

## Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação

Humanization health at emergency service in a public hospital: comparison on social representation of professional before and after training

Maria Angélica Carvalho Andrade<sup>1</sup>  
Elizabeth Artmann<sup>2</sup>  
Zeidi Araujo Trindade<sup>3</sup>

**Abstract** *This article presents the results of a study of the type before and after training in Shelter with Risk classification compared to the humanization of social representations of health among 111 health professionals in an emergency hospital. Data collection was performed using the technique of free evocation and analysis was done using the EVOC software. The results showed changes in the symbolic meaning attributed to terms inducers towards incorporation of the right perspective in the representation of the Unified Health System, the translation of Humanization in health as Shelter; and the progression of understanding the Shelter; the humanistic focus to the qualification of processes of care of the users demand at emergencies. The results indicate that the differences found in the core before and after training were due to an apprenticeship, which based in peripheral elements, was able to question the core elements and interchange between the central and peripheral system, recognizing the functional complementarity between these two systems and the relationships between representations and practices. However, the method does not assert the persistence of such changes in the social representations of the objects studied in depth or measure the changes in daily practices.*

**Key words** *Humanization of assistance, Public health, Health policies, Social representation*

**Resumo** *Este artigo apresenta os resultados de um estudo do tipo antes e depois da capacitação em acolhimento com classificação de risco, que comparou as representações sociais de humanização da saúde entre 111 profissionais de saúde em uma unidade hospitalar de urgência e emergência. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de evocações livres e a análise pelo software EVOC. Os resultados mostraram modificação no significado simbólico atribuído aos termos indutores na direção da incorporação da perspectiva do direito na representação do Sistema Único de Saúde, na tradução da humanização na saúde como acolhimento e progressão da compreensão do acolhimento, do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários nas urgências e emergências. Os resultados indicam que as diferenças encontradas no núcleo central antes e após a capacitação foram decorrentes de uma aprendizagem que, ancorada em elementos periféricos, foi capaz de questionar o núcleo central e intercambiar elementos entre o sistema central e periférico, constatando a complementaridade funcional entre estes dois sistemas e as relações entre representações e práticas. Contudo, o método utilizado não permite afirmar a persistência de tais mudanças nas representações sociais dos objetos estudados, nem medir em profundidade as mudanças nas práticas cotidianas.*

**Palavras-chave** *Humanização da assistência, Saúde pública, Políticas de saúde, Representação social*

<sup>1</sup> Hospital Dr. Dório Silva, Eudes Scherer de Souza s/n, Laranjeiras, 29165-680 Serra ES. geliandrade@hotmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup> Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo.

## Introdução

A concretização da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção em saúde, no cotidiano das instituições de saúde, depara-se com inúmeros problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos<sup>1</sup>.

Uma série de tecnologias de planejamento e gestão tem sido utilizada para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários; porém, a maioria dos modelos adotados, principalmente pelos hospitais públicos, pouco têm contribuído para enfrentar estas questões<sup>2</sup>. As dificuldades para a implementação de um modelo de gestão alternativo decorrem principalmente da resistência das corporações, em especial os médicos e os enfermeiros, às mudanças propostas e, também, à profissionalização da gerência. Estas práticas de resistência e/ou oposição às novas propostas de funcionamento institucional variam com a categoria profissional: a resistência passiva dos médicos traduz-se por ignorar as novas propostas, enquanto a enfermagem apresenta reações ativas à quebra do esquema anterior de funcionamento, em um processo de discussões fechadas na categoria<sup>2</sup>.

Assim, para enfrentar os desafios de tornar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) operativos na prática, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Humanização (PNH), na qual a humanização é entendida como um instrumento para a mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho<sup>1</sup>.

A proposta de humanização da atenção à saúde surge no cenário das políticas públicas como uma oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento vigente em toda a rede do SUS<sup>3</sup>, quebrando as fronteiras impostas historicamente<sup>4</sup>. A possibilidade de mudar a cultura em longo prazo reside na capacidade de construção legítima de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos de aprendizagem<sup>5</sup>.

As práticas e os comportamentos dos indivíduos são orientados pela forma que os indivíduos interpretam sua realidade, entendida como representação social. Uma representação é constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado

objeto social<sup>6</sup>. Toda realidade é representada, quer dizer, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca<sup>6</sup>, funcionando como um sistema que guia para ação, orientando as reações e as relações sociais. As representações e as práticas modificam-se e se transformam reciprocamente<sup>7</sup>, embora não se trate de uma influência equivalente.

Para o presente estudo, utilizou-se como aporte teórico a teoria das representações sociais (TRS), inaugurada por Serge Moscovici em 1961, e o emprego complementar da teoria do núcleo central, proposta por Abric<sup>6</sup>. Segundo esta teoria, as representações são estruturadas pelos sistemas central e periférico. Baseado nesta concepção, o sistema central é constituído pelo núcleo central da representação, com funções de gerar o significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos<sup>8</sup>. O núcleo central é marcado pela memória coletiva; reflete as condições sócio-históricas e os valores do grupo; constitui a base comum, consensual e coletivamente partilhada das representações; é estável, coerente e resistente à mudança; é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. O sistema periférico é constituído pelos demais elementos da representação e suas funções consistem, em termos atuais e cotidianos, na adaptação à realidade concreta e na diferenciação do conteúdo da representação e, em termos históricos, na proteção do sistema central<sup>8</sup>. Permite, ainda, a integração das experiências históricas individuais, suporta a heterogeneidade do grupo e as contradições, é evolutivo e sensível ao contexto imediato<sup>8</sup>. Não se trata de um componente menor da representação; ao contrário, ele é fundamental, posto que, associado ao sistema central, permite a ancoragem na realidade<sup>6</sup>.

O dispositivo acolhimento com classificação de risco (ACCR), para a PNH, representa um importante disparador dos processos de mudança. Acolhimento é uma ação tecnoassistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade<sup>9</sup>, e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento<sup>9</sup>. Estas duas tecnologias complementares, o acolhimento com classificação de risco, tem por objetivo acolher todo usuário que pro-

curar a instituição, fazendo uma escuta qualificada, responsável e resolutiva, pressupondo [...] **a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem da chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos**<sup>9</sup>.

Contudo, para empreender um processo de mudança nas práticas, a PNH e seus dispositivos, como objetos representacionais, devem ser integrados cognitivamente pelos indivíduos ou grupos no seu sistema de valores. E, quanto à mudança, de acordo com a teoria do núcleo central, duas representações ou dois estados sucessivos de uma mesma representação devem ser considerados distintos [...] **se, e apenas se, seus respectivos núcleos centrais tiverem composições nitidamente diferentes. Caso contrário, ou seja, se as diferenças se apresentam apenas no nível dos seus sistemas periféricos, trata-se de uma mesma representação que se manifesta diferentemente em função de condições circunstanciais diversas, de ordem grupal ou interindividual**<sup>1</sup>.

O objetivo desta investigação foi analisar o papel da experiência concreta de humanização em um hospital público, por meio de implantação do acolhimento com classificação de risco, e comparar as representações sociais de SUS, humanização na saúde e acolhimento em profissionais de saúde, antes e depois da capacitação em ACCR, adotando a teoria de representações sociais em sua abordagem estrutural, visando explorar o potencial deste instrumento como agente de mudanças.

## Método

O estudo consistiu em avaliar uma intervenção em uma unidade de urgência e emergência em um hospital público estadual, no Espírito Santo, inserido desde 2001 no Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) e, posteriormente, em 2003, na Política Nacional de Humanização. Realizou-se um estudo comparativo do tipo antes e depois para medir o efeito da capacitação dos profissionais de saúde de um serviço de emergência na compreensão de humanização da saúde, com foco no dispositivo acolhimento com classificação de risco. A capacitação consistiu em um primeiro módulo com objetivo de introduzir

o acolhimento com classificação de risco no contexto do Sistema Único de Saúde como um dispositivo de intervenção para a mudança nas práticas de saúde, realizado em quatro horas. Para atingir esse objetivo, utilizou-se a exposição dialogada para transmitir os conteúdos relacionados ao SUS (breve histórico de sua construção, objetivos, princípios e contextualização da instituição hospitalar na rede SUS por meio do plano diretor de regionalização do estado) e à PNH (conceito, identificação de práticas produtoras de desumanização e de humanização, breve histórico e inserção da instituição na PNH, objetivos, princípios, método, dispositivos, dando ênfase ao dispositivo acolhimento com classificação de risco e sua relação com a concretização do SUS).

A amostra foi selecionada a partir de convocação gerencial dos 272 profissionais de saúde da Unidade de Trabalho de Urgência e Emergência para participar do módulo de alinhamento conceitual da capacitação em acolhimento com classificação de risco. Desses 272 profissionais convocados, apenas 121 concordaram em participar da capacitação, divididos em seis turmas, de acordo com a disponibilidade. Todos os 121 profissionais participantes foram incluídos na pesquisa, embora dez tenham sido excluídos posteriormente.

Esta pesquisa está inserida no projeto humanização nos serviços de saúde: como interferir nos processos de gestão no trabalho e produção de saúde considerando a dimensão cultural em diferentes abordagens, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Após autorização do termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa, segundo Resolução CNS nº 196/96, pela direção geral e gerente da unidade de urgência e emergência, garantindo-se o anonimato dos profissionais da instituição, iniciou-se a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2007, em dois momentos: antes de iniciar e imediatamente após a conclusão da capacitação, por duas facilitadoras, profissionais de saúde do setor de humanização da própria instituição, responsáveis pelas capacitações.

Os dados foram obtidos diretamente dos profissionais de saúde por meio da técnica das evocações ou associações livres. No campo de estudo das representações sociais, esta técnica tem por objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente e consiste em solicitar ao indivíduo que produza todas as palavras ou expressões que possa imaginar a partir de um ou

mais termos indutores. O teste consistiu em pedir aos sujeitos individualmente que associassem, livre e rapidamente, a partir da audição de três termos indutores: Sistema Único de Saúde (SUS), humanização da saúde e acolhimento, outras palavras ou expressões, nos dois momentos referidos. Este instrumento foi autoperenchido, após a realização de um breve treinamento com outros termos indutores, diferentes daqueles a serem pesquisados. No momento de tratamento dos dados, deu-se a exclusão de dez profissionais que não responderam.

Para efeito de controle, foi utilizado o autoperenchimento: os dados brutos obtidos dos profissionais de saúde foram comparados com os dados obtidos desses mesmos profissionais antes e após a capacitação.

Para a análise estatística das evocações, foi utilizado o software EVOG (*Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations*), versão 2003, que realiza cálculos estatísticos e a construção de matrizes de co-ocorrências que servem de base para a construção do “quadro de quatro casas” (ou distribuição em quatro quadrantes), por meio do qual se discriminam o núcleo central, os elementos intermediários e os elementos periféricos da representação. Na perspectiva teórica de Abric<sup>6</sup>, esta técnica de análise permite, a partir da frequência média de ocorrência das palavras evocadas e da média das ordens de evocações produzidas, a identificação dos elementos considerados centrais e periféricos na representação. As palavras que provavelmente formam o núcleo central dos termos estudados são aquelas que tiveram as maiores frequências e que foram mais prontamente evocadas, situando-se no quadrante superior esquerdo da figura, segundo a teoria utilizada<sup>6</sup>. As palavras situadas nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo são consideradas elementos intermediários, enquanto as localizadas no quadrante inferior direito são os elementos mais periféricos<sup>8</sup>.

## Resultados

Os resultados são apresentados dando-se ênfase aos elementos do núcleo central, pois é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações<sup>6</sup>. Porém, inicialmente, após caracterização da amostra, serão consideradas todas as palavras evocadas identificadas como os elementos centrais e periféricos da representação, antes e após a capacitação, não apenas para conceber igual ênfase aos elementos centrais e pe-

riféricos, mas também para destacar a complementaridade funcional entre estes dois sistemas e, principalmente, para possibilitar a comparação entre duas representações ou dois estados sucessivos de uma mesma representação, em termos da articulação entre os dois sistemas internos e as relações entre representações e práticas<sup>8</sup>.

Dos 272 dos profissionais de saúde da Unidade de Trabalho de Urgência e Emergência do Hospital Dr. Dório Silva (HDS), 111 profissionais participaram do estudo (40,8%). As categorias profissionais que tiveram, proporcionalmente, as maiores participações na capacitação foram: enfermeiros (92,8%), auxiliar de enfermagem (86,1%), técnico de enfermagem (82,2%) e secretários de clínica (80%). Apenas um médico clínico (4,1%), do total de 24, compareceu à capacitação.

As palavras relacionadas aos indutores SUS, humanização e acolhimento, com maior frequência de evocação, antes e após a capacitação, encontram-se descritas nas Tabelas 1, 2 e 3 respectivamente.

A análise dos dados com relação ao termo indutor SUS evidenciou, no início da capacitação, que os profissionais associavam o SUS tanto com a sua prática cotidiana (hospital, lotado, dificuldade, trabalho, medicação, atendimento, cuidado e assistência médica) quanto com o processo saúde/doença, e, ainda, com entendimento do SUS como direito de todos (direito e universalidade), associado à humanização e acolhimento. Após a capacitação, os dados demonstraram uma ampliação da compreensão dos princípios do SUS (equidade e integralidade), sendo identificado um contexto de mudança com ênfase positiva (solução, qualidade, respeito, atendimento bom, melhoria, organização, pode melhorar, qualificação, agilidade, esperança, mudança, prioridade) e inclusão da responsabilização (responsabilidade) como fatores importantes para a identificação do SUS.

Os elementos constituintes do núcleo central da representação social do SUS, compartilhados antes e após a capacitação, parecem revelar um entendimento da finalidade do SUS para a saúde da população (saúde, universalidade, atendimento). A palavra humanização, no núcleo central do SUS, pode referir a uma dimensão de sua necessidade para o atendimento de saúde à população. As diferenças destacadas entre os elementos constituintes do núcleo central da representação social do SUS dizem respeito às palavras doença e hospital, encontradas no núcleo central apenas antes da capacitação e que, após a capaci-

**Tabela 1.** Estrutura da representação social do conjunto de profissionais sobre SUS antes e após a capacitação.

OME*	< 2,4			≥ 2,4		
<b>Antes da capacitação</b>						
F média	Termo evocado	F**	OME	Termo evocado	F	OME
> 8	Atendimento	17	1,412	Acolhimento	11	2,636
	Doença	10	2,000	Lotado	14	2,929
	Hospital	9	2,222			
	Humanização	10	2,300			
	Saúde	22	1,818			
< 8	Universalidade	8	1,875			
	Cuidado	6	2,167	Assistência médica	7	3,286
	Dificuldade	6	2,333	Direito	7	2,429
	Trabalho	7	2,143	Medicação	6	2,500
<b>Após a capacitação</b>						
F média	Termo evocado	F	OME	Termo evocado	F	OME
> 8	Atendimento	18	2,056	Equidade	13	2,462
	Direito	21	2,000	Respeito	8	3,000
	Humanização	10	2,200			
	Saúde	19	2,105			
	Universalidade	19	1,867			
< 8	Atendimento bom	5	2,000	Acolhimento	5	3,000
	Integralidade	7	1,714	Agilidade	4	3,500
	Melhoria	4	1,250	Cuidado	4	3,750
	Organização	7	1,857	Doença	6	2,667
	Pode melhorar	5	1,600	Esperança	5	2,800
	Qualificação	4	2,250	Igualdade	7	3,143
				Mudança	5	2,800
				População	4	3,000
				Prioridade	4	2,500
				Qualidade	5	2,800
				Responsabilidade	4	2,500
				Solução	4	2,500

\* OME = Ordem média das evocações; \*\* F = Frequência.

tação, “migram” para o sistema periférico e para fora da estrutura da representação, respectivamente. Além disso, após a capacitação, reafirmam-se os elementos centrais do termo SUS, associando-se a noção de cidadania, expressa pelo “trânsito” da palavra direito do sistema periférico para o núcleo central.

Com relação à temática humanização na saúde, antes da capacitação, os dados apresentados mostraram que a estrutura da representação social do objeto humanização encontra-se associada a uma concepção humanística (amor, cuidado, respeito, dignidade, atenção, carinho, ser humano, igualdade), relacionada a um comportamento voltado para a qualificação do atendi-

mento (acolhimento, atendimento bom, melhoria, organização). Após a capacitação, o termo humanização na saúde, além das concepções anteriores, ganhou importância (necessário) e concretude, sendo associado à ação (atendimento, empatia, ouvir) e relacionado a resultados positivos (qualidade, resolutividade).

As palavras em destaque no núcleo central do termo humanização na saúde indicam que antes da capacitação estão, igualmente, relacionadas ao acolhimento e a uma concepção humanística (amor, cuidado e respeito) ligada a uma qualificação do atendimento da demanda (atendimento bom e melhoria). Após a capacitação, observa-se o deslocamento dos elementos, asso-

**Tabela 2.** Estrutura da representação social do conjunto de profissionais sobre Humanização na Saúde antes e após a capacitação.

OME*	< 2,3				≥ 2,3	
Antes da capacitação						
F média	Termo evocado	F**	OME	Termo evocado	F	OME
> 10	Acolhimento	16	1,563			
	Amor	19	2,211			
	Atendimento bom	13	1,692			
	Cuidado	10	2,000			
	Melhoria	11	1,727			
	Respeito	22	2,273			
< 10	Dignidade	7	2,286	Atenção	8	2,750
				Carinho	8	2,625
				Igualdade	7	2,571
				Organização	6	2,500
				Ser humano	8	2,375
Após a capacitação						
F média	Termo evocado	F	OME	Termo evocado	F	OME
> 12	Acolhimento	16	1,750	Amor	15	2,600
				Entender	12	2,583
				Respeito	26	2,385
				Atendimento	9	2,556
< 12	Atendimento bom	8	1,250	Carinho	9	2,556
				Cuidado	7	3,000
				Atenção	9	1,667
				Dignidade	5	3,600
				Empatia	6	1,500
				Igualdade	6	2,500
				Melhoria	5	1,800
				Ouvir	9	2,333
	Necessário	5	2,200	Qualidade	9	2,333
				Organização	6	2,400
				Resolutividade	5	2,400
				Ser humano	8	1,375
				Solidariedade	5	3,400

\* OME = Ordem média das evocações; \*\* F = Frequência.

ciados à concepção humanística e à qualificação do atendimento, do núcleo central para o periférico, e o termo humanização na saúde passa a ser representado apenas pela palavra acolhimento. Os elementos periféricos, associados ao sistema central, permitem a ancoragem na realidade<sup>6</sup>. Assim, as dimensões de importância e concretude que aparecem entre os elementos periféricos, após a capacitação, sinalizam que a representação social de humanização na saúde como acolhimento expressa a importância desta ferramenta para lidar com a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde.

Quando a palavra acolhimento se torna o alvo da associação dos participantes, antes da capacitação, evidenciou-se que a temática é vin-

culada às questões relacionais afetivas, também em uma concepção humanística (ajuda, amor, carinho, receptividade, atenção e respeito), porém associada a condições necessárias para a qualificação da prática (acolhimento, atendimento, cuidado, entender, humanização, ouvir e atendimento bom). Entretanto, os dados mostraram que, após a capacitação, esta associação foi acrescida da dimensão de organização de processos de trabalho (organização, prioridade, direcionamento, encaminhamento) e perfil profissional (paciência e solidariedade), ligada a um contexto positivo (satisfação e melhoria).

A análise comparativa do núcleo central da representação social dos profissionais, antes e após a capacitação, revela uma associação diferencial de acolhimento, expressa pela “saída”, do núcleo

**Tabela 3.** Estrutura da representação social do conjunto de profissionais sobre acolhimento antes e após a capacitação.

OME*	< 2,4		≥ 2,4			
Antes da capacitação						
F média	Termo evocado	F**	OME	Termo evocado	F	OME
> 15	Ajuda	15	2,000	Respeito	22	2,909
	Amor	19	2,263			
	Carinho	15	2,000			
	Receptividade	16	1,438			
< 15	Abraçar	7	2,143	Atendimento bom	8	2,750
	Acolhimento	11	1,818			
	Atendimento	9	1,778			
	Atenção	8	2,250			
	Cuidado	9	1,889			
	Entender	10	2,300			
	Humanização	11	2,182			
	Ouvir	13	2,154			
Após a capacitação						
F média	Termo evocado	F	OME	Termo evocado	F	OME
> 8	Amor	16	1,875	Ajuda	11	2,543
	Atendimento	10	1,600	Encaminhamento	9	3,333
	Atenção	13	2,231	Entender	8	2,500
	Cuidado	13	2,308	Humanização	14	2,500
	Ouvir	22	2,318	Respeito	27	2,481
	Receptividade	13	1,385			
< 8	Acolhimento	4	1,250	Carinho	7	2,571
	Atendimento bom	7	1,571	Direcionamento	4	2,750
	Organização	5	1,400	Melhoria	4	2,500
	Prioridade	4	2,000	Paciência	7	2,429
	Satisfação	4	2,250	Solidariedade	6	2,833

\* OME = Ordem média das evocações; \*\* F = Frequência.

central para o periférico, de algumas palavras ligadas a uma concepção mais humanística (ajuda, carinho) e pela inserção no núcleo central de novos elementos “vindos” do sistema periférico (atendimento, atenção, cuidado e ouvir). Estes dados sugerem que, com a capacitação, os profissionais atribuem um sentido que traduzem uma progressão do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários nas urgências e emergências do SUS.

## Discussão

As representações sociais são produtos da realidade cotidiana que se concretizam e se transformam a partir da ação<sup>10</sup>. Com a perspectiva aber-

ta pelas representações sociais de profissionais de saúde, esta pesquisa mostrou uma modificação no significado simbólico atribuído ao SUS, humanização e acolhimento, com a capacitação. A capacitação possibilitou mudanças na direção da incorporação da perspectiva do direito à representação do SUS, na tradução da humanização na saúde como acolhimento, ou seja, como uma ferramenta para lidar com a problemática da qualidade do acesso nos serviços de saúde, e a progressão na compreensão do acolhimento, do foco humanístico para a qualificação dos processos de atendimento da demanda dos usuários nas urgências e emergências do SUS. Mas, embora se possa considerar que houve uma modificação inicial na representação social do SUS, humanização e acolhimento, após a capacitação,

não se pode afirmar a persistência e profundidade da mudança.

Entretanto, apesar das limitações, consequência do caráter exploratório deste estudo e da delimitação da análise ao estudo comparativo das representações, é possível inferir que as diferenças encontradas no núcleo central antes e após a capacitação foram decorrentes de uma aprendizagem significativa, em que o material da aprendizagem se relacionou com os conhecimentos prévios, já presentes no sistema periférico da representação, possibilitando esta modificação na representação social do SUS, humanização e acolhimento.

A aprendizagem é considerada significativa quando é motivada pelo desejo ativo dos participantes pela apropriação de novos saberes e práticas<sup>4</sup> e ocorre quando o seu conteúdo é considerado significativo, ou seja, quando se relaciona com aquilo que a pessoa já sabe, e quando há motivação pessoal para relacionar o que se aprende com o que já se sabe e para interagir com o outro de forma aberta<sup>4</sup>. Esta inferência respalda-se na análise da avaliação realizada com os participantes da capacitação, em que 60,2% consideraram o conteúdo do curso ótimo e 39,8%, bom. E, com relação à motivação pessoal para a capacitação, para 51,7% dos participantes foi ótimo e para 47,5%, bom. Importante ressaltar o viés existente na população estudada, pois provavelmente, em função da não obrigatoriedade da participação na capacitação, compareceram os profissionais que já tinham interesse em humanização.

As proposições da teoria do núcleo central quanto aos estudos comparativos das representações sociais evidenciam a relação entre as práticas e as representações. Na avaliação dos processos envolvidos na mudança de atitudes, na abordagem estrutural das representações sociais, Abric<sup>6</sup> demonstra que o questionamento (ataque) do núcleo central é necessário para a transformação de uma representação. Assim, uma afirmação possível é a de que a aprendizagem significativa, ancorada em elementos periféricos, é capaz de questionar o núcleo central e intercambiar elementos entre o sistema central e periférico, constatando a complementaridade funcional entre estes dois sistemas e as relações entre representações e práticas.

Os dados mais interessantes que surgem da análise neste trabalho confirmam a importância do elemento periférico no estudo dos processos de transformação das representações, sendo um indicador bastante pertinente de futuras modificações ou um sintoma indiscutível

de uma evolução nas situações nas quais a transformação de uma representação está em andamento<sup>6</sup>. Porém, uma vez iniciado o processo de transformação das representações, segundo Flament, citado por Sá<sup>8</sup>, isto não quer dizer que ele deva ir obrigatoriamente até o efetivo surgimento de uma nova representação. Como pré-requisito para a mudança representacional, este autor sustenta a existência de um esquema sequencial que consiste na modificação das circunstâncias externas; modificação das práticas sociais; modificação dos prescritores condicionais e modificação dos prescritores absolutos (núcleo central)<sup>8</sup>. E, ainda, somente se essas novas condições e práticas persistem e, principalmente, se são percebidas como irreversíveis, o núcleo central pode chegar de fato a ter sua composição alterada e, portanto, surgir uma representação realmente diferente do objeto<sup>8</sup>.

Na medida em que a aprendizagem no trabalho mobiliza e convida à ação ativa, ela é considerada uma ação política<sup>4</sup>. Assim, para a construção de novas representações e práticas, destaca-se a importância do comprometimento institucional com a mudança na direção da humanização, expresso pela garantia de participação de todos os atores envolvidos; pelo desenvolvimento de ações concretas, que garantam a crença dos atores na irreversibilidade da mudança; e por um processo permanente de aprendizagem significativa. É preciso criar condições favoráveis para propiciar a permanente reflexão sobre as práticas e a produção de coletivos e construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios do SUS<sup>4</sup>.

Mas, nas organizações em geral, segundo alguns autores<sup>11,12</sup>, existe uma cultura que inibe a aprendizagem e a comunicação, caracterizada pela concentração do poder no topo da organização, poder desequilibrado, estrutura vertical, autoritarismo; foco nos sistemas e não nas pessoas; descrédito da possibilidade de mudanças (ceticismo); falta de tempo para a aprendizagem; abordagem pouco histórica dos problemas, predomínio de uma visão de tratamento de sintomas; comunicação transmissional vertical, falta de uma comunicação aberta, lateral; predomínio do individualismo, descrédito do trabalho em equipe e padrão de liderança-herói, carismática, que se esconde, e que não reconhece erros e vulnerabilidade. E, ainda, nas organizações de saúde, estas características são acrescidas do padrão apresentado pelas organizações profissionais, caracterizado por um processo de autonomia dos centros operacionais, coordenação do

trabalho por meio do ajustamento mútuo, debilidade da tecnoestrutura e ausência de linha hierárquica nítida. Isto resulta em uma forte diferenciação com várias dimensões, tais como diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial; diferenciação entre logística e centro operacional e diferenciação no centro operacional<sup>13</sup>. Estas características, para Rivera e Artmann<sup>5</sup>, dificultam a possibilidade de um projeto gerencial que enfatize a integração intra-institucional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com os outros estabelecimentos da ambiência imediata. Dificultam, mas não impossibilitam a transformação e reorganização das representações e práticas.

Segundo Artmann e Rivera<sup>11</sup>, estabelecer o modo como a gestão pode apoiar o atendimento humanizado constitui o grande desafio. Desta forma, a questão que se coloca é a de como implementar um modelo de gestão que viabilize a construção destas novas condições externas e práticas sociais, pré-requisitos para a mudança representacional, superando, principalmente, as dificuldades decorrentes: da resistência dos profissionais às mudanças propostas; da profissionalização gerencial necessária à concretização de ações e da frequente descontinuidade gestora. A característica gerencial organizativa que responde a esta questão é representada pela necessidade de construir um sistema de gestão coerente com processos comunicativos de aprendizagem afinados com a proposta de humanização<sup>11</sup>.

A abordagem das representações sociais, tanto no plano teórico como no empírico, conduz, necessariamente, à cultura<sup>14</sup>. Referindo-se ao conceito de cultura como recurso, Artmann e Rivera<sup>11</sup> propõem um sistema de gestão comunicativa para operar indiretamente como reforço dos traços da nova cultura que emerge e que traz alguns elementos de uma cultura de humanização e comunicação. Para estes autores<sup>11</sup>, estas dificuldades apontadas poderiam ser superadas com a utilização de ferramentas de gestão estratégica, desenhadas para organizações profissionais, com base no respeito ao dado cultural da autonomia profissional dos centros operadores, que valorizam as estratégias de negociação e cooperação.

Apesar da teoria e da pesquisa do núcleo central fundamentarem-se, desde suas origens, em uma perspectiva metodológica experimental, não basta buscar inferir as representações a partir de seus suportes discursivos manifestos<sup>8</sup>. A mudança (das práticas e/ou representações) se refere à história e não à ação de variáveis descontextualizadas e monológicas<sup>7</sup>. Assim, é preciso articular esses dados com aqueles provenientes da investigação das práticas vigentes no grupo sob estudo, porque estas são as principais fontes das cognições condicionais, que se manifestam mais prontamente no discurso espontâneo<sup>8</sup>, que, conforme Flament, citado por Sá<sup>8</sup>, está longe de revelar a complexidade das representações sociais. Portanto, o método utilizado não permite afirmar a persistência de tais mudanças nas representações sociais dos objetos estudados nem medir em profundidade as mudanças nas práticas cotidianas.

## Colaboradores

MAC Andrade, E Artmann e ZA Trindade participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS – Documento-base. 3ª ed. In: Passos E, Benevides R, organizadores. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Leituras complementares**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 13-32.
2. Cecílio LCO. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Rev. Adm. Pública** 1997; 31(3):36-47.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz; 2005.
5. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-35.
6. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.
7. Rouquette M. Representações e Práticas Sociais: Alguns Elementos Teóricos. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 39-46.
8. Sá CP. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em Psicologia** 1996; 4(3):19-33.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento em saúde e acolhimento com classificação de risco. In: Passos E, Benevides R, organizadores. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Atividades**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 85-106.
10. Oliveira DC, Sá CP, Fischer FM, Martins IS, Teixeira LR. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estud. psicol.(Natal)** 2001; 6(2):245-258.
11. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-231.
12. Schein E. **Guia de sobrevivência da cultura corporativa**. Rio de Janeiro: José Olímpio Editora; 1999.
13. Mintzberg H. A organização profissional. In: Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
14. Jodelet D. Presença da cultura no campo da saúde. In: Almeida AMO, Santos MFS, Diniz GRS, Trindade ZA, organizadoras. **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em representações sociais**. Brasília (DF): Editora Universidade de Brasília; 2006. p. 75-109.

---

Artigo apresentado em 09/10/2008

Aprovado em 24/03/2009

Versão final apresentada em 26/04/2009