

HUMANIZAR O HUMANO: BASES PARA A COMPREENSÃO DA PROPOSIÇÃO DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Adir Valdemar Garcia¹
Cleonete Elena Argenta²
Kristiane Rico Sanches³
Marcia Lange de São Thiago⁴

RESUMO

Neste artigo faz-se uma reflexão sobre a significação de humanização com vistas a entender a sua incorporação no sistema de saúde brasileiro. Tal significação se materializa no âmbito da saúde como Política Nacional de Humanização (PNH). A formulação de uma Política Nacional de Humanização decorreu de insatisfações dos usuários, bem como de profissionais da saúde para com a assistência prestada. A PNH é, portanto, um instrumento a ser utilizado para que a assistência à saúde se realize respeitando parâmetros técnicos objetivos, bem como as subjetividades de todos os envolvidos no processo assistencial: usuários, profissionais e gestores. Sua efetivação depende do cumprimento de uma série de quesitos relacionados à própria efetivação da saúde como direito de todos e dever do Estado. A grande questão é a possibilidade de realização e sustentação efetiva dos “direitos” em sociedades de classe.

Palavras-chave: Humanização dos serviços; Políticas públicas; SUS; Assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O processo de constituição da saúde pública no Brasil expressa o embate travado no seio da sociedade por suas classes sociais, expressão da própria organização do modo de produção capitalista. Apesar disso, não se pode dizer que os “ganhos” obtidos pela classe dos trabalhadores e por aqueles postos à margem da sociedade e que constituem

¹ Pedagogo. Mestre em Educação. Doutor em Sociologia Política. Atua na Divisão de Planejamento e Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: adirvg@yahoo.com.br

² Enfermeira. Especialista em Gerontologia e em Metodologia do Ensino de Enfermagem. Atua na Divisão de Planejamento e Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: cleoneteargenta@bol.com.br

³ Administradora. Mestre em Administração. Diretora da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Msc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: kristianesanches@hotmail.com

⁴ Assistente Social. Especialista em Serviço Social na Área da Família e em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Atua na Divisão de Gestão Escolar da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. Msc. Osvaldo de Oliveira Maciel. E-mail: m.lange@gmail.com

os “sem trabalho” foram frutos, unicamente, da força destes. É necessário destacar que o próprio capital exige determinadas condições para o seu desenvolvimento e, neste sentido, as políticas de educação e de saúde são fundamentais.

Mas isso não permite que se exclua desse processo a intenção de muitos em construir uma sociedade onde as condições de vida da população fossem diferenciadas, refletindo todo um movimento que visava controlar a produção e reprodução do capital e, com isso, “humanizá-lo”. Essa não é uma história brasileira, mas a história do próprio capitalismo. Isto leva a crer que “humanizar o humano” é algo inerente à própria história humana, o que, por sua vez, implica em uma reflexão complexa em torno dessa busca.

No que diz respeito à saúde, especificamente à realidade brasileira, as lutas sociais resultaram no estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de a estruturação do sistema ter sido considerada um grande avanço, não se deu sem uma série de percalços, muito menos conseguiu, até o momento, responder ao que preconiza. A saúde pública no Brasil ainda vive momentos de agonia e tem sido protagonista de cenas inaceitáveis a considerar-se as condições técnicas e econômicas atuais. Filas, falta de atendimento, demora, serviços insuficientes e em geral mal estruturados, investimento insuficiente, trabalhadores insatisfeitos com suas condições de trabalho e salarial, são elementos bastante comuns nesse cenário. Tudo isso gera uma insatisfação social para com o sistema público de saúde.

O Ministério da Saúde, com o propósito de intervir nesse cenário, dentre outras iniciativas, regulamentou em maio de 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visto serem os hospitais o espaço onde tal condição se concretiza de modo mais efetivo. O PNHAH, a partir de 2003 cede lugar à Política Nacional de Humanização (PNH), que passa a orientar a humanização da saúde.

Trata-se de uma pesquisa teórica com o objetivo de explorar o tema humanização por meio da apresentação de autores que se dedicam ao estudo deste, bem como de outros temas relacionados. Caracteriza-se como hermenêutica dialética por ocupar-se da arte de compreender textos e considerar os diálogos dos vários autores citados (MINAYO, 2007).

As reflexões ora apresentadas podem contribuir para que se entenda a busca dos seres humanos no sentido de “humanizar” suas condutas. Para tanto, apresenta-se o conceito genérico de humanização para, posteriormente, refletir-se sobre sua apropriação como conceito fundamental na assistência à saúde.

2 HUMANIZAR O HUMANO

Quando faz-se referência ao fato de ser necessário humanizar o que é, por si, humano, tem-se a sensação de que isso parece estranho. Alguns autores refletiram a este respeito e procuraram explicar essa busca dos seres humanos no sentido de “humanizarem-se”.

Deslandes (2004) destaca a dificuldade de lidar com o termo humanização pelo fato de este resultar na condição de humanizar o humano. E realmente isto se torna um problema que só pode ser equacionado quando se entende que só se é humano quando se expressa determinadas condutas. Isto implica em uma questão: a partir do que tais condutas se estruturam? Duas possibilidades recebem maior destaque na literatura: Tais condutas refletem a “natureza” humana, sendo que, neste caso, é necessário assumir que a natureza humana é “boa”, ou seja, constitui-se de atributos capazes de possibilitar uma convivência harmoniosa e de respeito à vida, tomada como uma relação humanizada; ou tais condutas não refletem uma “natureza humana”, mas expressam a construção histórica do ser humano e, neste caso, o resultado reflete as relações sociais historicamente estabelecidas. A palavra humano aparece, então, como adjetivo contrapondo-se ao adjetivo desumano, e não como substantivo, contrapondo-se a não-humano.

Arruda (2003), partindo de uma visão sistêmica, reflete a respeito da construção do *Homo* e diz que a história de dez milênios tem se prestado a convencer a humanidade de que a competição, o egoísmo e a agressividade são elementos da natureza humana. O autor discorda de que esta seja a natureza humana e formula três hipóteses em seu estudo para dar sustentação a sua posição. As hipóteses são:

a) O diferencial evolutivo, que permitiu à espécie tornar-se dominante sobre todo o planeta, não foi a agressividade nem a competitividade, mas a sociabilidade, a cooperação e a solidariedade. Com a sedentarização da espécie, sedimentaram-se divisões do trabalho baseadas na apropriação privada de bens e dos frutos de trabalho de outros. Isto é levado ao extremo com a globalização do sistema do capital, o que torna agressivos e competitivos não apenas os indivíduos, mas a espécie em quase todo o planeta e na relação com o próprio planeta.

b) Os seres humanos trazem consigo uma constelação de potencialidades e

probabilidades que nos cabe desenvolver. Não de modo isolado, mas na socialização e na interação com os outros e com o mundo.

c) A educação é um fim em si, pois se constitui em processo permanente de o *homo* realizar sua vocação ontológica e histórica de ser sempre mais. É nisto que consiste a evolução consciente do *homo*. “É também um meio a serviço de um determinado projeto de *homo* e de sociedade. [...]” (ARRUDA, 2003, p. 33).

O que se pode depreender dessa posição do autor é que o *homo* é “naturalmente bom” e que sua condição de desumano está diretamente relacionada às relações estabelecidas e que resultam num determinado tipo de estrutura social. Neste sentido, o caráter desumano foi construído historicamente e, portanto, pode ser desconstruído, possibilitando um retorno à “natureza do *homo*”.

Para o autor, o trabalho e a educação estão no cerne de todo esse processo, tanto como meio de sustentação da condição desumana, considerando a manutenção da exploração do trabalho e a condição da educação como elemento de manutenção do *status quo*, quanto como meio a ser utilizado para negar esta ordem. Portanto, não se trata do trabalho e da educação em si, mas do papel desempenhado por estes dentro de uma determinada forma social. Afirma que a atualidade, com o nível de desenvolvimento alcançado, permite à humanidade reorganizar sua história “em torno daquelas atitudes e comportamentos que durante milhões de anos fizeram os membros da espécie convergir, coordenar suas ações e compartilhar entre si os meios de vida e o prazer da convivalidade e da amorosidade” (ARRUDA, 2003, p. 31).

Não cabe aqui especificar os meandros dessa reflexão, extremamente complexa, mas é indispensável que reflita-se sobre a possibilidade de, em sendo esta visão correta, o *homo* retornar a sua condição humana. O autor, como já referido anteriormente, sugere que o caminho para tal seja o estabelecimento de uma economia solidária, portanto uma mudança nas relações de trabalho, bem como de um processo educacional emancipatório.

Arruda destaca que a agressividade e competitividade herdadas no processo avaliativo da humanidade podem ser superadas a partir da aplicação da inteligência e da vontade consciente do *homo*. À medida que a consciência evolui, afirma o autor, maior se torna o papel da educação no desenvolvimento dos atributos comportamentais da espécie, o que permite o domínio e a superação dos instintos e a construção de relações efetivamente conscientes tornando o *homo* co-autor e não mais simples objeto da evolução. Para Arruda (2003, p.161) “[...] a presença de uma inteligência cada vez mais

elaborada e de uma capacidade comunicativa cada vez mais eficaz seriam diretamente proporcionais ao grau de evolução dos sentidos da cooperação, da solidariedade e do amor.” Tudo isso faz com que Arruda defenda que uma outra forma de organizar as relações sociais, cooperativa e solidária, do âmbito local ao global, não só é possível como representa a tendência dominante da própria evolução do ser humano.

Mesmo que o autor destaque a necessidade desta profunda transformação, cabe enfatizar que sua proposição é que uma economia solidária se constitua e se fortaleça dentro do capitalismo e que venha a oferecer uma alternativa sistêmica à economia do capital. Ele reconhece que apesar do progresso das experiências de economia solidária, tal proposição ainda está centralizada no espaço microeconômico da empresa, “sem pretender constituir-se num movimento que lute para implantar um projeto macroeconômico e sociopolítico capaz de superar o sistema capitalista” (ARRUDA, 2003, p. 238). Porém, afirma que o fenômeno da economia solidária não tem passado despercebido por vários governos, a exemplo do que aconteceu na França de Lionel Jospin que criou um Ministério de Economia Solidária e na Colômbia e Equador, países onde a Economia Solidária foi reconhecida legalmente ao lado dos setores estatal e privado. Cita também o caso brasileiro onde negociações se iniciaram no primeiro governo Lula, a partir da atuação de redes que trabalham na promoção de iniciativas e redes econômicas solidárias, para que fosse criada uma política pública de promoção da economia solidária não apenas como forma emergencial para superar os problemas sociais gerados pelos programas de ajuste estrutural orquestrados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), “mas sobretudo como um modo autônomo, solidário e sustentável de organizar no Brasil a economia, o mundo do trabalho e o desenvolvimento, e de promover relações fraternas, justas e pacíficas com as economias de outros povos e nações” (ARRUDA, 2003, p. 240).

O que se viu acontecer foi uma França fazer a opção por um governo com claras intenções de desmontar o Estado de Bem-Estar Social. Sarkozy, eleito em 2007 tem por função recolocar a França na disputa econômica global. No caso brasileiro, mesmo após a reeleição, a proposição central do governo Lula é garantir ao Brasil uma posição de destaque dentro da ordem global do capital. A incorporação de redes de economia solidária, e mesmo a sua regulamentação legal não significa que estejam sendo dados passos em direção à substituição da ordem social do capital. Pelo contrário, o sistema, historicamente, tem assimilado todas as proposições que, no momento, possam colaborar para diminuir as insatisfações e pressões sobre si. Porém, o que prevalece,

mais destruidor do que que nunca, é o capital. A crise financeira recente é expressão cabal disso. Em nome da salvação da economia mundial resguarda-se a parcela do capital que conseguir sobreviver à crise. Mesmo as recentes investidas venezuelanas, bolivianas e equatorianas com vistas ao estabelecimento do chamado “socialismo do século XXI” não parecem ser mais que uma busca de maior regulação do capital. Regulação essa já tentada pela social-democracia no início do século XX em contraposição ao ideário liberal, e que se mostra possível quando pode ser assimilada pelo sistema ou quando aparece claramente como uma necessidade deste. Cabe lembrar que regulação é diferente de controle. Neste caso, Mészáros (2002) tem razão ao reafirmar a tese marxista de que o capital é um sistema sóciometabólico incontrolável.

Essas reflexões são importantes visto que o discurso da humanização está calcado na concepção de que o *homo* pode construir uma relação social solidária e de respeito, que no caso da concepção de Arruda (2003), seria reflexo da “natureza” humana.

Puccini e Cecílio (2004, p. 5), após a análise de diversos trabalhos publicados em revistas científicas da área da saúde, constataram que a preocupação com a humanização e com a satisfação do usuário tomaram algumas direções. Segundo os autores,

ora aparece como uma noção de amenização da lógica do sistema social, centrado sobretudo numa crítica à tecnologia e como tentativa de criar um ‘capitalismo humanizado’; ora como a busca de uma essência humana perdida, ou seja, como um movimento de restauração moral; ora como uma negativa existencialista da realidade concreta, imaginando uma autonomia das emoções e afetividades individuais da *práxis* humana; ora como processo de organização institucional que valoriza a escuta no ato assistencial; ora como valorização de direitos sociais.

A “desumanização” da medicina, de acordo com trabalhos compilados por Puccini e Cecílio (2004), tem a ver com a questão da formação médica e seu caráter clássico, idealizado na literatura romântica, ter sido perdido por força da tecnologia. A “reumanização”, portanto, se daria por meio da volta ao passado, retomando-se o caráter técnico e moral perdido do profissional médico. Porém, esta é uma discussão que, sem estar devidamente articulada com as relações sociais, não passa de uma “saúde idealizada”, uma inconformada racionalidade religiosa perdida.

Segundo os autores, é necessário atentar para os limites destas proposições

humanizadoras frente às concepções e valores da humanidade. Neste sentido, chamam a atenção para o tom discursivo redundante do movimento de exigência de humanização das atividades humanas. As ações humanas são pertencentes ao homem, sejam elas boas ou más, então, por que falar em humanizá-las? Os autores entendem a humanização como a busca da “essência humana”, que pode ser encontrada nas relações sociais, das quais o homem é também um produto.

Destacam que cresce a tendência de concretizar a humanização como um processo trazido de fora do homem como ser social: ou pela noção de Deus como origem e fonte de uma essência perdida; ou por causa da natureza com seus instintos racionais de qualidade; ou pelo resgate de uma essência humana externa e imutável inerente a todos os indivíduos da espécie. Estas ininterpretações têm em comum o fato de se constituírem em resposta a problemas reais, baseados em diagnósticos causais e soluções que acabam por diluir o caráter histórico-social não só dos problemas, como da própria idéia de humanização. Para os autores, a humanização deve ser entendida como um aspecto da realidade humana que se transforma com o passar do tempo, assim como o próprio homem. Portanto, a humanização, neste caso, não é tomada como natureza humana, como busca da “essência perdida”, mas como o conjunto das relações sociais. Neste sentido, Puccini e Cecílio (2004) diferenciam-se de Arruda (2003) que, por sua vez entende que existe uma essência humana (boa) e que a desumanização é resultado das relações sociais estabelecidas. Para Puccini e Cecílio (2004, p. 8),

A essência humana, portanto, não é o que ‘esteve sempre presente’ na humanidade, mas a realização gradual e contínua das possibilidades imanentes à humanidade, dos valores próprios do gênero humano, como o trabalho, a socialidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. A expressão e a hierarquia dos valores explicitam ou são as condições de explicitação, em cada época, de uma determinada essência humana.

Segundo os autores, é arriscado reafirmar a definição genérica do humanismo clássico, entendido como qualquer atitude que afirme que a dignidade humana é o valor supremo, devendo, portanto, ser defendida dos ataques políticos, econômicos e religiosos. Essa definição, por buscar uma essência do homem anterior à sua existência prática, pode implicar na exclusão de certos seres humanos da humanidade no sentido nobre. Como dito anteriormente, eles entendem a humanização como o conjunto das relações sociais e não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou algo universal que se manifesta nos indivíduos. A humanização não se limita, neste caso, a um

conjunto de ações para amenizar as contradições sociais, sendo necessárias rupturas que possibilitem ir além da satisfação das “necessidades necessárias”⁵, buscando valorizar as “necessidades radicais.”⁶

Ressaltam que o que se deve levar em conta é a finalidade, o potencial e a direção desse movimento para o enriquecimento humano, podendo intervir socialmente, colocando em jogo as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais e solidários de qualidade de vida. No que diz respeito à saúde, os autores afirmam que:

À medida que o movimento pela humanização se eleva da predicação moral para uma preocupação operativa do direito à saúde, com a reorganização dos serviços e das práticas em saúde, ele incorpora de maneira simbiótica a categoria da satisfação dos usuários. A novidade característica da humanização/satisfação radical é, portanto, a possibilidade de abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p. 10).

Os autores atentam para o fato de o movimento da humanização radical, como proposto, ter natureza mais flexível por não estar focado apenas na qualificação. Ir além da qualificação do fazer acaba por condicionar e limitar o alcance autônomo desse movimento, pois ele não se resolve nos limites setoriais e sim em um projeto político-social mais amplo. Apesar de todos os avanços no que diz respeito à área da saúde, Puccini e Cecílio lembram que “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p. 12). Para os autores, a proposição da humanização radical pode possibilitar transformações na estrutura social e nas relações sociais vigentes. Neste caso, impingem a essa proposição o sentido de “estratégia”, pois podem levar para além do seu papel de melhorar, especificamente, as relações e condições materiais da assistência à saúde.

Minayo (2004), refletindo sobre a questão da humanização da saúde a partir das

⁵ Os autores baseiam-se na compreensão de Marx, para quem as necessidades necessárias são aquelas produzidas historicamente. À medida que o homem vai satisfazendo suas necessidades, este ato e o instrumento de satisfação adquirido levam à criação de novas necessidades.

⁶ A compreensão de necessidades radicais é baseada em Heller. Para ela, as necessidades radicais são partes da constituição das “necessidades necessárias” do corpo social do capitalismo, mas impossíveis de serem satisfeitas dentro desta ordem. Por isso, elas motivam a práxis que transcende a sociedade que as determina.

análises feitas por Deslandes (2004), faz um breve apanhado do humanismo como doutrina referente aos interesses e valores humanos e que se sobrepõe aos valores religiosos e transcendentais. Em relação ao setor saúde, diz a autora, o humanismo, seja em seus aspectos de personalismo cristão ou de existencialismo laico, aponta para três questões:

a) A centralidade do sujeito em intersubjetividade: esse sujeito não é apenas o profissional com boa vontade e delicado no trato com os pacientes, ou que cria um ambiente favorável, mas que, principalmente, reconheça a humanidade do outro, que por sua vez pensa, interage, tem lógica e expressa a sua intencionalidade. Isso implica em cumplicidade, universalidade e solidariedade com todos os envolvidos.

b) O fato de o ser humano ser uma síntese de seus atos: a autora cita Boltanski, que em seu livro “As classes sociais e o corpo”, refere-se à situação vivida pela categoria médica posta entre a idéia de missão humanista, a lógica comercial e projeto de investigação. A lógica comercial vem ditando a práxis deste profissional em contraposição ao sentido da solidariedade e da cumplicidade humanas vividas intersubjetivamente.

c) O fato de o modelo médico tecnicista e instrumental ainda ser referência, a despeito da crise da ciência racionalista. A formação dos profissionais de saúde ainda é fortemente marcada pelo positivismo e teorias mecanicistas, o que leva o enfermo a ser tratado como um corpo e não alguém portador de liberdade e de auto-determinação.

O que se pode depreender, considerando estes três pontos, é que tem havido um esforço no sentido de construir novas formas de relação no âmbito da saúde, porém, alguns elementos – tais como a lógica comercial e o modelo tecnicista e instrumental – fortificados por traços estruturais do sistema sóciometabólico do capital acabam determinando, ainda, a manutenção do que tem sido julgado como elementos desumanizadores.

No caso da PNH, não há uma perspectiva de transformação sistêmica radical, ou seja, a proposição de superação do capitalismo, mas sim a perspectiva de construção de relações sociais que garantam a dignidade do ser humano, especificamente nos serviços de saúde. Logicamente, tal proposição não fica restrita a esse âmbito, mas este é o locus para seu desenvolvimento.

No documento “HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, aparecem as

seguintes perguntas:

E por que falar em humanização quando as relações estabelecidas no processo de cuidado em saúde se dão entre humanos? Estaríamos com esse conceito querendo apenas ‘tornar mais humana a relação com o usuário’, dando pequenos retoques nos serviços, mas deixando intocadas as condições de produção do processo de trabalho em saúde? (BRASIL, 2004, p. 6).

Na continuidade, o documento expressa que é necessário cuidado afim de não banalizar a essência da PNH, visto que algumas iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, filantrópicas, voluntárias e reveladoras de bondade, ou seja, caracterizando-se como um favor e não um direito à saúde. Outro aspecto a ser considerado é que o alvo dessas iniciativas, na maioria das vezes, é o usuário que, ao final, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Esquece-se do trabalhador que, quando é incluído em alguma dessas iniciativas, aparece apenas como alguém que também é ser humano, merecendo alguma atenção dos gestores.

O ato de humanizar é tomado como “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6). A humanização da saúde implica, portanto, no cumprimento dos deveres do Estado no que diz respeito ao oferecimento de uma rede de serviços capazes de responder objetivamente às necessidades da população, em termos materiais, bem como de considerar a subjetividade dos envolvidos no processo. A humanização da assistência está, então, intimamente imbricada com a condição de o Estado capitalista possibilitar, diretamente a partir de uma estrutura pública, ou indiretamente, a partir da garantia de condições para que a população busque no mercado, a satisfação de suas necessidades relacionadas à saúde. Neste caso, estaria-se tratando dos níveis de prevenção, tratamento e cura de doenças, pois, a considerar-se a compreensão de saúde como resultado de múltiplos determinantes, a discussão torna-se extremamente mais complexa.

O que se pode concluir é que a busca da humanização do humano está sim relacionada ao estabelecimento de relações sociais, objetiva e subjetivamente, que possibilitem uma “vida digna”. Ter saúde faz parte disso, portanto, humanizar os serviços de saúde é também condição para tal. Parece também que a compreensão da humanização como reflexo das relações sociais historicamente estabelecidas expressa melhor a concepção de humanização da PNH, o que, na nossa compreensão, ultrapassa a noção de existência de uma “natureza humana”. Só não se pode negar que todas as

vertentes explicativas da necessidade de humanizar o humano aspiram um “modo diferente” de relação social. É necessário, porém, saber como esse “modo diferente” pode se estabelecer e no que isto implica.

3 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES

Segundo Benevides e Passos (2005), o tema humanização no campo da saúde no Brasil, mesmo que timidamente, já aparece na XI Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 2000 cujo título era “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Neste mesmo ano foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

O Sistema Único de Saúde, criado em 1990 a partir da Constituição Federal de 1988, surge como resposta aos anseios sociais de estabelecer um sistema de saúde que pudesse atender a todos, pautado nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. No que diz respeito à compreensão de saúde, a Constituição Federal, no seu artigo 196 afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Tal compreensão é reforçada e mais especificada pela Lei 8.080/90 que, no seu artigo 3º, destaca que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

A consolidação do SUS é fruto de todo um movimento de luta pela democratização política do país que teve como referência, no que tange à saúde, o movimento sanitário, liderado pelo Partido Comunista Brasileiro, que deu origem à Reforma Sanitária brasileira (COHN, 1995). Desde a garantia do direito à saúde, garantia esta que cabe ao Estado, que a sociedade brasileira luta para que o SUS se concretize da forma como foi proposto.

A realidade expressa, então, a existência de um direito, o direito à saúde, cuja

efetividade só é possível a partir do acesso das pessoas a uma série de outros direitos condicionantes (direito à habitação, ao trabalho, ao lazer, à educação, à alimentação, ao transporte, saneamento básico, meio-ambiente saudável, etc.) que estão longe de serem garantidos e alguns que não podem sê-lo, como no caso do direito ao trabalho. Isto, por si só, constitui-se em um nó quando se luta pela efetividade do direito à saúde.

Tudo isso leva ao descrédito e à desconfiança dos usuários para com os serviços públicos de saúde. Descrédito e desconfiança que corroiam naquele momento, e ainda corroem, a base de sustentação do SUS, exigindo respostas imediatas a uma série de questões. As queixas relacionadas ao atendimento prestado pelo sistema de saúde, inúmeras e freqüentes, não se referiam e nem se referem apenas à falta de medicamentos, condições dos equipamentos, capacidade de atendimento e demora no agendamento das consultas e de exames. Com acentuada freqüência os usuários criticam o modo como foram atendidos, relatando que o profissional pareceu não se “sensibilizar com a sua dor”, “nem o olhou nos olhos” e tratou logo de “atender o próximo”. Merhy (2008), ao analisar a perda da dimensão cuidadora na produção da saúde destaca que o usuário, normalmente, não reclama da falta de conhecimento tecnológico por parte daquele que o atende, mas da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em relação a si e ao seu problema, sentindo-se inseguro, desinformado, desamparado, desprotegido, desrespeitado e desprezado. Para o autor, um modelo assistencial centrado no usuário e na defesa radical da vida implica no reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leves-duras, sendo que o território das tecnologias leves é base de atuação de todos.

Cabe lembrar que os profissionais da área da saúde estão, freqüentemente, submetidos a uma rotina impregnada de tensões que envolvem toda a equipe. Têm em seu ambiente de trabalho muitas pessoas circulando, vários tipos de sons, queixas de colegas e pacientes, angústia, tristeza, dor, morte e, ainda, longas jornadas de trabalho, seja por possuir duplo ou triplo vínculo ou por optarem pela hora plantão e sobreaviso a fim de garantir uma melhor remuneração e, por conseguinte, uma “suposta” melhor qualidade de vida.

O termo cuidado tem sua origem no latim *cogitaru*, significando o pensado, reflexão, atenção. Boff (1999, p. 91) coloca o sentido de cuidado – *cogitare-cogitatus* como sendo “o mesmo que cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. Representa, desta forma, mais que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação, ocupação,

responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (REMEN, 1993; WALDOW, 2004; SILVA et al, 2001).

Cuidar, para Boff, é ainda mais que um ato; é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Constitui-se, portanto, como característica primeira do ser humano. É o cuidado que revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. A ausência do cuidado faz com que o homem deixe de ser humano, desestruturando-se, definhando, o que o leva à perda do sentido é à morte. Cabe a ele, ao longo da vida, fazer com cuidado tudo o que empreender, caso contrário, prejudica a si mesmo e pode destruir o que estiver a sua volta. O cuidado apenas passa a existir quando a vida de alguém adquire significado para nós. Nesse sentido, passamos a cuidar e participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e êxitos.

O cuidado, para Mayeroff (1971 apud Waldow, 2004), se dá principalmente em função de outra pessoa, mas também por coisas e idéias. Desta forma salienta que cuidar de outra pessoa, em um sentido maior, é ajudá-la a crescer e se realizar e não simplesmente desejar o bem, gostar, confortar e manter ou simplesmente ter interesse no que acontece com outra pessoa.

O cuidado também deve ser dispensado ao cuidador e isso implica em levantamento das necessidades da equipe, pensar no ambiente onde esta trabalha, em conhecer as situações geradoras de estresse, implica, pois em prevenção. É necessária a preocupação real do profissional para consigo, sendo que a equipe também deve sentir-se cuidada e valorizada por seus gestores. Assim, certamente saberá devolver este cuidado aos pacientes.

Uma das questões que está intimamente relacionada ao cuidado é o tempo. Remen, (1993, p. 129) diz que, normalmente, culpa-se as pressões do tempo pelas limitações nos cuidados à saúde e defende-se que, se houvesse mais tempo, as limitações desapareceriam.

Os seres humanos estão limitados por essas pressões do tempo, porém têm o livre arbítrio e podem fazer escolhas. O tempo profissional e o tempo pessoal são considerados como coisas totalmente distintas. A autora faz uma referência ao profissional como ora se colocando e sendo apenas um profissional da saúde, ora sendo apenas uma pessoa, e questiona, ainda, como isso é possível, pois não pode uma pessoa, com experiências pessoais, despir-se delas para cuidar de outro ser humano, no caso o

paciente, sem que ocorra uma desumanização do profissional. Ora, ocorrendo a separação, cria-se o distanciamento com relação ao “outro” (paciente) e envia-se a mensagem para que este também se distancie. Para que o profissional, “seja útil, de maneira responsável, precisa utilizar o tempo de maneira sábia, atendendo as necessidades das pessoas, cuidando-se de si mesmo e se desenvolvendo a fim de ajudá-las” (REMEN, 1993, p. 133).

A autora destaca uma questão de suma importância que é o fato de o trabalho na área da saúde ser o trabalho de um coletivo. Portanto, se todos utilizarem o tempo com qualidade, o paciente, na seqüência do atendimento, se sentirá acolhido. Portanto, no “tempo da vida”, poucos minutos podem ter muita qualidade. Muitas vezes, percebe-se problemas na qualidade do tempo como se fossem problemas na quantidade do tempo, sendo que os problemas na qualidade do tempo podem se transformar rapidamente em problemas na quantidade do tempo.

Caprara e Franco (1999, p. 2) listam estudos que destacam o fato de o profissional dever ser “responsável pela efetiva promoção da saúde”, não considerando apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos psíquicos e sociais que envolvem o paciente. As queixas e os estudos relativos ao assunto demonstram que os serviços de saúde continuam centrados em questões biológicas, questões essas que, não raramente, também são negligenciadas.

Esses autores, ao entenderem que os profissionais de saúde devam ser responsáveis pela efetiva promoção da saúde, impingem a estes uma tarefa hercúlea, considerando a limitação de possibilidades e de poder dos profissionais para tal, visto que a promoção da saúde depende de uma gama enorme de ações, se for compreendida como tem sido evidenciada nas diversas Conferências Mundiais, ou seja, como uma “política” que considere que a saúde resulta de uma série de fatores individuais e coletivos, econômicos, sociais, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais que interagem num processo dinâmico. Logicamente, serviços de saúde de qualidade, incluindo profissionais cientes da necessidade de estabelecer uma relação efetiva e de respeito com os usuários, fazem parte do rol de ações para a promoção da saúde, mas é apenas um dos fatores.

A literatura destaca a relação profissionais/usuários como um dos elementos centrais no processo de humanização dos serviços de saúde. Não é o único, mas é um dos que têm recebido maior atenção. Tal compreensão resultou no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado pelo Ministério da Saúde

em 2000. O objetivo do PNHAH era “buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissional de saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre o hospital e a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2001, p. 2).

Referindo-se à baixa qualidade dos serviços, o manual do PNHAH destaca os problemas de comunicação dentro do sistema como um dos fatores determinantes. A boa comunicação entre profissional e usuário, bem como entre os profissionais, incluindo os gestores, é condição para o processo de humanização da saúde, segundo a maioria dos estudiosos.

Segundo Deslandes (2004), apesar de se constituir como alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, ainda não se tem uma definição mais clara do conceito “humanização da assistência”. Para a autora, tal conceito tem se caracterizado mais como uma diretriz de trabalho, ou como um movimento de uma parcela de profissionais e gestores do que realmente como um aporte teórico-prático. Destaca que tal conceito ainda gera provocações tendo em vista que resulta na condição de humanizar o humano, o que, de certa forma, causa estranhamento. Afirma que a noção de humanização geralmente é empregada para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado no que se refere a questões técnicas, associadas ao reconhecimento dos direitos do paciente, bem como de sua subjetividade e cultura. A noção de humanização implica ainda na necessária valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

A autora analisou as proposições do PNHAH e destacou seus eixos discursivos no que diz respeito à compreensão de “humanização”. Diz que, nestes documentos, a humanização aparece como: oposição à violência; capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento; melhoria das condições de trabalho do cuidador; e ampliação do processo comunicacional. Afirma que tais documentos não apresentam definições mais precisas sobre o conceito, mas expressam afinidades com a perspectiva hermenêutica gadameriana em função do destaque dado à comunicação. Neste sentido, ressalta que a possibilidade comunicacional constitui-se em referência conceitual mais importante, o que leva à conclusão posta no Manual do PNHAH de que sem comunicação não há humanização. Porém, afirma Deslandes, os documentos não problematizam a natureza sociológica da (im)possibilidade comunicacional, já que muitos elementos, tais como as interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero, etc. podem caracterizar-se como impeditivos para a efetivação do diálogo. Cita Habermas para sustentar que

existem impossibilidades comunicacionais a serem consideradas para que os espaços de diálogo sejam mais viáveis de se efetivarem.

Além disso, atenta para o fato de o texto oficial (documentos do PNHAH) reconhecer como uma dessas impossibilidades o uso de uma objetividade científica utilitarista, o que aproxima o conteúdo de tais documentos da perspectiva habermasiana, visto indicarem

nas entrelinhas que as possibilidades comunicacionais só se ampliam se toda a cultura de atendimento hospitalar caminhar para um novo modelo, para ‘uma nova cultura de atendimento’. Esta só se viabilizaria se for incentivada uma abertura de diálogo, do nível de gestão à tessitura mais cotidiana do encontro entre profissionais, profissionais e usuários (DESLANDES, 2004, p. 8).

De acordo com a mesma autora, o texto oficial aponta a via da formação como o elemento capaz de promover uma transformação na cultura de atendimento. Argumenta que não se mudaria tal cultura apenas com capacitações dirigidas aos profissionais, o que não descarta a necessidade de um investimento sério na formação, desde a graduação com vistas ao estabelecimento de novos parâmetros para a ação, o que introduziria mudanças na cultura da assistência. Rivera (2003 apud DESLANDES, 2004) destaca que “mais” comunicação se constitui em estratégia genérica para a mudança cultural.

Para Deslandes (2004) um aspecto pouco explorado nos documentos do PNHAH relaciona-se às condições estruturais de trabalho a que são submetidos os profissionais da área da saúde, normalmente mal remunerados e com uma carga considerável de trabalho. Neste sentido, a humanização da assistência tem que considerar a produção da assistência, humanizando-a.

Este é um aspecto de suma importância, pois se a proposta é humanizar o atendimento, não tem como pô-la em prática se aquele que presta o atendimento não estiver em condição para tal. Profissionais insatisfeitos com a sua condição enquanto trabalhador, em especial sua condição salarial e de participação na gestão dos serviços, sem condições de trabalho adequadas, com cargas horárias ampliadas por falta de profissionais ou como forma de complementação salarial, dificilmente estarão dispostos a refletir e a praticar o que é considerado um atendimento humanizado.

Diz-se anteriormente que a comunicação é destacada como elemento central pelos autores que analisam a humanização dos serviços de saúde. O próprio documento do PNHAH destaca que a falta de comunicação acaba por provocar um mal uso dos

recursos disponíveis, o que implica em mais dificuldades para a prestação do atendimento. Em relação a este aspecto parece ser necessário dispensar mais atenção à gestão dos serviços e a uma verificação e análise dos aspectos que levam os profissionais, neste caso especialmente os da medicina, a desconsiderarem, conforme avalia o MS, a necessidade de uma avaliação mais detalhada o que poderia evitar o uso de recursos e equipamentos que, feita uma primeira análise mais criteriosa, poderiam ser dispensados. Por exemplo, a solicitação de exames que poderiam ser dispensados se fosse feita uma anamnese criteriosa.

Não é incomum, muito pelo contrário, o fato de profissionais da área da saúde, para sobreviverem, terem mais de um emprego, inclusive dentro de uma mesma carga horária, a exemplo de médicos contratados por 30 horas a serem cumpridas no período da manhã e que atendem neste mesmo período em clínicas ou consultórios particulares. A hora plantão cumprida nos hospitais também denota essa necessidade de ter um ganho a mais. Não se caracteriza como outro emprego, mas cumpre o mesmo papel. Logicamente isto não pode ser analisado apenas em função de um baixo salário. Há que se considerar que este sistema faz com que os indivíduos busquem cada vez mais e, em alguns casos, mesmo ganhando um salário acima da média, isto continua ocorrendo.

Mas a desvalorização do profissional não se dá somente em relação ao salário. Rotinas de trabalho que desestimulam, excesso de tarefas, por exemplo, também demonstram o pouco cuidado com aquele que tem por função, cuidar.

O PNHAH põe em cena uma discussão extremamente necessária. É preciso refletir sobre a humanização da assistência hospitalar. Porém, se mostrou limitado diante do problema que, por sua vez, ultrapassa a assistência hospitalar, atingindo o SUS em si. Isto implicou na necessidade de se pensar algo para além de um programa. O resultado foi a criação, em 2003, da Política nacional de humanização (PNH).

Benevides e Passos (2005a, p. 570) registram que a partir de 2004 ocorre uma ampliação significativa do raio de ação da PNH, que parte do desenvolvimento de um intenso processo de discussões e pactuações envolvendo estados, municípios e serviços. Afirmam que, “através de dispositivos, tais como os Grupos de Trabalho de Humanização, as Oficinas e atividades de apoio institucional, entre outros, a PNH se capilarizava resistindo às habituais determinações verticais e normalizadoras do MS.”

Para os autores, é isto que leva à compreensão de humanização do SUS:

como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. **Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas** (BENEVIDES; PASSOS, 2003, p. 570, grifo nosso).

Destacam também que a criação de novas práticas de saúde, a mudança dos modelos de atenção e de gestão do processo de trabalho em saúde significa apostar em políticas públicas que se constituem em uma estranha e paradoxal relação com a máquina do Estado. Essa relação paradoxal se expressa no do funcionamento de uma máquina que se apresenta como republicana e que, no entanto, experimenta uma relação de tensão, e até mesmo de repulsão, frente à coisa pública.

Entendendo que o plano público se constitui a partir das experiências de cada homem e que a PNH considera a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas e, em não havendo uma imagem definitiva e ideal de Homem, os autores destacam que **“só nos resta aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde”** (BENEVIDES. PASSOS, 2003, p. 570, grifo nosso). Reforçam que isto só pode ser feito quando nos organizamos coletivamente em movimentos de resistência ao já dado, a exemplo do que ocorreu com a constituição do SUS e mesmo na proposição da PNH. Alertam ainda que a dimensão da saúde como direito não pode esgotar a experiência concreta do movimento constituinte e contínuo de reinvenção do SUS.

4 CONCLUSÕES

Os elementos apresentados levam a crer que os seres humanos têm a possibilidade de construir relações que permitam uma convivência pautada na defesa incondicional da vida. O problema reside no fato de considerar tal possibilidade dentro de estruturas sociais divididas em classes. Ora, em estruturas sociais onde o interesse particular se sobrepõe ao interesse coletivo, a dificuldade da defesa da vida de todos é uma realidade.

Não se pode desconsiderar as lutas em prol dos direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde que, em última instância, depende da efetivação de uma série de outros direitos. As lutas no âmbito da saúde pública no Brasil vêm resultando em uma série de

expedientes cuja finalidade é o oferecimento de uma assistência qualificada, ou seja, que atenda aos preceitos técnicos, ao respeito e ao cuidado. A PNH é fruto recente dessas lutas. Reflete a busca do aprimoramento do Sistema Único de Saúde, expressão concreta da defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Cabe salientar que o capitalismo, com sua dinâmica peculiar, tem levado os povos a sempre buscarem formas de resolver problemas conjunturais – que muitos ignoram ser resultado da estrutura do próprio sistema do capital – expressos em suas crises ou na persistência de alguns fenômenos, tais como: pobreza, desemprego, dentre outros. Já se viveceu a experiência de um mercado mais desregulado, um pouco regulado, e bem regulado e em nenhum desses momentos teve-se a garantia de construção de um aparato social sustentável e contínuo que pudesse realmente expressar o conjunto dos direitos instituídos legalmente. Considerando que esta possa ser a única ordem possível, talvez não resta muito mais do que ficar “reinventando a humanidade”. Porém, é necessário refletir se a humanidade tem tempo para isto, visto que esta ordem a coloca, segundo várias ciências, numa condição de autodestruição. Mas, novamente é necessário atentar para o fato de que a humanidade construiu sua história e que pode escolher um final diferente.

A proposição de ‘humanização radical’, apresentada para a área da saúde, pode se constituir em estratégia que venha a colaborar para a construção de outra ordem. Como posto anteriormente, a PNH não traz em si uma proposição “revolucionária”, mas busca o estabelecimento de uma condição de saúde que se diferencia da atual, que possibilite uma melhor qualidade da assistência a partir do envolvimento de gestores, profissionais e usuários.

HUMANIZATION: BASES FOR THE COMPREHENSION OF THE PROPOSITION OF HUMANIZATION IN THE AID TO THE HEALTH

ABSTRACT

In this article, a reflection is presented on the meaning of humanization so as to understand its incorporation into the Brazilian Health System. Such meaning materializes itself in the realm of health as National Policy of Humanization (NPH). The proposal of a National Policy of Humanization was the result of the dissatisfaction and complaints of both the users and the health professionals in relation to the health

care given. The NPH is, therefore, an instrument to be used so that the health care can be given following objective technical parameters, as well as the subjectivities of all people involved: users, professionals and managers. Its implementation requires following through demands related to the understanding of health as a right of everyone and as the obligation of the State. The main issue is the possibility of the having and maintaining “rights” in a society made up of social classes.

Keywords: Humanization; Health; National Policy of Humanization; SUS.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, M. **Humanizar o infra-humano**: a formação do ser humano integral: homo evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17a14.pdf>> Acesso em: 21 fev. 2008.
- _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, Rio de Janeiro, jul./set. 2005a. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf)> Acesso em: 10 mai. 2007.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/Eventos/Humaniza_SUS/Manual_%20Politica_Humanizacao.doc>. Acesso em: 26 abr 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004.
- _____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil** promulgada em 5 de outubro de 1988, 41. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/legislacao_sus/leis/LEI-8080.htm> Acesso em: 21 maio 2009.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 1-12, Rio de Janeiro, jul./set. 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199900030002...> Acesso em 17 abr. 2006.
- COHN, A. Mudanças econômicas e política de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p.225-244.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.
- R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 2, n. 1, jan./jul. 2009

Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&Ing...>
Acesso em: 27 abr. 2006.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Disponível em: <<HTTP://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>> Acesso em: 07 out. 2008.

MÈSZÀROS, I. **Para além do capital.** São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde coletiva**, v.9, n.1, p. 4-6, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100003> Acesso em: 18 fev. 2008.

_____. **O desafio do conhecimento.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, set./out. 2004. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200400050002...>
Acesso em: 14 abr. 2006.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus, 1993.

SILVA, M. B. da; SCHAPPO, V.L. **Introdução à pesquisa em educação.** Florianópolis: UDESC, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

Artigo recebido para submissão em: 14/11/2009.
Artigo aceito para submissão em: 08/06/2009.