



Artigo Original

Pesquisa Qualitativa sobre humanização em Saúde mediatizada por Pesquisa-Ação

Qualitative research in health humanization through action research

Gisele Coscrato¹

Sonia Maria Vilela Bueno²

1 Mestranda, Universidade de São Paulo

2 Professora Associada, Universidade de São Paulo

RESUMO – Cada vez mais aponta-se que a pesquisa-ação necessita ser explorada no sentido de propagar os princípios, finalidades e o aumento na utilização dessa metodologia, com vistas a levar esse conhecimento à academia, de maneira que ela mostre seus resultados e proponha mais discussões e estudos que levem, conseqüentemente, ao aprofundamento e enriquecimento dessa área de pesquisa. Na área da saúde, este método de pesquisa traria inúmeros benefícios, pois que a educação para a saúde tem, intrinsecamente, realidades e paradigmas que urge ser transformadas, tanto na área da saúde quanto na da educação. Um dos diversos personagens imersos na interface Educação e Saúde, que demandam práticas embasadas na promoção de saúde nos vários níveis de atenção, seria o profissional enfermeiro. Objetivo: Demonstrar e analisar criticamente o uso da metodologia da pesquisa-ação em uma pesquisa qualitativa, a qual, entre outras temáticas, investigou acerca da humanização no cotidiano profissional de enfermeiros. Metodologia: A pesquisa em questão, de natureza qualitativa, pautou-se em referencial teórico de Paulo Freire, e utilizou-se da metodologia da pesquisa-ação, tendo como participantes, enfermeiros que trabalham na rede pública de saúde de um município do interior paulista. Como técnicas utilizaram-se a observação participante e a entrevista (aplicação de questionário). Resultados: Após categorização dos dados referentes a uma questão, foram apreendidos os seguintes significados sobre humanização atribuídos pelos enfermeiros: acolhimento, diálogo, visão integral do ser humano, boa assistência e bom relacionamento interpessoal, consideração pelo contexto e meio de vida dos usuários, humanização enquanto política pública e cotidiano dos serviços, e direito à saúde. Conclusões: Foi considerada a realidade pela qual os participantes enfermeiros estavam passando, e assim destaca-se que a pesquisa-ação guiada pelos pressupostos freireanos contribuiu de forma pontual com a proposta do estudo.

Palavras Chave: Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Sistema Unico de Saúde.

ABSTRACT – Increasingly it is noted that action research needs to be explored in order to propagate the principles, purposes and the increased use of this methodology, in order to take this knowledge to academia, in a way that shows its results and proposes further discussions and studies leading to the deepening and enrichment of this area of research. In health area, this research method would bring numerous benefits, since health education has intrinsic realities and paradigms that need to be transformed, both in health and in education. One of the many characters immersed in the interface Education and Health, which requires practices based in the promotion of health at many levels of care, would be the nursing professional. The aim of this study was to demonstrate and critically analyze the use of action methodology in qualitative research, which among other topics investigated on humanization in daily work of nurses. The was a qualitative study, based on the theoretical framework of Paulo Freire, and used the methodology of action research, having as participants nurses who work in public health of a municipal district in the interior of São Paulo State. The techniques used were participant observation and interviews (questionnaires). After categorization of data on an issue, the following meanings on humanizing attributes were found to have been assigned by nurses: reception, dialogue, integral vision of the human being, good care and good interpersonal relationships, attention to the context and way of life of users, humanization as public policy and quotidian situation of the services, and the right to health. The reality was considered in which the participating nurses were, and so it stands out that action research guided by the assumptions of Freire contributed in a definite way to the study proposal.

Keywords: Nursing; Qualitative Research; Single Health System.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, no Brasil, houve a incidência de duas fontes principais de origem da pesquisa-ação. A primeira, aproximou-se de autores norte-americanos - Lewin e Corey citados por Molina³ - na tentativa de aproximar a dinâmica da prática social com uma teoria de sociedade. Essa linha de pensamento se propunha à cuidadosa observação e reflexão sobre os processos

Autor correspondente:

Gisele Coscrato

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Av. dos Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto (SP)- CEP 14040-900

Fone: (16) 3602-3390

Email: gcoscrato@yahoo.com.br

Artigo recebido em 02/04/2010

Aprovado em 12/07/2010

de mudança social, produzindo pesquisa que levasse à ação social, e não somente à produção de livros¹⁻³.

A incidência dessa vertente nas pesquisas em educação foi um avanço na metodologia da pesquisa-ação, pois não se limitou estritamente à descrição e avaliação da realidade em educação, visão essa considerada positivista, mas incentivou o desenvolvimento e a criatividade dos participantes em serviço e não somente a reprodução dos conhecimentos técnicos obtidos fora dos contextos vividos. Além disso, o valor prático dos resultados foi reconhecido, não fortalecendo somente as análises estatísticas prevaletentes¹⁻³.

A segunda vertente originou-se no pensamento de Paulo Freire, a partir de sua produção nas décadas de 1960/1970, e teve caráter político-emancipatório. Notadamente, serviu como modelo de pesquisa em educação utilizada em vários países, inaugurando um novo caminho epistemológico. Focou a conscientização, a libertação do pensamento denominado ingênuo, por meio do desenvolvimento da crítica advinda das trocas profundas de experiência entre os participantes, da perspectiva das práticas sendo objeto de reflexão dos sujeitos que as experienciavam, da aproximação com os setores populares, e o choque com os próprios valores e práticas do pesquisador, demandando modificações constantes desses aspectos^{3,4}.

Na década de 1980, temos a emergência de um autor que se destacou na história da pesquisa-ação no Brasil, Michel Thiollent. Ele abordou questões metodológicas gerais acerca de uma grande diversidade de propostas nos mais variados campos de atuação, saiu em defesa dessa metodologia devido a um possível enfraquecimento como nível de exigência acadêmica e procurou desvencilhar os aplicativos dados pelo mundo científico à metodologia da pesquisa-ação, como o entendimento da auto-suficiência da ação, o abandono do ideal científico, e até mesmo ao suposto teor militante deste tipo de metodologia^{3,5}.

Gatti citado por Molina³ afirma que a propagação da pesquisa-ação iniciou-se na década de 1980, no contexto brasileiro. Também houve, simultaneamente, a valorização dos estudos qualitativos tipo pesquisa participante, etnográfica, estudos de casos, narrativas, histórias de vida, entre outros, que centraram o olhar do pesquisador “de dentro” da realidade pesquisada.

É observado, que nessa época, são trazidas grandes discussões acerca dos paradigmas quantitativo e qualitativo de pesquisa, e sabe-se que

ainda hoje, na área da pesquisa social, predominam os debates entre a hegemonia quantitativa e a emergência qualitativa como modo de se fazer pesquisa^{3,7}.

Para Marcus e Liher⁸, a pesquisa qualitativa abrange a totalidade dos seres humanos, tratando-os como seres únicos que atribuem significados a suas experiências provenientes do contexto da vida.

No entanto, o desconhecimento ou o conhecimento superficial sobre a metodologia qualitativa pode resultar em rotulagens inverídicas a respeito da sua utilização⁹. Fato ainda comum quando se trata de pesquisa na área da saúde. Diante disso, torna-se necessário perceber o campo da saúde como uma realidade complexa que envolve aspectos biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais. E do mesmo modo, compreender que o binômio saúde-doença também está relacionada à carga histórica, cultural, política e ideológica, fatores que não estão restritos a uma fórmula numérica ou um dado estatístico^{7,10}.

Como método de pesquisa reconhecido no mundo científico, apesar dos embates, negações e polêmicas acerca de sua validade enquanto forma de pesquisar, e de desafiar os paradigmas científicos vigentes e dominantes, aponta-se que a pesquisa-ação necessita ser explorada no sentido de propagar os princípios, finalidades e o aumento na utilização dessa metodologia, com vistas a levar esse conhecimento à academia, de maneira que ela mostre seus resultados e proponha mais discussões e estudos que levem, conseqüentemente, ao aprofundamento e enriquecimento dessa área de pesquisa^{5,11-12}.

A partir da década de 1990, as pesquisas que fizeram uso da pesquisa-ação aumentaram, entretanto, é considerado que os estudos que fizeram análise desse tipo de produção científica são em número incipiente³.

A pesquisa-ação/investigação-ação é um tipo de metodologia que tem sido cada vez mais usada nas pesquisas científicas. Ela possibilita a interação ampla e clara entre pesquisadores e sujeitos implicados na situação investigada, e há o aspecto de intervenção direta no problema. Após a organização da prioridade de problemas, busca-se, conjuntamente, pesquisadores (e portanto, um elemento inovador na prática de pesquisa) juntamente com os sujeitos participantes da pesquisa, as soluções, resultando em pesquisa mais a ação concreta^{3,4}.

A pesquisa-ação apresenta características peculiares enquanto modalidade investigativa, e

apresenta procedimentos metodológicos mais flexíveis. Ela necessita ajustar-se continuamente conforme o decorrer dos acontecimentos, exige a auto-avaliação contínua de todos os participantes, inclusive pesquisadores, denota uma intervenção educativa que enfatiza o retorno dos resultados aos pesquisandos, concomitantemente ao desenrolar da pesquisa. A ação propriamente dita resultante da intervenção educativa não representaria o único elemento educativo para se transformar a realidade pesquisada. A intervenção educativa busca também propor o aumento do nível de conhecimento e a conscientização dos participantes^{4,5}.

Ela pode, portanto, ser considerada uma abordagem educacional, que trata do aspecto sócio-político-cultural. Nesta abordagem, a cultura popular e o contexto de um povo devem ser considerados. É enfatizado o sujeito-pesquisando como elaborador e criador do conhecimento, sujeito de sua práxis, e há também a troca de conhecimentos com o pesquisador. A pesquisa pressupõe participação, e favorece os debates, com vistas à solução de problemas, e a consciente produção cooperativa de conhecimentos sobre a realidade vivida. Tem, portanto, caráter emancipatório, caracteriza-se como um ato político, uma proposta de atuação transformadora^{4-5,12}.

Bueno (2009) acrescenta que o ponto de partida de toda pesquisa-ação deve ser uma necessidade emergencial da comunidade em estudo, realizada de forma coletiva, participativa, construtiva, conjuntiva, dialógica e interventora¹⁰. Ao construir uma ação transformadora, a pesquisa-ação desempenha importante papel na interface Educação e Saúde, seguindo as referências da pedagogia progressista de Paulo Freire, citadas por Thiollent⁵.

A pesquisa-ação, por considerar o conhecimento popular e visar a produção consciente e crítica de conhecimento, atuaria como catalisadora das relações entre a academia e a difusão de ciência na vida das pessoas¹¹. Na área da saúde, este método de pesquisa traria inúmeros benefícios, pois que a educação para a saúde tem, intrinsecamente, realidades e paradigmas que urgem ser transformadas, tanto na área da saúde quanto na da educação¹³⁻¹⁶.

Um dos diversos personagens imersos na interface Educação e Saúde, que demandam práticas embasadas na promoção de saúde nos vários níveis de atenção, seria o profissional enfermeiro. Na busca pela produção de conhecimento, pelo reconhecimento e consolidação da profissão como ciência, tecnologia e inovação, torna-se importante que se promovam pesquisas em enfermagem¹⁷.

Ademais, muitas vezes, em pesquisa, o pesquisador distancia-se da realidade do participante em estudo, entretanto, o próprio trabalho da enfermagem envolve o ser humano. Esse contexto justifica o emprego da abordagem qualitativa nas pesquisas em enfermagem, pois neste tipo de abordagem, o pesquisador insere-se na realidade e nas experiências dos sujeitos em relação a determinado fenômeno, obtendo-se informações mais detalhadas^{9,18}.

O enfermeiro possui dupla função na interface Educação e Saúde, desempenhando papel de educador, no sentido de promover a saúde, e o de cuidador, no sentido de exercer a assistência direta aos pacientes. A Educação para a Saúde contextualiza-se como uma ferramenta para capacitar as pessoas a tomar suas próprias decisões e a ter maior controle sobre suas vidas e saúde¹⁹. A enfermagem, alicerçada nas necessidades humanas básicas²⁰, teria como proposta realizar Educação para a Saúde para com os usuários, em todos os níveis de atenção, mas também para a atualização da equipe liderada²¹.

Enquanto método de pesquisa, entendemos que a pesquisa-ação aproxima-se intimamente dos novos paradigmas da Educação para a Saúde, pois nessa "(...) deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida desses sujeitos (...)"²².

Reconhecer e respeitar o saber popular se mostra um desafio entre a teoria e a prática profissional, e o educador/profissional de saúde deve destituir-se de preconceitos relacionados à dicotomia entre o saber técnico e o saber popular¹¹, no trabalho da luta coletiva pela conquista da autonomia e da aceitação de si e do outro, visando, portanto, a promoção da saúde²³.

Nesse íterim, a Educação para a Saúde acena para a humanização. A humanização, enquanto tema transversal que permeia as práticas e concepções em saúde, é tomada como uma estratégia de transformação das realidades e dos próprios sujeitos sociais, e estes, quando mobilizados e comprometidos em práticas locais, terminam por também transformar-se a si mesmos¹³.

Vimos, portanto, que a humanização, da forma como é concebida em saúde, aproxima-se, deveras, da metodologia da pesquisa-ação pautada nos pressupostos freireanos. Os sujeitos interagem, fazendo o papel de protagonistas do processo de produção de saúde e havendo o respeito para com as experiências e contextos vividos, com vistas a

conscientização e à transformação da realidade; objetivando, por meio da construção de políticas públicas de saúde, ultrapassar a melhora de condições físicas do organismo humano, mas a conquista da melhoria da qualidade de vida dos usuários e das condições de trabalho dos profissionais, fazendo surgir diversos desafios nas mudanças dos modos de produção em saúde^{4,13}.

A política de humanização faz com que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja visto e incorporado sob a perspectiva de rede, ao criar e fortalecer a coletivização e a pactuação, consolidando o direito à saúde que a constituição brasileira conquistou. A partir disso, dever-se-ia democratizar as relações interpessoais, tendo-se como perspectiva o sujeito e sua história, e não mais o reducionismo do sujeito a objeto, ao desconsiderar as necessidades e desejos do outro²⁴.

No presente, também pautamo-nos no marco teórico freireano quando tentamos resgatar a questão de trabalhar a humanização ligada ao profissional de saúde, em específico do enfermeiro, pois que é um profissional, mas enquanto ser humano, imerso em uma realidade social, modula e é modulado por esta⁴.

O presente trabalho pretende demonstrar e analisar criticamente, o uso da metodologia da pesquisa-ação em uma pesquisa qualitativa, a qual, entre outras temáticas, investigou acerca da humanização no cotidiano profissional de enfermeiros.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa, de natureza qualitativa e descritiva-exploratória, utilizou-se da metodologia da pesquisa-ação. A pesquisa foi embasada no universo conceitual de Paulo Freire, que possui como cenário uma proposta pedagógica libertadora. Nessa proposta, o intuito é a transformação política dos participantes, de forma a se envolverem conscientemente no processo de construção do conhecimento e da transformação da realidade. Preroga-se a inter-relação entre os sujeitos e os saberes, configurando uma prática social, em que as falas, crenças, sentimentos, opiniões e interesses dos participantes são respeitados.

A seguir, apresentamos alguns dados acerca da pesquisa.

Convidamos todos os enfermeiros assistenciais alocados na rede pública de um município do interior paulista, sendo que assim, consideramos a constituição dos participantes significativa nos termos de nossa pesquisa. Esse município conta com um

ambulatório de saúde mental, que não há enfermeiro; nove unidades de saúde da família e um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), tendo 1 enfermeiro em cada unidade; um ambulatório de especialidades médicas e regulação de casos encaminhados, tendo 1 enfermeiro responsável; uma unidade básica de saúde, com 2 enfermeiros e um pronto-socorro, com 2 enfermeiros.

Os critérios de inclusão foram: que os participantes fizessem parte de serviços de saúde públicos, pois queríamos resgatar, dos participantes, as rotinas, funcionamento, os relacionamentos com os usuários e as práticas e problemáticas do setor público; a entrega do questionário respondido em tempo combinado; o consentimento da observação participante. Portanto, foi excluída da pesquisa 1 enfermeira que não correspondeu aos dois últimos critérios citados, a saber, a que trabalha no CAPS; 1 enfermeira da unidade básica de saúde, que não aceitou participar, e 1 enfermeira do pronto-socorro, que estava doente no momento da pesquisa, totalizando, assim, 12 enfermeiros.

Os locais da pesquisa foram as unidades de saúde da família, o ambulatório, a unidade básica de saúde e o pronto-socorro. Utilizamos duas técnicas de estudo: a observação participante, tendo como instrumento para anotação dos dados observados o diário de campo; e a entrevista individual, que teve como instrumento a aplicação de questionário, com questões norteadoras acerca da temática do estudo e sobre os dados de identificação dos participantes.

A análise dos dados foi feita por categorização, tendo fundamentação teórico-metodológica de Paulo Freire, adaptada por Bueno¹⁰. Em seguida, foi feita a interpretação dos dados, que resultaram da seleção e codificação extraídos dos dados levantados. Os círculos de discussão foram desenvolvidos de acordo com esse método pedagógico.

A pesquisa atendeu a rigor científico e a preceitos éticos exigidos pelo CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) e apreciado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da EERP-USP (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo), nº do processo ético aprovado: 1077/2009.

Ao aceitarem participar deste estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para tanto, respeitou-se o sigilo e o direito dos participantes em interromperem a pesquisa caso sentissem necessidade ou constrangimento.

Inicialmente, realizou-se um teste piloto com 3 enfermeiros da rede pública de saúde do município. A

coleta definitiva foi feita a partir da aplicação do questionário já mencionado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sobre a identificação dos participantes foram os seguintes: dos 12 enfermeiros, a maioria são do sexo feminino; entre solteiros e casados; seis são formados há menos de cinco anos, três são formados entre os últimos cinco e dez anos, e três são formados há mais de dez anos. O tempo de formação profissional coincide com o tempo de atuação profissional na área de enfermagem, com exceção de um enfermeiro, que possui tempo de atuação profissional maior que o tempo de formação, pelo fato de ele exercer a profissão de auxiliar de enfermagem antes de se tornar enfermeiro.

Todos são de religião católica. Ressaltamos que consideramos o item religião, pois assim estamos correspondendo ao pensamento freireano, no sentido de considerar o educando/pesquisando um ser humano (antes mesmo de considerá-lo um profissional), em que a religiosidade, enquanto aspecto cultural, pode influenciar nas opiniões e visões de mundo⁴.

Quando perguntamos sobre o que significa humanização para eles, apresentamos a seguir as respostas, categorizadas e discutidas.

A humanização foi descrita como diálogo para com o paciente, empatia, sensibilidade, acolhimento:

Significa agir com empatia com o paciente (...) É tentar compreendê-lo e criar um ambiente acolhedor que amenize seu sofrimento. sujeito 1
É o desenvolvimento de afinidade, sensibilidade e abertura para escutar e dialogar com o intuito de acolher o usuário. sujeito 2
Humanização é se colocar no lugar do outro. sujeito 5
Integrar o usuário (...) possibilitando que o mesmo se sinta acolhido e parte do serviço. sujeito 6
(...) acolhendo-o. sujeito 9
Acolhimento necessário e adequado em suas (do paciente) variadas situações. sujeito 10
Para mim, humanização em saúde significa acolhimento. É poder ouvir o paciente, entendê-lo e tentar ajudá-lo. sujeito 11

A noção de acolhimento vem sendo restringida a atitude voluntária de bondade e favor por parte de alguns profissionais; a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente reconfortável; ou também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço

naquele momento, características essas muito presentes especialmente nos serviços de urgência²⁶.

A palavra “acolher” expressa: dar acolhida, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir²⁷. Portanto, como ato ou efeito de acolher, o acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. O Ministério da Saúde (MS) aponta que é no sentido de “estar com” ou “próximo de” que se busca afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS²⁶.

O acolhimento aos cidadãos-usuários e aos cidadãos-trabalhadores nos serviços de saúde, e as mudanças na postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, considerando os processos de trabalho, são desafios para repensar e criar novas formas de agir em saúde. Dessa forma, é favorecida uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços, e atenção é levada de maneira resolutiva, humanizada e acolhedora²⁶.

Alguns responderam que a humanização seria ter uma visão de ser humano, ter uma visão do indivíduo mais integral e não fragmentada, e considerar o paciente com suas necessidades individuais/subjetivas:

(...) tratando-lhe (o paciente) não só como usuário do serviço de saúde, mas também como ser humano que é, com sentimentos, crenças, etc. sujeito 1
(...) não ver o cliente na unidade de saúde como só mais um. sujeito 5
Integrar o usuário e compreendê-lo como ser ativo e dotado de necessidades especiais que requerem medidas individuais (...). sujeito 6
Ver o cliente como um todo, não fragmentado, individualizado como um ser único. sujeito 7
Ver o cliente como um todo, buscando melhor atendimento na saúde (...). sujeito 9

Na contra-mão às tendências nas políticas de saúde em humanizar as práticas deste setor, o Ministério da Saúde²⁸ aponta que, quando são feitas avaliações dos serviços de saúde, um dos aspectos que chama a atenção é o despreparo dos profissionais em lidarem com a dimensão subjetiva que toda prática em saúde supõe. Correlacionado a isso, os modelos de gestão marcadamente centralizados e verticais são muito presentes, tornando inapropriado o próprio processo de trabalho em saúde, o que demanda a necessidade de mudanças de paradigma no que diz respeito à valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Sobre a dificuldade em lidar com as subjetividades nas práticas em saúde, outro dado que o M.S. aponta é que a humanização é colocada de forma fragmentada e imprecisa, ao ter seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou ao tecnicismo, atrelados à gestão pautada na racionalidade administrativa e na qualidade total. Essas colocações manifestam-se nas formas dissociadas ao que o M.S. propõe que seja apresentada a humanização, esta sendo segmentada por áreas como a saúde da mulher, do idoso, da criança; por níveis de atenção, como a assistência hospitalar e a atenção básica; atribuída apenas a algumas profissões como o psicólogo e o assistente social, ou mesmo a características de gênero, geralmente o sexo feminino; e, muitas vezes, orientada por exigências de mercado para que o cliente seja focado ou seja garantida qualidade total nos serviços de saúde.

A enfermagem também está inserida em um cenário complexo com relação à humanização. A complexidade desse cenário configura-se desde o alcance de uma formação crítico-reflexiva, que agregue os pressupostos teóricos e pedagógicos progressistas, passando pelos atuais referenciais da educação para a saúde, com vistas à superação de paradigmas pedagógicos tradicionais; e vai até a busca por uma assistência que se caracterize integral³⁰⁻³³.

Os pressupostos freireanos que discorrem acerca da humanização, entendemos que prescindem o que o SUS propõe, fundamentando a assistência em saúde de modo integral. O universo conceitual freireano além de situar-se enquanto teoria intelectual acadêmica, abarca a realidade vivida e o homem que dela faz parte.

Ao resgatar-se a questão de trabalhar a humanização ligada ao enfermeiro, é preciso considerar, portanto, que este profissional, enquanto ser humano, imerso em uma realidade social, modula e é modulado por ela, residindo nessa observação, uma das justificativas de se aplicar o marco teórico freireano.

A opressão, para Freire, significa a não permissão ao homem de refletir sobre si mesmo, nem aos seus semelhantes e ao mundo de maneira crítica. Desumanizar é tornar o homem próximo dos animais, que somente vivem pelo contato⁴. Um dos determinantes de se efetivar ou mesmo de aproximar a uma assistência integral, seria o profissional de saúde considerar, que o usuário relaciona-se com outras pessoas, estando inserido em uma realidade em que modula e é modulado por ela.

Também houve o entendimento da humanização como uma boa assistência e relacionamento interpessoal (usuário-profissional; entre profissionais):

É dar uma assistência ao paciente da melhor forma. sujeito 3

Humanização é fundamental para o relacionamento interprofissional. sujeito 4

Melhor qualidade (de relacionamento interpessoal) entre profissional e cliente, melhor comunicação. sujeito 12

Denotamos, portanto, a humanização sendo vislumbrada como atendimento de qualidade. Também foi citado o bom relacionamento interpessoal. Ceribelli³³ discorre que a humanização englobaria não somente o oferecimento do atendimento com qualidade, mas também a melhoria das condições de trabalho para os profissionais. E o bom relacionamento do binômio profissional/usuário seria favorecido pelos avanços tecnológicos, pois eles dariam melhores condições de operacionalidade do trabalho em saúde.

Para além da definição de que a humanização do atendimento em saúde contemple apenas o reconhecimento dos direitos do paciente, a melhoria do cuidado do ponto de vista técnico e a valorização do profissional de saúde, a humanização estaria associada, de modo íntimo, à qualidade da comunicação e das relações estabelecidas entre os profissionais. Essas relações poderiam ser aprimoradas ao se criar espaços coletivos nas instituições, que proporcionem o encontro e a reflexão, incorporando a comunicação às práticas clínicas, para que o “fazer em ato” ou a própria prática da humanização, não seja banalizada^{15,34}.

A comunicação, portanto, cada vez mais é apontada como um dos fatores que promovem a humanização. A capacidade de falar e de ouvir viabilizam as relações e interações humanas, no sentido de que se dá espaço ao conhecimento e compreensão do outro, de forma que seja expresso o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer, para que sejam reconhecidas, e para que esse sujeito necessite ouvir do outro palavras de seu reconhecimento, quando assim se dá uma relação humanizada³⁵.

A compreensão, através do diálogo, leva ao estabelecimento de metas conjuntas que propiciam o bem-estar recíproco. Nesse contexto, conforme tentamos demonstrar, se torna cada vez mais necessário para o enfermeiro desenvolver as habilidades de gerência e de liderança que enfocam o uso de tecnologias leves (chamadas também,

relacionais), pois que a humanização implica dar espaço tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que uma rede de diálogo seja formada para que sejam promovidas ações, programas e políticas assistenciais, estabelecendo-se relações de respeito, ética, solidariedade e reconhecimento, mútuos^{28,35}.

Também houve o significado de contextualizar o meio e as condições em que o paciente vive, além da doença:

(...) é procurar saber onde vive e como vive essa pessoa; quais suas dificuldades. Será que tem moradia adequada, alimentação, frequentam escola, frequentam algum grupo religioso? Tudo isso interfere na saúde do indivíduo; às vezes, não é só a 'doença' propriamente dita. sujeito 5

Freire⁴ coloca que no processo educativo, nas relações estabelecidas entre educador e educando - e aqui transportamos para a educação para a saúde enquanto cenário de trocas de vivências entre profissional e usuário -, faz-se mister se ter a consciência da historicidade que permeia o ser humano e seus semelhantes, e sobre o mundo em que e com que vive. Ele acrescenta ainda que a humanização, intimamente ligada a consciência epistemológica e não mais ingênua despertada pela educação, só será possível por meio da dialogicidade, do respeito e das relações horizontalizadas entre educador e educando.

Apossamos também do pensamento freireano que discute sobre o modo peculiar de se trabalhar a mercê da técnica e da tecnologia, ao deliberar que dessa maneira, não haveria a consideração do contexto histórico-social porque todos passamos. Não haveria, assim, a consideração de que os profissionais de saúde são seres humanos que cuidam de outros seres humanos, inseridos num cenário de luta política diária pelo resgate da cidadania, sendo agentes de transformação social, e estão, deveras, imersos na objetividade e subjetividade da realidade⁴.

Outro aspecto foi o de pensar a humanização nas políticas públicas e no cotidiano dos serviços de saúde:

"A humanização deve ser pensada tanto na construção das políticas públicas quanto no cotidiano dos serviços, não apenas nos serviços de saúde (...). sujeito 6

No texto do M.S. que conceitua humanização, entende-se que a humanização deve ser compreendida como uma política pública de saúde (não como princípio), para tornar concretos os princípios do SUS. A humanização apresenta dupla tarefa, pois visa a partir da produção de sujeitos, haver

a produção de saúde. Como subsídio, apontam-se as tecnologias relacionais para realizar as mudanças dos sujeitos, valorizando-os, com finalidade de se construir um sistema de saúde, inserindo a humanização como política transversal, sendo que esta, deve ser uma vertente do SUS, e não um significado de ficar fora ou ao lado dele¹³.

E, mais do que estar presente nos serviços de saúde, as propostas de humanização enfocariam a "essência humana", que por sua vez estaria sujeita aos processos de mudanças imanentes à humanidade, de acordo com cada época, relacionadas a valores como trabalho, socialidade, universalidade, consciência e liberdade. Não obstante, o objetivo é valorizar as interrelações humanas, como um modo resistente de se submeter à "superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana"³⁶.

O direito à saúde para todos, sem discriminação de qualquer natureza, também foi abordado como significado da humanização:

Significa direito de todos, independente de raça, cor e religião. sujeito 8

Neste sentido, compreende-se que a Política Nacional de Humanização coincide com os princípios do SUS (acesso universal da saúde, equidade da atenção e na integralidade). Enfoca a necessidade de assegurar atenção integral à população e a ampliação dos direitos e da condição de cidadania das pessoas. Busca, portanto, autonomia, solidariedade, transformação da realidade, co-responsabilização, vínculo e participação coletiva nos processos de gestão e produção de saúde, resgatando a cidadania dos sujeitos³⁷.

4. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Correspondendo ao universo conceitual freireano, em nosso estudo, vivenciamos e não deixamos de considerar a historicidade, o meio social, econômico, político e cultural dos pesquisandos, que, por sua vez, estão inseridos na dinamicidade dos processos de trabalho. Durante a pesquisa, houve a transição de gestores municipais, o que sentimos e interpretamos como um elemento marcante que incidiu sobre diversos aspectos no trabalho em saúde, e que exigiu diversas adaptações dos trabalhadores. Esse momento também denotou desmotivação e mesmo um desalento dos participantes em contribuir para com o presente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerarmos, portanto, a realidade pela qual os participantes enfermeiros passavam, destacamos que a pesquisa-ação guiada pelos pressupostos freireanos contribuiu de forma pontual com a proposta do estudo. Acreditamos que foi estabelecida uma relação dialógica e horizontalizada entre pesquisadora e participantes, possibilitando a identificação de suas necessidades, o respeito pelas habilidades e conhecimentos prévios, além de contribuir e provocar, sobremaneira, a reflexão e a crítica.

Todo esse processo nos evidenciou, não somente nos encontros educativos, mas também no cotidiano observado, considerando a temática de humanização proposta pelo estudo, e toda a dinâmica da vida real porque passavam, que pudemos concretizar, participantes e pesquisadora, um processo educativo que, de diversas formas e momentos, “tocou” o pensamento dos participantes. Destacamos, pois, que por meio da pesquisa-ação, e pautando-nos nos pressupostos freireanos, o estudo resultou em um processo educativo que correspondeu aos ideais da educação problematizadora/libertadora.

Nessa pesquisa qualitativa, concluímos que os pressupostos freireanos humanizadores, podem subsidiar novas formas de caminhar no trabalho do profissional enfermeiro, com vistas a operacionalizar o SUS, ao resgatar uma visão dinâmica de mundo, de saúde e de homem, que possa vislumbrar este como cidadão, ético e solidário, ou seja, articular o embasamento teórico à práxis cotidiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lewin K. Pesquisa de ação e problemas de minoria. In: Problemas de dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix; 1970. p. 215-230.
- Corey S. Esperar? Ou começar a saber! In: Morse WC, Wingo GM. Leituras de psicologia educacional. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Cia Nacional; 1979. p. 296-302.
- Molina R. (Tese). A pesquisa-ação/investigação-ação no Brasil: mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
- Freire P. Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1993.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2009.
- Gatti B. A construção da pesquisa em Educação no Brasil. Brasília: Plano; 2002.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
- Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: Lobiondowood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública 1993; 9(3): 239-62.
- Bueno SMV. Tratado de educação preventiva em sexualidade, DST - Aids, drogas e violência nas escolas. Ribeirão Preto: FIERP/EERPUSP; 2009.
- Santos BS. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. São Paulo: Cortez; 2004.
- Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Revista Educação e Pesquisa 2005; 31(3): 443-66.
- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Revista Interface, Comunic., Saúde e Educ. 2005; 9(17): 389-406.
- Bueno SMV. (Tese). Educação preventiva em sexualidade, DST-AIDS e drogas nas escolas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2001.
- Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC (orgs.) Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 19-24.
- Erdmann AL, Lanzoni GMM. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2008; 12(2): 316-22.
- Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Na overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. Revista Latino-am de Enfermagem 2007; 15(4): 684- 8.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Genebra: OMS, 1986.
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- Naidoo JH, Wills J. O desenvolvimento da educação e promoção em saúde. In: Naidoo JH, Will J. (Orgs.) Health: foundations for practice. London: Balillière Tndall; 1998.
- Schall VT, Stuchiner, M. Editorial: Educação em saúde: novas perspectivas. Cad Saúde Pública 1999; 15(2): 4-5.
- Vasconcelos EM. Educação Popular e Pesquisa-Ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves EP (org.) Educação e Grupos Populares: temas (re) correntes. Campinas: Alínea; 2002. p. 99-116.
- Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, BArroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciência Saúde Coletiva 2007; 12(2): 335-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência/Brasília, 2009. 58p. Série B: Textos Básicos de Saúde.
- Ferreira ABH. Dicionário Eletrônico Aurélio, Versão 5.0. Rio de Janeiro: Positivo Informática Ltda; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSus: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília (MS); 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Passos E, Benevides R (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- Domingues MP. (Dissertação). Postura educativa do enfermeiro psiquiátrico em sua atuação profissional: percepção dos alunos de graduação em enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.
- Pires ROM. (Tese). O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

32. Soares MH. (Dissertação). Cenário do ensino do enfermeiro psiquiátrico: estudo de caso. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.
33. Ceribelli C. (Dissertação) A mediação da leitura, como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado em enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.
34. Deslandes SR. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Revista Interface, Comunic., Saúde e Educ. 2005; 9(17): 401-3.
35. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-am. Enferm. 2006; 14(2): 277-84.
36. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5): 1342-53.
37. Santos Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência Saúde Coletiva 2007; 12(4): 999-1010.