

## Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais

*Social representations about humanization of care: ethical and moral implications*

*Representaciones sociales sobre la humanización de la atención: implicaciones éticas y de la moral*

Flávia Pacheco de Araújo<sup>1</sup>, Márcia de Assunção Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, RJ

Submissão: 11/01/2010

Aprovação: 20/11/2010

### RESUMO

Estudo que objetivou identificar os aspectos éticos implicados nas representações sociais de pacientes sobre a humanização e discutir as implicações destas para o cuidado de enfermagem. Tratou-se de estudo com método qualitativo cuja coleta de dados deu-se por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante com 24 pacientes hospitalizados em instituição pública. As representações sociais sobre a humanização no cuidado ganham contornos da ética e da moral, no estabelecimento de gradientes de merecimento do bom trato, e em ações resolutivas, avaliação clínica e respeito ao direito do cliente. O direito ao bom trato não é igual para todos, o que indica possíveis diferenciações nas representações sociais sobre a cidadania.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem; Humanização da assistência; Ética.

### ABSTRACT

This research aimed at identifying the ethical aspects in the social representations of clients on the humanization and to argue the implications of these for the nursing care. A qualitative study was carried out whose data collection was by means of semi-structured interview and participant observation with 24 patients hospitalized in a public institution. The social representations about humanization of care gain contours of the ethics and the moral, in the establishment of gradients of merit of the good treatment, and resolute actions, clinical evaluation and respect to the right of the client. The right to the good treatment is not equal for all, what indicates the possible differentiations in social representations about citizenship.

**Key words:** Nursing care; Humanization of assistance; Ethics.

### RESUMEN

Investigación cuyos objetivos fueron identificar los aspectos éticos en las representaciones sociales de clientes sobre la humanización; y discutir las implicaciones de estas para la atención de enfermería. Se trató de una investigación cualitativa cuyo recogida de datos hay sido hecha por medio de entrevista semi-estructurada y observación participativa con 24 pacientes hospitalizados en institución pública. Las representaciones sociales sobre la humanización de la atención ganan contornos de la ética y de la moral, en el establecimiento de gradientes de merecimiento del buen trato, y en acciones resolutivas, evaluación clínica y respeto al derecho del cliente. El derecho al buen trato no es igual para todos, lo que indica la posible diferenciación en las representaciones sociales acerca de la ciudadanía.

**Descriptorios:** Atención de enfermería; Humanización de la atención; Ética.

#### AUTOR CORRESPONDENTE

Flávia Pacheco de Araújo. Rua Amandiú, 136, casa 2. CEP 21371-440. Rio de Janeiro, RJ.  
E-mail: pacheco.flavia@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A ciência da enfermagem envolve o conhecimento científico, o ético, o estético e o pessoal<sup>(1)</sup>. Ao se pensar a humanização no cuidado de enfermagem, traz-se à tona que esta abarca relações interpessoais éticas numa dinâmica que envolve potencialidades do ser humano, ao abordar a questão da criatividade e sensibilidade, e um compromisso com o respeito à singularidade do outro, assim como sua cidadania. Nesse sentido, o conceito de humanização articula-se ao de cuidado, contribuindo para a ciência da enfermagem.

Além destes, exalta-se a questão política, já que a humanização requer organização das pessoas e das instituições que prestam serviços à saúde, no sentido de contemplar suas premissas de integralidade, universalidade e equidade na saúde, que correspondem as do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(2)</sup>.

A ciência da enfermagem, assim como, a humanização apresentam vieses éticos na condução das ações em saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) enfoca a participação ativa dos usuários ao abordar a questão da autonomia e protagonismo. Autonomia "significa autodeterminação, autogoverno, o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetem sua vida"<sup>(3)</sup>. Nesta orientação conceitual, a própria pessoa apresenta liberdade de decidir o que fazer e quando deve fazer tal coisa, a partir de seus conhecimentos, valores, experiências e idéias. Assim, autonomia está ligada à subjetividade de uma pessoa<sup>(3)</sup>.

Partindo deste pressuposto, o cliente, ao enunciar o papel de protagonista no sistema de saúde, poderá exigir dos profissionais de saúde e gestores atitudes que o valorize como sujeito do cuidado, além de exigir e lutar pelos seus direitos.

Assim, a ética se configura na relação profissional e cliente, da mesma maneira que a humanização no cuidado se refere à atitude de preocupação, responsabilização com o outro e relação dialógica/informativa do cuidado; logo, a ética e a humanização no cuidado caminham unidas<sup>(4-5)</sup>.

Com base nestas premissas, esta pesquisa buscou responder a seguinte questão: Para os clientes, a humanização no cuidado hospitalar se ampara em questões éticas? Nesta consideração, os objetivos foram: identificar os aspectos éticos implicados nas representações sociais de clientes sobre a humanização; e discutir as implicações de tais representações para o campo do cuidado de enfermagem.

Esta pesquisa justifica-se por tratar de questões que fundamentam a perspectiva ética do cuidado de enfermagem que se relacionam aos direitos dos clientes frente cuidado, como também por ser um tema em voga nas políticas públicas de saúde<sup>(1-3)</sup>. Deste modo, contribui para se pensar a ética no cuidado de enfermagem.

## MÉTODO

Esta pesquisa foi de natureza qualitativa e teve como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS), na vertente processual<sup>(6-7)</sup>. Desta forma, o objeto, os sujeitos e os processos de conhecimento são entendidos à luz da epistemologia desta área, de acordo como a TRS se estrutura em teoria explicativa para os fenômenos.

Os sujeitos foram 24 clientes, sendo 10 homens e 14 mulheres, adultos, na faixa etária de 19 a 89 anos, que estavam hospitalizados nos setores de clínica médica de um hospital univer-

sitário, público e federal. Os critérios de inclusão foram: serem adultos de ambos os sexos internados nos setores eleitos para a realização da pesquisa, orientados no tempo e espaço, com capacidade de expressão verbal preservada e concordar em participar da pesquisa. Os clientes que não atenderam a esses critérios foram excluídos.

As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro, para que fosse acessado o processo de construção do pensamento sobre o objeto de estudo e a observação participante. Os dados foram registrados em fita magnética orientada por um roteiro previamente elaborado, com o objetivo de observar as práticas sociais e mostrar de forma fidedigna a ocorrência do fenômeno em estudo, conforme o mesmo se dá no cotidiano. O registro foi feito em um diário de campo com o apoio teórico da descrição densa<sup>(8)</sup>. A observação foi realizada no período diurno, totalizando 30 horas. A associação das técnicas de entrevista semi-estruturada com a observação participante possibilitou o confronto do que foi dito com o que foi vivenciado no cotidiano do cuidado na unidade de internação hospitalar. A utilização de multi-técnicas visou obter mais segurança quanto aos resultados da pesquisa.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática de conteúdo<sup>(9)</sup>, na busca do significado das mensagens (núcleos de sentido), contextualizando-as. No atendimento dos objetivos traçados, delimitaram-se três categorias, denominadas "Concretude do cuidado", "Figura tipo profissional" e "Grau de merecimento dos clientes no cuidado".

A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo de nº. 056/08. A identificação dos sujeitos foi feita por códigos alfanuméricos o qual a consoante C significa cliente, seguida de "m" (masculino) ou "f" (feminino) e o número sequencial de ocorrência das entrevistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A humanização se traduz no bom trato e no ser mal tratado, pautado na ação técnica/científica, amparada, também, no aspecto psicossocial/expressivo do cuidado. O atendimento à saúde abarca aspectos psicossociais / subjetivos, éticos e técnico-científicos, sendo necessário o encontro destes no tratamento dado pelo profissional de saúde na promoção de um cuidado humanizado<sup>(2)</sup>.

A questão ética é verificada majoritariamente nos depoimentos de clientes do sexo masculino, marcando a questão de gênero na diferenciação dos grupos de pertença dos sujeitos da pesquisa. Sobre a formação de grupos por sexo, Freud e Lacan aludem que o ser feminino é algo intangível, abstrato e misterioso, e o homem é um ser objetivo e tangível capaz de formar um grupo homogêneo diferente das mulheres<sup>(10-11)</sup>. Estudos demonstram que as teorias feministas formulam as bases teóricas científicas amparadas na perspectiva subjetiva das metodologias de pesquisa, justamente para captar o intangível que marca as experiências e os modos de construção dos sentidos femininos.

### A concretude do cuidado

A categoria temática denominada 'Concretude do cuidado' abarca a representação dos sujeitos sobre a questão ética entrelaçada

com o cuidado humanizado no respeito às informações prestadas aos clientes, e a construção da cidadania do outro, na realização das ações profissionais presentes no código de ética e na preservação do momento de visita hospitalar. Todas estas questões estão presentes na Política Nacional de Humanização, já que pauta-se no respeito ao outro como cidadão, além do auxílio à construção da cidadania<sup>(2)</sup>.

Os depoimentos também retratam a questão de cidadania que envolve a atenção em saúde, que é estritamente ligada à humanização, pois a origem do seu significado retoma questões de ética e de direitos dos indivíduos<sup>(12)</sup>.

*É você ter um atendimento. As pessoas respeitarem seus direitos. Eu fui bem tratado (...). Quando você é bem tratado, você sente que você é alguém.* (Cm10)

*É ser tratado com humanidade, com igualdade... O bem tratado no hospital é ter o tratamento que lhe é de direito, que é direito ao trabalhador, por exemplo, se a pessoa trabalha, o mínimo que ele tem que ter é um atendimento médico, porque ele desconta afinal de contas 11% mensalmente.* (Cm5)

Deste modo, o respeito e construção da cidadania com o outro, que são abordados pela PNH apresenta-se latente no pensamento dos sujeitos. A PNH pauta-se no respeito ao outro como cidadão, e também auxílio a construção da cidadania<sup>(2)</sup>.

Nas representações dos sujeitos, a cidadania emerge quando aludem sobre algo que lhe é de direito, e que necessita ser respeitado. Deste modo, se identifica as marcas do caráter normativo da cidadania, pautado nos direitos e deveres<sup>(12)</sup>.

No entanto, verifica-se que, apesar dos depoimentos ressaltarem a igualdade no trato como uma questão de direito, emerge, aliado a isto, a noção de humanidade. Logo, igualdade e humanidade caminham juntas formando a noção de humanização no trato com o cliente. Isto foi captado na análise de co-ocorrência na qual se verificou a presença destes dois termos na formação da representação dos sujeitos.

O contraponto sobre a humanização foi dado pelo mau trato presente nos depoimentos que versam sobre a não resolutividade no atendimento aos clientes. De acordo com a TRS, os sujeitos pensam sobre os objetos e, a partir daí, conduzem suas práticas. Na tentativa de entender as ações cotidianas dos profissionais em relação ao cuidado junto aos clientes, os sujeitos explicam que a não resolutividade, em algumas situações, podem estar associada ao estabelecimento, pelos profissionais, de estratificação entre os clientes, havendo aqueles que mereçam mais e os que mereçam menos atenção e qualidade no cuidado. Aliado a isso, o humor dos profissionais também influi na qualidade do atendimento, o que denota a importância de aspectos subjetivos no cuidado, segundo a ótica dos clientes.

A ausência de acompanhamento terapêutico ou inadequação deste acompanhamento provoca ações incompatíveis com os anseios dos clientes, pois estes esperam ações que possibilitem o seu restabelecimento e cura. Desta forma, não realizar avaliações clínicas e/ou realizá-las inadequadamente leva insatisfação ao cliente e entendimento de estar sendo mal tratado.

*O médico só aparecia lá uma vez e acabou, não vinha mais. A*

*enfermeira... a gente pedia uma coisa: "Ah, espera aí, espera aí, espera aí". E não aparecia e ficava assim. A gente ficava abandonado, sem contar que era tudo misturado: quem tava com doença infecciosa misturado com que não tava.* (Cm2)

*Os enfermeiros e os médicos, às vezes, também não tratam também bem e só examinam de qualquer forma e vai embora.* (Cf2)

Para os clientes, estes exemplos demonstram ações técnicas-científicas não humanizadas, pois, ao dar a eles um atendimento de baixa qualidade ou não resolutivo, estão comunicando que eles não são merecedores do bom atendimento, ou seja, são inferiores. E ainda impossibilita a promoção da vida pelo combate à doença<sup>(13-14)</sup>.

O sentimento de inferioridade traz à tona a diferença entre as pessoas, seja por raça, etnia, classe social e econômica. Tal fato é refutado pela perspectiva da humanização, pois preconiza a valorização do outro e o respeito a sua subjetividade<sup>(13,2)</sup>. Assim, pode-se perceber que as ações técnicas-científicas são orientadas pela formação que conduzirá a atuação do profissional, seja no âmbito preciso da técnica, seja no âmbito das habilidades relacionais humanas, muito a reboque da visão de mundo das pessoas.

Em atenção a isso, a PNH se apresenta como um apoio teórico e prático para guiar a atuação dos profissionais, com vistas a proporcionar bem-estar físico e emocional aos clientes. Deste modo, preconiza ações seguras a partir de qualificação profissional, responsabilidade com o outro e ética, para que não sejam provocadas iatrogenias durante o atendimento clínico<sup>(2)</sup>.

O que os clientes mostram ao construir os sentidos sobre a humanização e a não humanização no cuidado, é que a realização de ações técnico-científicas não se vincula ao respeito ou a falta de habilidade e conhecimento dos procedimentos e seus influentes, como atenção durante o procedimento, destreza, dentre outros, mas à postura do profissional diante do cliente caracterizada pela questão relacional, que se ampara na postura ética, responsável e compromissada.

*Mal tratado é quando a enfermeira não liga, eu já tive aqui à noite duas pessoas, que eu não vou falar; da noite, que deixou a desejar, me deixou dormindo molhada a noite toda, só isso, mas o resto... Porque a gente tem que falar o que sente bem, se sente bem, a gente diz, se sente mal a gente fala.* (Cf12)

*Apenas tem setor que pessoas não respeitam o paciente, chama e não vem, a comida na hora, ficar sofrendo aí não dá.* (Cm7)

Os depoimentos de Cf12 e Cm7 ilustram ações de não compromisso ético e falta de responsabilidade com o outro no cuidado. E, ainda, se pode perceber que a questão relacional embutida no trato dos profissionais de saúde com os clientes marca suas ações no cuidado técnico-científico. Logo, a qualidade profissional abrange o aperfeiçoamento técnico e posturas responsabilizadas com o outro no ato de cuidar e são essenciais na atenção à saúde. E esta tem sido a grande dificuldade da política de humanização, uma vez que a questão relacional é desvalorizada pelos profissionais de saúde, não suscitando interesse dos mesmos em enviar esforços em desenvolvê-la<sup>(2,13-15)</sup>.

Além disso, ao pensarem sobre a humanização no cuidado, os

clientes trouxeram à tona a questão das visitas. Esta é de direito do cliente em suas concepções, e para eles este direito não se restringe à permissão da entrada dos parentes e amigos no hospital, mas é imprescindível que as mesmas sejam bem recepcionadas e conduzidas até o leito do cliente.

*Por exemplo, a comida, o atendimento. O atendimento tem que ser: vem a pessoa me visitar e a pessoa leva na cama, e olha: “\_Ela está no leito tal”. Porque não é só comigo, é com as outras pessoas também. Agora, já se fosse uma clínica do estado, eu já não teria um bom atendimento. Veja bem, você vê televisão, você vê as coisas como acontece, isso aí não é preciso te explicar. (Cf14)*

Os depoimentos, de um modo geral, mencionam exemplos de ocorrências transmitidas pela mídia, principalmente a imprensa e televisiva. Cotidianamente estes meios de comunicação mostram a precariedade e ineficiência do atendimento da saúde, em muito destacado em virtude dos baixos recursos materiais, humanos e financeiros. Deste modo, é preciso considerar que a PNH, ao propor mudanças no atendimento, destaca a necessária revisão da gestão institucional<sup>(2)</sup>.

As notícias que circulam nos meios de comunicação de massa contribuem sobremaneira para a construção e elaboração de representações, visto que propiciam as conversações dos grupos, a revisão de opiniões e a elaboração de teorias leigas sobre as situações que se lhes apresentam, dado que a “representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem”, compreendendo a prática social dos sujeitos<sup>(16)</sup>.

*Eu também tenho medo de falar, é, com pé atrás, e também eu acho que não deve se falar mal de ninguém, não pode dar nome, nunca vou dar nome, mas tem plantões que são horríveis outros são maravilhosos, com atenção. Atenção tem sido tanta pra um e pra outro, mas não, mas, às vezes, tu vê que não é o que acontece, ela exclui, te esquece aqui, aí tu fica perdido. (Cm3)*

Via de regra, os clientes adotam postura submissa diante das situações que vivenciam no cuidado hospitalar, e não reivindicam seus direitos a um bom atendimento. O medo de represálias é uma tônica que marca os depoimentos dos clientes. Na observação participante foi possível constatar tais comportamentos, quando uma cliente que estava com sinais e sintomas de infiltração em um acesso venoso periférico, informou ao técnico de enfermagem. Este foi até o leito e interrompeu a administração do medicamento; no entanto, não procedeu a retirada dos artefatos e não tomou medidas imediatas para amenizar a dor e o desconforto da cliente. A cliente permaneceu com dor em virtude do edema formado, passivamente aguardando até que as providências para alívio dos sintomas fossem tomadas.

Por outro lado, observou-se que os acompanhantes são mais ativos no exercício dos direitos à atenção, indagando aos médicos sobre a terapêutica, à nutricionista sobre a alimentação e atuando conjuntamente com a enfermeira no procedimento de curativo.

### Figura tipo do profissional

Na consideração do cuidado instrumental, retratado na concre-

tude do cuidado, esta categoria abarca a figura tipo do profissional de saúde comprometido com a humanização da atenção à saúde, na realização deste tipo de cuidado.

A representação social não retrata fielmente a realidade, mas promove a interpretação da mesma, deste modo é influenciada pela subjetividade dos membros dos grupos sociais e contexto histórico e social<sup>(10,17)</sup>. Assim, a análise de conteúdo dos depoimentos revelou que os profissionais de saúde são classificados em dois grandes grupos: os que praticam o cuidado humanizado e os que não o praticam, segundo suas práticas de saúde determinadas no cotidiano do cuidado hospitalar.

Neste entendimento, os profissionais promovem um cuidado humanizado quando contribuem para o restabelecimento do cliente a partir do diagnóstico com base no exame físico e anamnese, e terapêutica imediata, além de permitir ao cliente expor sobre sintomas antes não revelados.

*Eles se baseiam mais assim, opiniões dos outros colegas dele (...). Eu achava que deveria vir ao paciente também, não é ir só pelos outros, porque uma pessoa pesquisou e tal, examinou e tal, tudo bem, mas aí de repente o paciente esqueceu de falar alguma coisa pra ele que de alguma outra dúvida (...) deveria te examinar novamente ou te dar uma outra chance. (Cm2)*

*Vai ser um médico, olha pra sua cara, te dá remédio só te olhando, pra mim não é médico. O médico ele tem que te examinar, ele tem que conversar com você: “Oh, vou passar esse remédio, se não tiver legal tu me fala, eu vou trocar”. Até achar um remédio, porque também ele não é Deus. (Cm9)*

A ausência de acompanhamento terapêutico dos profissionais reforça a necessidade de se propor caminhos para a realização do cuidado humanizado. Este fato tem como guia teórico e prático a política de humanização, que está sendo implementada por várias instituições de saúde propiciando a humanização da saúde, que é o propósito da PNH<sup>(2)</sup>.

As práticas de saúde em todo o Brasil retratam o despreparo dos profissionais para garantir atenção à saúde da população tanto na esfera subjetiva quanto instrumental/técnica. A qualificação técnica permite minimizar os riscos de iatrogenias, além de contribuir para o restabelecimento e cura do cliente<sup>(2)</sup>.

Outra dimensão da qualidade é o cliente ser cidadão mesmo doente, pois este necessita de respeito às suas emoções, atendimento individualizado e integral<sup>(18-19)</sup>. Além disso, considerar o direito à informação sobre seu estado de saúde.

*É sempre tem uns, que eles, assim, te dão mais atenção. Até que ontem quem veio me atender, assim, dá primeira vez, me tratou melhor que a segunda, porque a segunda, ela já não falou é, a temperatura que eu tava (...). Só anotou, eu tive que perguntar. (Cf2)*

A informação compreende a perspectiva ética da humanização e envolve a comunicação sobre as condições de saúde do cliente e as referentes à instituição de saúde. A PNH pauta-se na ética das relações profissional-cliente utilizando como uma das estratégias, a informação. Deste modo, caracteriza que os profissionais devem

assumir uma postura dialógica com os clientes, comunicando e explicando as informações referentes à sua doença, além de entender a subjetividade de cada um e adequar estas informações à linguagem e ao modo de vida dos mesmos<sup>(2)</sup>.

A partir dos elementos constantes nas representações dos sujeitos sobre a humanização no cuidado, se observa que, para eles, a prática desta se associa a algumas características técnico-profissionais, como: ser resolutivo no cuidado, fazer avaliação clínica, e dar informações ao cliente sobre sua saúde e cuidado. Além de características pessoais como: ter bom humor, demonstrar atenção e dedicação no bom trato ao cliente, preocupando-se com ele. Desta forma, a figura-tipo do profissional na efetivação da humanização abarca características técnicas que marcam a concretude do cuidado fazendo valer sua vertente instrumental, mas também características expressivas que dão qualidade humana ao cuidado.

### Grau de merecimento dos clientes no cuidado

Esta categoria versa sobre o grau de merecimento dos clientes em receber os cuidados em saúde. Esta emergiu dos conteúdos das representações na demonstração de que, na dependência dos aspectos comportamentais e morais dos clientes, estes podem merecer mais ou menos cuidado dos profissionais. Desta forma, os sujeitos tentam compreender e explicar o porquê das diferenças no trato no cuidado hospitalar.

É interessante destacar o aspecto comportamental como influência no merecimento dos cuidados pelos clientes. Deste modo, os sujeitos quando questionados acerca do merecimento do bom trato discursam da seguinte forma:

*[...] desde que ele respeite também o profissional, tem que ser bem tratado. Tem uns que são grossos. Esses não merecem ser, respondem muito as enfermeiras. Tem uns que são legais, educados. (Cm7)*

À luz da análise de conteúdo dos depoimentos, identifica-se que o maior merecedor dos cuidados são os clientes que têm características de simpatia, respeito e gentileza, e o menos merecedor são os que desrespeitam as pessoas as tratam com grosseria.

A humanização introduziu nas práticas de saúde a valorização da subjetividade e particularidade do outro, e esta valorização deve servir para possibilitar um cuidado melhor ao cliente, sendo de acordo com suas particularidades como cultura, nível sócio-econômico e outros resgatando a cidadania do mesmo<sup>(2)</sup>. Os clientes mostram amadurecimento quando comunicam seu entendimento sobre as questões que perpassam os direitos das pessoas, pois aludem que o bom trato deve ser recíproco no cuidado e não somente do profissional para o cliente.

No entendimento dos clientes, a bondade e a maldade são inerentes à natureza das pessoas, e a primeira suplanta a segunda.

*Têm pessoas ruins, e a gente tem que cuidar deles sendo ruim também, por mais que a pessoa boa não faça isso ... Porque os bons não tem a natureza de fazer eles sofrer, se tivesse, o cara ruim numa novela, aí ele ia sofrer pra dedéu. [Risos]. (Cm9)*

Na perspectiva da humanização não existe profissional bom ou ruim, e sim aquele que exerce sua atividade em saúde com com-

promisso e responsabilidade segundo o desenvolvimento e conscientização destas premissas<sup>(2)</sup>. Deste modo, este depoimento reflète a divergência entre a representação dos sujeitos e o preconizado pela PNH.

O pensamento veiculado no depoimento de Cm9 mostra os estereótipos sociais tão bem retratados na mídia e servem para explicar a benevolência no trato com os clientes no cuidado. O sujeito se ancora nos personagens de novela e passa a idéia de que as pessoas são bem tratadas, inclusive as más, porque os profissionais bons agem com bondade para com qualquer cliente, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação.

Avançando nesta questão, observa-se que o aspecto de comportamento moral também incide sobre o cuidado em saúde que deve ser prestado.

*O que eu penso, nem todo mundo precisa ser mal tratado, a não ser que cometa um delito muito grave, aí ele tem que ir a juízo, não é isso? Depende de lá de dentro ele cumprir, mas não ser mal tratado, cumprir o que é sentença dele. (Cm4)*

*Tem uns que são fora da lei [Risos]. (Cm7)*

O aspecto moral determina o merecimento do trato, pois quando o cliente viola a lei do Estado torna-se menos merecedor de cuidados. Deste modo, a conduta moral dos indivíduos deve nortear a ação dos profissionais de saúde segundo estes sujeitos.

Entretanto, não cabe ao profissional de saúde julgar os clientes que cuidam, mas assisti-los de maneira adequada, utilizando das premissas de integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde, conforme orienta o SUS<sup>(2)</sup>.

Na representação dos sujeitos, o indivíduo que apresenta desvio de conduta moral é objetivado como 'fora da lei', portanto, não faz jus a ela não devendo ser tratado segundo as premissas da constituição federal, das leis de saúde e das políticas públicas em saúde.

Na linha do gradiente do merecimento de melhor trato, há pessoas, consideradas superiores às outras que, por isso, são mais bem tratadas.

*Não, todo mundo é igual. E eu fico às vezes até meio aborrecido de saber disso, porque nenhum político..., não vou nem falar de esportista nem de artista porque o cara já é fora da média, por isso que ele ganha bem, mas principalmente os de casos de políticos que quando tem um problema de saúde não recorre ao atendimento do SUS entendeu? Provando que há desnivelamento entre as pessoas (Cm5)*

Como verificado, há pessoas consideradas supercidadãos, pois estão em um grau acima do resto da população, como objetivado na expressão 'fora da média'. Em consequência, são mais bem remuneradas e podem pagar por serviços de melhor qualidade. No entanto, os políticos, que fazem as leis, não foram enquadrados nos cidadãos fora da média, mas também não se encaminham ao hospital da rede pública, o que prova que há estratificação na cidadania e na oferta dos serviços à população. Analisando o contexto do depoimento apreende-se que os sujeitos entendem que os hospitais da rede pública assistem aqueles que não podem pa-

gar por serviços de melhor qualidade, pois nem quem deveria zelar por esta oferta, usufrui dela.

*É como eu te falei, se você não tiver um poder você é jogada como lixo. Todo mundo merece um tratamento bom ... Então, são uns que, se não tiver um poder aquisitivo melhor você fica na porta do hospital. Eu vi uma reportagem, coitada, uma senhora, ela estava jogada na porta do hospital esfaqueada e todo mundo passava na frente dela e nem olhava. (Cf14)*

A relação condição sócio-econômica e grau de merecimento no cuidado é estabelecida nas representações dos sujeitos, e reforçada pelas muitas imagens e opiniões veiculadas pela mídia, amparando a representação que pauta-se nas comunicações cotidianas e nas experiências compartilhadas em seu grupo social.

Ao tempo em que consideram que as pessoas, pelo fato de sê-la, merecem ser bem atendidas, não refutam a idéia de que a condição sócio-econômica lhe dá melhores condições de exercício de cidadania. Estabelecem forte vínculo entre o quanto maior for o poder sócio-econômico das pessoas, melhor tratamento de saúde ela terá, já que poderá pagar por boas clínicas, bons profissionais e boas instituições. E assim vão formando suas representações sobre a humanização no cuidado, atravessada por questões éticas que tem a ver com as suas vivências no cotidiano do cuidado hospitalar e com o que acumularam de experiências na vida, pois o sujeito não é "uma tabula rasa que recebe passivamente o que o mundo lhe oferece", mas é ativo no processo de construção do pensamento<sup>(10)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação evidenciaram que existe um forte elo entre a ética e a humanização no cuidado hospitalar, respondendo à questão de pesquisa. Isto porque desvelou que a humanização, nas representações dos clientes hospitalizados se objetiva no bom trato e que este tem a ver com a vertente instrumental do cuidado, mas também com a expressiva, necessária ao relacionamento profissional-cliente. Deste modo, as questões éticas permeiam o saber dos clientes sobre a humanização do cuidado, não permanecendo à margem acerca do conhecimento sobre seus direitos e deveres.

Dos direitos, fazem parte as informações sobre o seu estado de saúde e os cuidados realizados, que ganham contornos no entendimento da respeitabilidade do outro e possibilitam a construção da autonomia e protagonismo dos clientes, sendo estes objetivos da PNH.

A falta de ética objetivou-se em exemplos de atendimentos considerados de baixa qualidade e não resolutivos, e até na ausência de cuidados. Entretanto, os clientes assumem uma postura submissa frente aos cuidados sem contorno ético, geralmente por medo e por se sentirem em condição desigual frente aos profissionais.

Levando-se em conta a humanização no cuidado, o bom trato se faz presente em ações resolutivas, e quando os profissionais realizam avaliação clínica e reconhecem o direito do cliente à informação sobre o seu cuidado. O contrário disso é identificado como ser mal tratado, portanto, não humanizado.

Ao se considerar o cuidado e o bom trato, os clientes aludem aos dois sujeitos da ação, os profissionais e os clientes. Nesta consideração, destacam que todos merecem ser bem tratados, mas que este trato é recíproco, ou seja, vai do profissional ao cliente, mas também deste para com o profissional. Isto leva ao estabelecimento de gradientes de merecimento de cuidado, pois os que infringem questões morais e éticas necessárias à relação interpessoal são menos merecedores de cuidado. Disto deriva a maneira de cuidar dos profissionais segundo os 'tipos de clientes'.

Além disso, as questões de cidadania vieram à tona ao se tratar das diferenças de condições havidas entre os sujeitos, na sua maioria, determinadas pelos aspectos sócio-econômicos que levam às desigualdades do usufruto do atendimento de qualidade em saúde.

Deste modo, verifica-se que as representações sociais sobre a humanização no cuidado ganham contornos da ética e da moral, no estabelecimento de gradientes de merecimento do bom trato. Nos saberes sociais dos sujeitos desta pesquisa, o direito ao bom trato não é igual para todos, o que indica possíveis diferenciações nas RS destes sujeitos sobre a humanização na perspectiva da ética e da moral, indicando novas possibilidades de pesquisa que avancem nas questões éticas implicadas no cuidado e na prática da humanização, segundo as políticas de saúde. Ainda mais, se ressalta a importância desta discussão para a enfermagem, uma vez que o cuidado, seu objeto, resulta da prática de sua arte e ciência, não podendo prescindir da ética.

## REFERÊNCIAS

1. Waldow VR. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, organizadores. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes médicas; 1998. p. 53-85.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
4. Mota RA, Martins CGM, Veras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicol Estud* 2006; 11(2): 323-30.
5. Corbani NMS, Bretãs ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm* 2009; 26(3): 349-54.
6. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
7. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
8. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed 70; 1979.
10. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesqui* 2002; 11(7): 127-47.
11. Valdivia OB. Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. *Psicol Ciênc Prof* 1997; 17(3): 20-7.

12. Veloso RC, Ferreira MA. Representações Sociais da cidadania e seus nexos com as ações dos usuários de um serviço de saúde. *Rev Enferm UERJ* 2007; 15(4): 527-32.
13. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
14. Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados de saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
15. Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde Soc* 2005; 14(3): 111-8.
16. Wagner W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. Goiânia: AB; 1998. p. 3-21.
17. Spink MJP. O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3): 300-8.
18. Silva AGI. Satisfação do usuário: desvendando as representações sociais sobre a qualidade da assistência de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2002; 6(3): 156-66.
19. Barbosa IA, Silva MJP. O cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(5): 546-51.