científica não deixou de estar alojado no interior do campo da medicina científica moderna. Segundo Luz (1990), o binômio saúde-doença expressa essa dicotomia e reduz a leitura do processo vital a categorias como normalidade e patologia. Tais categorias, para a autora, são essencialmente normativas e fundamentam a clínica moderna, cujo modelo clínico e epidemiológico obedece a uma ordem que tem, na doença, seu centro, ao utilizar-se da categoria de risco, reduzindo o doente a um mero figurante, um simples corpo sede de patologias. O percurso de racionalização das formulações científicas e profissionais, no cenário da modernidade, garantiu a construção de um campo de disputas por competências, restrições de acesso e, portanto, de "disciplinarização" do conhecimento sobre a realidade.

Isto posto, abordamos parte da literatura atual que menciona a humanização no campo da saúde como eixo central de discussão. A *locução* humanização remete, segundo alguns, a algo perdido ou abandonado e que, portanto, mereceria ser resgatado: a dimensão pessoal. E aqui o sentido do humano é o do adjetivo ao qual corresponde certa idealização de uma essência capaz de bondade, solidariedade,

dedicação, coragem, força. Atributos que remetem, em certo sentido, a uma razão que controla os sentimentos negativos, permitindo ao homem suportar os desafios da doença, da morte e dos impasses subjetivos. Para tanto, a ciência ou o conhecimento desenvolvidos pela interioridade subjetiva permitem ao homem o autoconhecimento - expressão máxima da capacidade de autocontrole.

Pessini e Bertachini (2004) apresentam a humanização como um desafio, referida a uma crise de humanismo, contextualizada a uma sociedade moderna *desumanizada*. Ao refletirem sobre a humanização dos cuidados em saúde, afirmam que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade. No argumento por eles desenvolvido, a exclusão, a violência e a iniquidade contribuem para um rebaixamento da solidariedade, da tolerância e da compaixão, com impacto nas instituições de saúde. Assumem a idéia de que o contexto macro condiciona e determina (ou na palavra dos autores, "espelha") o contexto micro, tanto no que é nobre e virtuoso quanto no que é degradante e aviltante. A tecnologia comparece como algo que contribui para a coisificação da pessoa humana e a sacralização das coisas. Em sua definição, a humanização vem acompanhada da necessidade de ampliar o foco do cuidado, desconstruindo uma ação centrada simplesmente na sobrevivência. Para tanto, os profissionais de saúde e os pacientes devem estar situados como sujeitos de sua própria história, e os primeiros devem reconhecer seus pacientes também como indivíduos. Os autores defendem a ligação da humanização com a "essência do ser", remetendo a uma historicidade do humano como condição para o *re-conhecimento* do direito de cuidar e ser cuidado com qualidade.

Pessini e Bertachini (2004) evocam um campo de discussões que apela para aquilo que Benevides e Passos (2005, p.390) denominaram "o bom humano": "uma figura ideal que regularia as experiências concretas". Nesse artigo, os autores, ao criticarem essa retórica que idealiza o humano, associam a humanização a alguns qualificativos que buscam a retomada do homem contextualizado, histórico e engajado em um sentido de ser que transforma e, ao mesmo tempo, é transformado pelas práticas em que se engaja.

Em Puccini e Cecílio (2004), identificamos uma linha de discussão próxima do exercício analítico presente em nosso texto. Os autores relacionam as demandas por mudanças na área da saúde às concepções e valores mais gerais da sociedade. O desafio reside na busca de uma diretriz da humanização/satisfação que supere os limites das relações sociais vigentes, o que intervém no direito à saúde em uma conjuntura na qual predominam políticas públicas propostas por um ideário de Estado mínimo. O tema da humanização é introduzido em conjunto com o do direito à saúde, descortinando o assunto para a exploração das definições de qualidade e para os ideais de satisfação do consumidor.

Em Kunkel (2002), identificamos uma análise que relaciona a humanização da saúde à cidadania. A autora assinala aspectos que desumanizam as relações na saúde. Primeiro, aponta a especialização que fragmenta o usuário e não contribui para um atendimento qualificado, para a garantia de acesso e de compromisso para com os usuários como pessoas humanas. O segundo aspecto diz respeito à desumanização do atendimento, caracterizado pela assimetria entre usuário e profissional, pautada em uma situação de inferioridade do primeiro em relação ao segundo, com a desconsideração de seu saber e de sua iniciativa. A terceira situação se configura quando o atendimento de saúde é feito com uma entrega, pelo usuário - tornado paciente para o profissional - de todo o conhecimento acerca do que se passa consigo. Acontece um domínio da situação, das falas que supervalorizam o saber médico e desconsideram os modos de vida das pessoas. Por fim, a redução do usuário ao paciente organiza uma lógica pautada na doença, e não na sua identidade integral. A autora ressalta que humanizar o cuidado em saúde é combater as perspectivas que enganam o usuário e o destituem de informações importantes sobre a sua saúde, desrespeitando a sua cultura e seus costumes. Ressalta que o atendimento humanizado consta da lei como o atendimento que deve ser prestado no SUS. Para a autora, a saúde precisa estar referida ao modo de viver das pessoas e contextualizada na sociedade para estar comprometida com um processo de mudança.

Neste momento, aponta-se para duas perspectivas centrais na discussão sobre humanização: primeiro, a necessidade de se perceber que, na sociedade atual, há uma retórica que investe na marca humana como um valor associado a uma *grife* de qualidade. Para tanto, é preciso que esta retórica associe ao humano um conjunto de idealizações que pretendem garantir que o conflito e os dissensos não ocupem um espaço digno de produção de sentido. A segunda desloca-se dessa idealização e vai ao

encontro da necessidade de enfrentar a locução *humanização* a partir de um investimento na ressignificação das relações sociais comprometidas com o campo, quando a subjetividade é produzida com enfrentamentos, posições diferenciadas, e negociações.

## Humanização: a perspectiva da produção de saúde

Como exposto, a idéia ou a necessidade de se humanizar algum aspecto da vida social não é algo novo no campo das práticas sociais, nem muito menos simples, pois comporta a necessidade de se colocarem em diálogo reflexões conceituais, vivências, saberes populares e a cidadania, ampliando o campo de debate das políticas públicas. Esta idéia se reatualiza na saúde, pois há uma compreensão de que tal proposição seria algo recente. Assinalamos que, no campo da saúde, a encontramos referida, fundamentalmente, ao hospital, desde meados do século XX, em obras como as de Camignotto (1972); Feldmam et al. (1973); Gelain (1968); Leclainche (1962); March, Borges, Bonfim (1973).

Uma análise acerca do discurso oficial sobre a humanização foi empreendida por Deslandes (2004). Embora a autora não empreenda uma análise sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), reconhecida como HumanizaSUS, seu trabalho contribui para o desvelamento dos sentidos da humanização, a qual, embora, referida à assistência hospitalar, a nosso ver, não deixa de ter seus sentidos reatualizados no discurso da política transversal de humanização à saúde. Como diretriz central da proposta de humanização e que possibilita o diálogo entre os três sentidos aqui considerados, assinalamos a necessidade de ampliação do processo comunicacional. De qualquer forma, o chamado projeto/processo de humanização, segundo Deslandes (2004), está voltado para a melhoria da qualidade da atenção prestada, com um possível acréscimo na capacidade de reflexão e crítica acerca dos modelos e ações em saúde. Ao final de seu estudo, podemos retomar o argumento da associação entre ideário da humanização como uma *grife* - ou marca que vai gerar uma diferenciação e uma capacidade de destaque àqueles que a utilizam. Dessa forma, torna-se necessário aumentar o grau de reflexividade acerca do seu uso como um conceito que orienta práticas, sob pena de perdermos seu possível potencial transformador e incorreremos na armadilha da mera repetição de uma palavra de ordem vazia e sem sentido.

O antecedente da PNH foi o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que estava centrado no hospital como campo de intervenção privilegiado, lugar de relações verticalizadas orientadas por instrumentos normativos que deveriam ser operacionalizados na busca de realização de metas e índices, independentemente de sua resolatividade e qualidade.

Já a PNH caracteriza-se por sua proposta transversal e abrangente, configurando-se como um conjunto de princípios e diretrizes traduzidas em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, não apenas na assistência hospitalar. Coloca-se, assim, como uma construção coletiva, acionando todos os envolvidos no campo da saúde (Brasil, 2004a). Não está na base de sua emergência a idéia de que apenas um âmbito - no caso, o da atenção especializada -, ou, ainda, apenas as ações voltadas para o *locus* hospitalar careceriam de intervenções "humanizadoras". A humanização como política transversal supõe ultrapassar as fronteiras dos diferentes saberes e poderes presentes na produção da saúde. Para além de uma necessária discussão sobre o debate em torno da locução *humanização*, acreditamos importante apresentar as bases da PNH como contexto no qual alguns conceitos ganham centralidade: processo de trabalho em saúde, produção de saúde e de subjetividade, cuidado em saúde.

Na PNH, atribui-se ao termo humanização um sentido positivo que engloba as seguintes perspectivas: 1 valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; 2 fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; 3 aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos. A PNH tem como eixo norteador a construção de relações mais horizontais entre profissionais e usuários, enfatizando estes últimos como sujeitos que precisam ter os seus direitos garantidos. Destacamos, na PNH, a consideração de que os serviços de saúde teriam três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores, e a reprodução do próprio serviço como política

democrática e solidária, colocando a participação dos trabalhadores em saúde, gestores e usuários em um pacto de co-responsabilidade (Brasil, 2004b).

O ideário da PNH afirma que, da produção de saúde, fazem parte as: pactuações, negociação dos conflitos, elaboração dos imprevistos e operacionalização da criatividade. Considerar a necessidade de um pacto significa incorporar como reais os conflitos e as possibilidades de alianças. A atual PNH afirma que é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecer seus direitos, explicitar as reais condições em que se dá o processo de trabalho em saúde e o papel central dos profissionais na encruzilhada entre técnica, ética e política. Nessa encruzilhada, o processo de trabalho é qualificado como um espaço de produção de caráter coletivo e compartilhado. O modelo é o da rede de relações entre os sujeitos, que comporta assimetrias de saber e de poder, e cuja transformação depende da construção de práticas de co-responsabilização na direção de um processo em prol da autonomia das pessoas. Há um destaque para as relações baseadas no vínculo e na confiança, resgatando a possibilidade do acolhimento como um qualificativo transformador das ações de cuidado, nas relações de *estar com* e *estar perto de*, reconhecendo as singularidades do adoecer e as diferentes dimensões das necessidades em saúde (Brasil, 2006a). A humanização dos serviços de saúde articula-se de forma central com as mudanças no processo de trabalho e gestão; e a construção do acolhimento é apresentada como um dos recursos para as transformações nas relações entre profissional/usuário e sua rede social e profissional/profissional. Índices importantes para essa mudança precisam estar baseados em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, considerando o usuário como sujeito e protagonista no processo de produção de saúde.

Chamamos a atenção para o fato de que, na PNH, há a perspectiva de não se reduzirem as relações construídas na atenção à saúde ao processo de trabalho, mas ressaltar a dimensão dos processos de produção de saúde. Nas bases dessa proposta, identificamos a preocupação em não se restringirem as transformações a uma discussão clássica sobre revisões nos processos de trabalho. Remetendo à idéia de produção de subjetividade, a PNH expõe, em suas bases, o compromisso com a transformação da saúde como interdependente dos diversos sujeitos, e não só das condições materiais do processo de trabalho, referida ao segmento profissional. Assim, nos documentos, a produção de saúde inclui ou comporta a perspectiva dos processos de trabalho em saúde.

Na discussão sobre ambiência, a perspectiva da produção de saúde comparece afinada com a possibilidade de se potencializarem, na arquitetura, na organização do espaço e das pessoas (sejam profissionais ou usuários), as trocas sociais, os vínculos, os processos de identificação e as referências no cuidado e atenção à saúde (Brasil, 2006b). Muito embora o processo político englobe demanda, formulação e operação no cotidiano, destaca-se a centralidade do processo de trabalho em saúde, reconhecendo-se que, nesse campo, reside ainda uma lacuna importante a ser investigada na associação com a temática da humanização (Deslandes, 2006). Isto porque é nesse nível que são construídas as relações de adesão ou recusa àquilo que é proposto pelos formuladores e gestores. Aos usuários é garantida uma parcela de co-responsabilidade no processo político, pela perspectiva da representação e do controle social. No entanto, no cotidiano da atenção à saúde, fica reservado, aos usuários, o lugar de coadjuvantes, na medida em que o ideário profissional e o imaginário social investem na técnica a possibilidade de resgate dos processos de saúde, recuperação e cuidado. Assim, é necessário interrogar se os trabalhadores de saúde estão em condições de garantir um atendimento, um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da humanização. Tal preocupação se concretiza no fato de que, quase sempre, tais trabalhadores se encontram inseridos em processos de trabalho muito precários – em decorrência de baixos salários, realização de dupla e, até mesmo, tripla jornada, sobrecarga de trabalho devido ao *deficit* ou insuficiência de pessoal e de recursos materiais em qualidade ou quantidade, alta carga de estresse, em função da tensão provocada, seja pelas chefias superiores como pelos próprios usuários, sobre quem está na *ponta* do sistema. Tais questões, experimentadas pelos trabalhadores da saúde, assinaladas por Casate e Corrêa (2005), contribuem para um processo de trabalho rotinizado/mecanizado. As propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade.

Na direção das discussões acerca da humanização e do processo de trabalho em saúde, uma das

locuções presentes diz respeito à integralidade. Mattos (2001) defende que a integralidade comporta valores cruciais no cotidiano das políticas de saúde e que os mesmos merecem ser revisitados e defendidos. A integralidade está intrinsecamente associada à capacidade e à sensibilidade dos profissionais de saúde em abordar as situações, em se confrontar com limites de sua ação e em procurar incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho. Qualquer um dos três sentidos da integralidade apontados pelo autor – princípio orientador das práticas; princípio organizador das políticas e princípio organizador do trabalho – implica “uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (Mattos, 2001, p.61). A integralidade, retomada nas discussões contemporâneas reafirma muitos dos temas que a PNH evoca como princípios. A diferença talvez seja que o princípio da integralidade está na letra constitucional, no capítulo da saúde, enquanto a humanização surge como uma tendência das últimas décadas, mais precisamente dos anos 2000 - apesar de encontrarmos na literatura referências a tal discurso desde a década de 1960 (Benevides, Passos, 2005), como apontamos anteriormente.

Nesta direção, Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram o processo saúde-doença como um fenômeno complexo e não restrito à biologia, construindo a base de uma prática integral. Utilizam o conceito de integralidade da atenção à saúde como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população. Essa mudança nas graduações de saúde, segundo os autores, deveria configurar-se como uma política pública a ser assumida na interface entre setor da educação e setor da saúde, dando lugar à humanização também na ordem da formação, não apenas da gestão e atenção, como previsto na PNH. Essa consideração contribui para ampliar a base conceitual da ação de cada profissional na direção de uma configuração de equipe voltada para a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, potencializando cada ação.

Em nossa análise, o conceito de integralidade se dirige, portanto, à produção de saúde, e não apenas ao tratamento. Nesse ponto preciso, ele se encontra com o conceito de humanização nos textos oficiais da PNH, considerando a dimensão do trabalho como parte constitutiva essencial, mas não única, da produção de saúde. O foco recai sobre os trabalhadores e seus processos de trabalho e qualificação profissional. E, se partirmos da humanização, é preciso dizer que o trabalho constitui elemento que significa a dimensão humana no sentido de reconhecimento, produção e realização pessoal. A fim de superar o risco do mecanicismo nos processos de trabalho, a PNH ressalta o papel reflexivo dos trabalhadores, seu potencial inventivo de superação dos imprevistos utilizando a inteligência e a capacidade criativa, a fim de transformar o que, a princípio, seria adverso e contra si próprio, em um instrumento a seu favor. Para tanto, os trabalhadores precisariam de um suporte para intermediar prescrição e ação criativa em face dos imprevistos do cotidiano (Brasil, 2006c).

Faz-se interessante destacar, no âmbito deste artigo, a formulação, na PNH, de que “a gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde” (Brasil, 2006c, p.8). A estratégia privilegiada para a construção deste processo é a formação no trabalho, o que, para Ceccim e Feuerwerker (2004), é a *educação permanente em saúde*. Essa formação possibilitaria a articulação do fazer e aprender, produzindo conhecimento, construindo e desconstruindo saberes, valores e concepções. A relação estabelecida com base no diálogo permanente entre o pólo dos saberes e o das práticas no cotidiano de trabalho a PNH designou como “Comunidade Ampliada de Pesquisa” (CAP), em alusão ao Movimento Operário Italiano, e que pode ser compreendida no Programa de Formação em Saúde e Trabalho. O método que baseia essa formulação é o de *aprender fazendo e problematizando em coletivos*. A PNH avança não só na reconceitualização do que significam as ações e saberes em saúde, mas na revisão dos poderes e estratégias de comunicação e negociação no cotidiano. A noção de CAP sintoniza-se com o pressuposto da construção da horizontalidade e da integração entre os processos de trabalho da atividade prática, do planejamento e gestão, e da avaliação na saúde.

Para Ricardo Antunes, o trabalho ocupa um lugar central na história da realização do ser social, permitindo a produção e reprodução de sua existência - quando se considera que esse trabalho tem por base os laços de cooperação social. De acordo com sua perspectiva, “o trabalho é o ponto de partida para a humanização do ser social e o motor decisivo do processo de humanização do homem” (Antunes, 1995, p.123). Se o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização do ser social,



também ele acaba por ser degradado e aviltado, ocupando o lugar de estranho, ao não propiciar realização, convertendo-se em uma função de subsistência. A força de trabalho torna-se, ela mesma, uma mercadoria a produzir mercadorias, e o trabalho se transforma em meio, e não em necessidade primeira de realização humana.

Para Merhy (1994), a categoria processo de trabalho está interligada às opções tecnológicas que fazem parte das práticas em saúde. A tecnologia não é reduzida à utilização de equipamentos: caracteriza-se como relação entre saberes e finalidades. São conceitos centrais no universo do trabalho em saúde: a doença, a normalidade, a patologia, a vida e a morte; tudo isso demarca uma linguagem, que, mais do que consensos e concordâncias, pode revelar dissensos e conflitos no cotidiano de um trabalho no qual atuam profissionais de diversos níveis e especialidades.

Ao focar a "idéia da qualidade do trabalho", Lacaz e Sato (2006) empreendem uma análise com base na perspectiva das micronegociações, que possibilitam a reorganização do trabalho, com a idéia de alcançar uma gestão participativa. No interior desse debate, sobressaem os ideais de autonomia, criatividade, controle e poder dos trabalhadores sobre seus processos de trabalho. Os autores ressaltam que, nas instituições de saúde (hospitais e unidades de atenção básica), a lógica de produção dos serviços se assemelha à do trabalho fabril. Com base nos autores, percebemos que, no trabalho em saúde, o aumento do grau de crítica e consciência é um caminho para a superação da alienação em relação ao trabalho. Na perspectiva de Lacaz e Sato (2006), a humanização da saúde abarca necessariamente o envolvimento real e concreto dos trabalhadores no compromisso participativo, da ordem negociada, da busca de administração dos conflitos e da conquista da qualidade de vida.

Para Merhy (1994), as tecnologias do processo de trabalho em saúde são quase todas do tipo *leves*, estando envolvidas com as sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades dos diversos atores. Para Schraiber (1996), as ações de saúde englobam as dimensões valorativas, de tomada de decisão e de mediação no lidar com pessoas, demarcando um exercício ético, cujas ações/intervenções definem um viver. A reflexão de Schraiber (1996) inspira associações com a conceituação do cuidado em saúde como um cuidado essencialmente clínico, pois a base desse cuidar se funda na comunicação por parte do paciente e de sua experiência e vivência de adoecimento.

Segundo Silva (2005), o processo de trabalho em saúde caracteriza-se por uma identificação entre o bem desejado, no caso a saúde, pela perspectiva dos usuários, e o produto da ação dos trabalhadores no que se refere ao ato cuidador. Assim, o bem produzido e a ação estreitam os laços entre trabalhadores e usuários em um processo complexo de encontros, desencontros e conflitos na esfera da produção de subjetividades. Tal identificação, que reside no nicho humano, torna-se tanto um espaço possivelmente transformador quanto um campo sujeito a mecanismos de recusa, de proteção e de sobrevivência. Por lidar com aquilo tudo que toca mais fundo o universo humano - como descrito por Merhy (1994) -, é possível que a saúde-doença, como processo a que todos estão sujeitos, mobilize sentimentos os mais diversos e as reações as mais ambíguas.

No campo da saúde, apontamos que, em conjunturas diversas, os agentes sociais atuantes/dominantes do sistema realizam o que Bourdieu (1983) denominou produção de bens sagrados. Tais bens são confirmados e instituídos pelos agentes, participantes do jogo, que estabelecem a ideologia da criação, pois, para que o sistema funcione, é preciso difundir uma crença coletiva e legitimá-la. É por meio das redes de legitimação - quando há relação de recorrência, qual seja: crença-legitimidade-crença, numa visão mais radical - que se instaura a base de construção das verdades no campo científico, no nosso caso, o da saúde.

## Conclusão

Consideramos, com bases nos documentos da PNH, que ocorre um avanço relevante no campo político, e que diz respeito à consideração de que a saúde não se resume às práticas assistenciais que a constituem. Ao considerar relevantes a reflexão no interior dos processos de trabalho e a saúde como um espaço de produção, a PNH abre-se para os valores, conceitos, significados e perspectivas diferenciadas que constituem o campo das relações humanas e da produção de subjetividade. Ao falar

em *produção de saúde*, a PNH amplifica o campo, incluindo no mesmo os processos de trabalho como uma de suas dimensões, e vai ao encontro do princípio da integralidade.

Torna-se urgente perceber a diversidade que marca a presença da produção de subjetividade nas práticas profissionais no setor da saúde. Mesmo reconhecendo conquistas e avanços, faz-se necessário discutir nichos de problemas na dimensão das políticas de humanização na área da saúde. Como um desses problemas, assinalamos o fato de que, ao mudarmos estratégias, não necessariamente alcançamos uma transformação real no nível das ações, valores, significados e práticas com as quais os sujeitos se encontram envolvidos em seu dia-a-dia. É importante sublinhar e desnaturalizar o possível maniqueísmo entre práticas identificadas como tradicionais e estratégias inovadoras, ainda assim é bastante interessante, na PNH, a estratégia da CAP como espaço de reflexão coletiva. Tal desnaturalização beneficia a instauração de processos mais reflexivos, necessários ao quadro complexo da realidade sanitária e social brasileira.

Assinalamos a capacidade de a locução humanização vir associada à atribuição de qualidade a quem a utiliza, seja em que área for. Essa capacidade se desdobra naquilo que demarcamos como seu potencial de *grife* ou marca, diluída na sociedade, constituindo jogos de força, um simbolismo na direção de tornar-se um "bem sagrado" no sentido de Bourdieu. A simplificação do uso da categoria humanização na sociedade atual, em diversos setores da vida social, qualificada com um tom positivo e essencialista, contribui para que seja identificada como bem sagrado ou *grife*; sem que isso signifique alterações significativas no campo das práticas e das relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano da atenção em saúde, impõe a reivindicação do reconhecimento de direitos, de necessidades singulares e de práticas cuidadoras.

Um dos aspectos suscitados pela reflexão e análise de parte da bibliografia referente ao tema da humanização na saúde aponta para o fato de que essa temática caminha *pari passu* com os debates sobre o princípio da integralidade. Destacamos que a produção bibliográfica sobre a temática da humanização na área da saúde e da integralidade ganha força na conjuntura dos anos 2000, sobretudo a partir de 2003, com as políticas nacionais de educação permanente em saúde e de humanização da atenção e gestão em saúde. Tais discussões defendem a retomada do tema do humano, das considerações acerca dos processos de produção de subjetividade, do enfrentamento dos mecanismos de despersonalização e objetualização experienciados tanto por usuários quanto por profissionais. O campo da produção de saúde inclui trabalhadores e usuários em mecanismos complexos de identificação, diferenciação, hierarquização e jogos simbólicos de força, poder e reprodução. Em nossa análise, ressaltamos a urgência de se reconhecer a presença de sentidos diversos sobre o tema da humanização. Essa diversidade não significa um fator negativo, mas demonstra a heterogeneidade do campo e dos atores que constroem os significados a partir de determinados lugares e posições sociais. Uma PNH não deve ter o poder de uniformizar, em um único discurso, as ações, mas de enfrentar os desafios dessa diversidade, propiciando o aumento da reflexão dos atores sobre suas práticas.

### Referências

- ABBAGNANO, N. **História da filosofia**. Lisboa: Editorial Presença, 2000. v.5.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade/Unicamp, 1995.
- AYRES, R. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Ambiência**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: política nacional humanização, 2004a. Disponível em: <www.saúde.gov.br/humanizasus>. Acesso em: 15 jul. 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa - co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMIGNOTTO, A. A humanização do hospital: fator de eficiência. **Rev. Paul. Hosp.**, v.20, n.11, p.27-30, 1972.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, R.O. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde Debate**, v.27, n.64, p.123-30, 2003.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.

DESLANDES, S. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.33-47.

\_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FELDMAM, M. A. et al. Aspectos da humanização do serviço de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual São Pedro. **Rev. Bras. Enferm.**, v.26, n.6, p.515-26, 1973.

GELAIN, I.J. Humanização do hospital. **Rev. Paul. Hosp.**, v.16, n.1, p.3-7, 1968.

KUNKEL, M.B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa/Escola de Saúde Pública, 2002. p.195-202.

LACAZ, F.A.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.109-39.

LECLAINCHE, X. É preciso humanizar o hospital. **Rev. Paul. Hosp.**, v.10, n.5, p.7-10, 1962.

LUZ, M.T. Além da dicotomia saúde-doença: repensando este binômio. **Divulg. Saúde Debate**, n.2, p.53-5, 1990.

MARCH, M.; BORGES, M.E.S.; BONFIM, M.E.S. Humanização da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.26, n.6, p.508-14, 1973.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-60.

- MINAYO, M.C. Prefácio. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.23-30.
- NOGARE, P.D. **Humanismos e anti-humanismos: introdução à antropologia filosófica**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.
- PESSOA, E. **Humanização da economia: caminho para nova ordem econômica**. Campinas: Alínea, 2001.
- PUCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1342-53, 2004.
- SCHRAIBER, L.B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulg. Saúde Debate**, v.12, p.45-50, 1996.
- SILVA, A.L.A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio Política de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.75-98.
- SIMMEL, G. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.
- TESTA, M. Hospital: visão desde o leito do paciente. **Rev. Saúde Mental Coletiva**, v.1, n.1, p.46-54, 1992.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. La temática de la humanización en la salud: algunos apuntes para debate. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008.

La humanización en la salud es objeto de una digresión socio-histórica sobre las bases del humanismo del Occidente y su actual dilución en diferentes sectores de la vida social; dilución calificada en tono positivo, esencialista, que contribuye para que el humanismo se identifique como un "bien sagrado" o una *grife*. Buscando el problematismo de tal cuestión, se consideraron los documentos producidos por la Política Nacional de Humanización, confrontando el principio constitucional de la integración con la orientación de la humanización. En los documentos, la perspectiva de "producción de la salud" engloba: la atención o prestación de cuidado (prácticas profesionales), la gestión de los procesos de trabajo y la participación de los usuarios o control social en el interior de los procesos de trabajo en la salud. Se concluye que discutir humanización significa: rever idealizaciones que desconsideran los límites de lo humano, admitir el conflicto como motor de negociaciones y colocar en análisis la forma en que los grupos se organizan en sus procesos de trabajo.

*Palabras clave:* Humanización. Producción en salud. Integralidad. Política de salud.

Recebido em 13/11/06. Aprovado em 18/03/08.