UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CLÁUDIO LUIZ DA SILVA

**Publicações de enfermagem após implantação da Política Nacional
de Humanização do SUS: estudo bibliográfico**

Ribeirão Preto 2018

Cláudio Luiz da Silva

**Publicações de enfermagem após implantação da Política Nacional de
Humanização no SUS: estudo bibliográfico**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Formação de Recursos Humanos

Orientador: Profa. Dra. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte

FICHA CATALOGRÁFICA

SILVA, Cláudio Luiz da

Publicações de enfermagem após implantação da Política Nacional de Humanização do SUS: estudo bibliográfico. - Ribeirão Preto, 2018.

103 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

1. Humanização. 2. PNHAG/SUS. 3. Enfermagem. 4. Trabalho 5. Cuidado

Nome: SILVA, Cláudio Luiz da

Título: Publicações de enfermagem após implantação da Política Nacional de Humanização no SUS: estudo bibliográfico.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof.a. Dra. _____

Instituição: _____

Prof.a. Dra. _____

Instituição: _____

Prof.a. Dra. _____

Instituição: _____

Prof.a. Dra. _____

Instituição: _____

Prof.a. Dra. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À Fernando Veríssimo Gomes,

Um anjo que não conheci, e, que aos 08 anos de idade se despediu dessa vida,
cobriu a todos de saudade e foi morar com Deus. Fernando, aqui
nesse plano terreno, deixou uma família que desde a sua
partida, há 33 anos, encontrou tempo na doída
saudade à ser família para mim.

À Dom Agostinho Beneditino e Padre João Rípole,

Outros dois anjos, vestidos de homens no papel de Padre, servindo
e protegendo os irmãos encarcerados e menores
abandonados. De tão humanos, assim,
já cheguei a pensar que eram,
vocês, deuses.

À todas/os os/as professoras/es da minha vida,

Todos os dias e todas as noites, eu sigo tendo o maior orgulho
de todas/os vocês. E sigo na luta para um dia
ser merecedor de alguma admiração
na mesma função.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais por terem tido a responsabilidade de me encaminhar para a Fundação do Bem Estar do Menor, FEBEM, a vida começou por lá.

Ao Dr. Elison Oliveira e sua família, por liderarem a vida de 800 meninos nos anos 80”, protegendo, alimentando, profissionalizando, escolarizando, incluindo na sociedade com o apoio técnico e humano de funcionários competentíssimos. Foi o maior projeto efetivo de humanização que testemunhei na vida. E quero viver para ver outros mais.

A minha tia, Maria Aparecida Veríssimo Gomes e seu companheiro Décio Alves Pereira, pelos finais de semana e tudo o que me proporcionaram para seguir firme nos meus estudos. À Daniela, pelas caronas nas manhãs de segundas-feiras e ao Gustavo por, mais uma vez, compreender meu retorno ao lar.

Agradeço, especialmente, a Jacqueline Souza. Um ser especial com quem convivi e me despertou para a necessidade de retornar a estudar. Jacqueline, muito obrigado por tudo.

Aos amigos que fiz na EERP, Marcela do Bigode, Zé Renato, Norie, Samuel, Lázaro MG, Macris, Vanessinha e tantos outros que, nesse momento, se perdem nas gavetas da memória mas permanecem na janela do meu coração.

Pontualmente, à Professora Maria Conceição. Minha mestra, que me apoiou e teve a maior paciência comigo. E às Professoras Zezé Clápis e Adriana Katia. Vocês são um time de classe e de luta.

Ao Dr. Thiago Pandóssio, meu terapeuta, por ter me ensinado muito sobre mim.

E ao Serviço Social da USP, nas pessoas de Cláudia, Marta, Fabiana, Cleyde e o Paulinho. Vocês sabem conduzir e servir àqueles que precisam.

À CAPES, pela bolsa social de incentivo, valeu!

“Não importa o que fizeram do homem,
mas, o que o homem faz daquilo que fizeram dele”
(SARTRE, 1964 p. 23)

RESUMO

SILVA, Cláudio Luiz da. **Publicações de enfermagem após implantação da Política Nacional de Humanização do SUS: estudo bibliográfico**. 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introdução: A humanização está presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem e é um tema recorrente em pesquisas das ciências sociais e da área de saúde, que já realizaram estudos históricos, conceituais e relacionais sobre a temática. Observa-se nesses estudos que o conceito humanização, assim como suas práticas, são de alta complexidade e requerem uma aproximação para qualquer apontamento que precise ser feito sobre a temática. Hoje em dia o grande desafio é viver a complexidade do conceito com a proposta da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNHAG/SUS). **Objetivo:** Analisar as publicações de enfermagem com a temática humanização, após a implantação da PNHAG/SUS que se deu no ano de 2009. **Metodologia:** Um trabalho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, por meio de uma Pesquisa bibliográfica, segundo as estratégias e procedimentos sugeridos por Antonio Carlos Gil (2010): Leitura exploratória; Leitura seletiva; Leitura analítica; Leitura interpretativa. Aplicados os procedimentos metodológicos, foram selecionados 131 textos que seguiram para a sintetização, categorização e criação dos temas para discussão. **Resultados:** As características bibliográficas apontaram elementos relevantes para entendimento do caminho que as publicações percorreram para organizar, pensar e discutir a temática e produzirem conteúdos de humanização, com a revelação de três temas que colocaram o trabalho e o trabalhador de enfermagem no centro das ideias de humanização: Cuidado humanizado; Gestão do processo de trabalho; Condições de trabalho e a promoção da saúde do trabalhador. **Considerações finais:** Nas publicações de enfermagem, que produziram a temática humanização após a implantação da PNHAG/SUS (2009), não se encontram produções de cunho filosóficos, epistemológicos e ou metafísicos sobre o conceito humanização. Suas produções estão focadas no compromisso ético político de estudar as condições de trabalho e do trabalhador da saúde e formas de reivindicação de caminhos, ações, de humanizar tais condições e realidades para a efetiva validade da proposta da PNHAG/SUS (2009).

Palavras-chave: Humanização. Saúde. Enfermagem. PNHAG/SUS. Cuidado. Trabalho

ABSTRACT

SILVA, C.L. **Nursing publications after implantation of the National Humanization Policy of SUS: bibliographic study**. 2018. 67 p. Master's Dissertation – University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirao Preto, 2018.

Introduction: Humanization is present in the daily life of nursing professionals and it is a recurring theme in social science and health research, which has already carried out historical, conceptual and relational studies on the subject. It is observed in these studies that the concept of humanization, as well as its practices, are highly complex and require an approximation for any notes that need to be made on the subject. Nowadays, the great challenge is to live the complexity of the concept with the proposal of the National Humanization Policy. **Objective:** To analyze the nursing publications within the humanization theme, after the implementation of the National Humanization Policy. **Methods:** Bibliographical research, according to the strategies of Antonio Gil (2010): Exploratory reading; Selective reading; Analytical reading; Interpretive reading. After that, the synthesis, categorization and creation of the topics for discussion. **Results:** The bibliographic characteristics pointed out relevant elements to understand the path that publications have taken to organize, think and discuss the theme and produce contents of humanization, with the revelation of three themes that placed work and the nursing worker at the center of ideas of Humanization. **Final considerations:** There are no philosophical, epistemological, or metaphysical productions about the humanization concept in the nursing publications that produced the humanization theme after the PNHAG / SUS implantation. Its productions are focused on the political and ethical commitment to study the conditions of work and the health worker and ways of claiming ways, actions, to humanize such conditions and realities for the effective validity of the SUS proposal and the National Humanization Policy.

Keywords: humanization, health, nursing, PNHAG / SUS, cuidado, trabalho

RESUMEN

SILVA, C.L. **Publicaciones de enfermería tras implantación de la Política Nacional de Humanización del SUS**: estudio bibliográfico. 2018. 67 f. Disertación - (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introducción: La humanización está presente en el cotidiano de los profesionales de enfermería y es un tema recurrente en investigaciones de las ciencias sociales y del área de salud, que ya realizaron estudios históricos, conceptuales y relacionales sobre la temática. Se observa en estos estudios que el concepto humanización, así como sus prácticas, son de alta complejidad y requieren una aproximación para cualquier apunte que necesite ser hecho sobre la temática. Hoy en día, el gran desafío es vivir la complejidad del concepto con la propuesta de la Política Nacional de Humanización. **Objetivo:** Analizar las publicaciones de enfermería con la temática humanización, después de la implantación de la Política Nacional de Humanización. **Método:** Investigación bibliográfica, según las estrategias de Antonio Gil (2010): Lectura exploratoria; Lectura selectiva; Lectura analítica; Lectura interpretativa. En consecuencia, la sintetización, categorización y creación de los temas para discusión. **Resultados:** Las características bibliográficas apuntaron elementos relevantes para entender el camino que las publicaciones recorrieron para organizar, pensar y discutir la temática y producir contenidos de humanización, con la revelación de tres temas que colocaron el trabajo y el trabajador de enfermería en el centro de las ideas de humanización. **Consideraciones finales:** En las publicaciones de enfermería, que produjeron la temática humanización tras la implantación de la PNHAG/SUS, no se encuentran producciones de cuño filosófico, epistemológico y metafísico sobre el concepto humanización. Sus producciones están enfocadas en el compromiso ético político de estudiar las condiciones de trabajo y del trabajador de la salud y formas de reivindicación de caminos, acciones, de humanizar tales condiciones y realidades para la efectiva validez de la propuesta del SUS y de la Política Nacional de Humanización.

Palabras-clave: humanización, salud, enfermería, PNHAG / SUS, cuidado, trabalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 A Política Nacional de Humanização.....	18
1.2 Objetivo.....	24
2. METODOLOGIA	25
2.1 Tipo de pesquisa.....	25
2.2 A Metodologia da Pesquisa Bibliográfica.....	25
2.3 A Fonte de Dados da Pesquisa.....	27
2.4 A Produção e Análise dos Dados.....	29
3. TRABALHO DESCRITIVO.....	30
3.1 Caracterização das Publicações Analisadas.....	30
4. TEMAS	36
4.1 Cuidado Humanizado.....	36
4.2 Gestão do processo de trabalho	43
4.3 Condições de trabalho e a promoção da saúde do trabalhador	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
APÊNDICES.....	68

APRESENTAÇÃO

Ninguém nasce filósofo, livre ou institucionalizado. A institucionalização fez parte da minha vida por muito tempo, vivi por muitos lugares sempre rodeado de muita gente, em estruturas pluralizadas com regras duras no entanto, feliz. Das opções ali disponíveis, estudar era uma saída, aproveitei esta opção como saída para tornar suportável a realidade. Aos 14 anos prestei concurso público e tornei-me funcionário da Caixa Econômica Federal, onde permaneci por três anos e, posteriormente, outro concurso como servidor da autarquia pública da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Neste período, entre um emprego e outro, fiz um curso técnico em arquitetura e outro em contabilidade até chegar na fase de “desinternação” da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM). Foi chegada a hora de integrar-me à sociedade e não fazia ideia de quais seriam os prejuízos/produto da institucionalização que ocupou minha vida dos 03 aos 18 anos. Sinto que a desinstitucionalização não aconteceu, ela não acontece. Viver, em busca de mim, é uma luta diária.

O meu sonho em ser filósofo e cursar Filosofia, foi contido pela realidade de frequentar uma licenciatura plena numa instituição privada na cidade de Ribeirão Preto e abortar o projeto de estudar numa universidade pública foi mais um duro desafio, dentre tantos, que a vida me fez viver e realizar com as mesmas dificuldades materiais e sociais de um estudante. A Instituição privada, na qual me formei, com a proposta de formação de professores de Filosofia, foi determinante para o meu despertar sobre formação humanística em educação. Segui, sem a formação “robusta” que uma universidade pública proporciona a seus filósofos bacharéis, mas, sobrevivi ao mundo do trabalho na educação de ensino médio e superior, por duas décadas.

Naquele contexto do curso de filosofia, o primeiro semestre, e ao longo de toda a formação, tive contato com lógica matemática e de discursos, além de metafísica, epistemologia e criteriologia. Esse contato com áreas do saber tão distintas, evidentemente, colaborou para o olhar de indiferença para tudo aquilo que oferece resistência a uma desconfiança cartesiana. Desconfiança que começa na propedêutica; submete-se a lógica de discurso; envolve-se de dúvida pela epistemologia; e evidencia a base do saber pela criteriologia. Em suma, passei por uma formação que aposta nos saberes possíveis de serem alcançados pelo intelecto humano, sem o apelo do absoluto e ou dificuldades intransponíveis para serem evidenciados.

O mergulho no campo da filosofia começou na minha adolescência com a leitura da coleção “Os Pensadores”, na intenção juvenil de conhecer a biografia de alguns filósofos

citados nas aulas de história. Neste sentido acabei lendo os 63 volumes da citada coleção e, assim, aliei a filosofia a área de humanas. Quando cursei a graduação entendi que essa classificação é válida somente para as áreas que foram organizadas pelo pensamento positivista de Augusto Comte, em que as ciências biológicas, as exatas, as artes e as humanidades são desconectadas e contemplam saberes que competem a cada uma isoladamente, o que já não acontece com a filosofia.

Fiz uma longa jornada na graduação e na minha vida de professor para escapar de uma ideia positivista da filosofia pela simples razão de ter aprendido que não se produz ou reproduz filosofia sem enxergar o ser humano como a problemática central de todas as áreas de saber, por que esse é o motivo maior do pensamento de “existir”. Sendo assim, a filosofia, não se inova ou se renova pela máquina empírica de produção de dados para afirmação e/ou confirmação de uma teoria. Acrescenta-se a isso, a ideia de que as classificações são válidas e úteis no universo acadêmico, mas, que não é preciso puxar a filosofia para algum lado, basta contemplá-la como filosofia puramente, nos papéis de: ressignificar a ciência pela epistemologia; validar os raciocínios pela lógica; e reconhecer a história do pensamento e seus pensadores pela história da filosofia.

Ao concluir a graduação ingressei no mercado de trabalho como docente no ensino médio; curso preparatório para vestibular e ensino superior, além do que, acumulei a profissão que já exercia antes da graduação, a de redator publicitário. Na fase inicial da carreira profissional, em sala de aula, surgiram alguns desafios que exigiram dedicação exclusiva e, com isso, abandonei meus compromissos com o mercado de comunicação social para seguir a carreira do magistério. Neste sentido, persegui três desafios bem claros: apresentar filosofia como um saber tangível; lecionar o conteúdo com um formato distinto do discurso das humanidades; e aliar tudo isso à redação dissertativa para uma efetiva materialização das atividades de filosofia. Minha experiência foi muito feliz porque sempre contei com a boa vontade de companheiros da disciplina de língua portuguesa que colaboravam com as correções e orientações gramaticais. E era uma parceria sensacional que ocorria sem ressalvas nos colégios de ensino médio e preparatório para vestibular.

Já na experiência como professor no ensino superior minha vivência foi de um professor “generalista em especialidades”, pois era convocado para lecionar filosofia de forma transversal, e, em outras oportunidades ficava responsável por áreas que englobavam as humanidades nos formatos: artes liberais; e cultura geral. Vivi tempos de massificação com conveniente rentabilidade, uma vez que estava disposto a viajar adaptando-me facilmente à proposta de atender a diferentes públicos, produzindo conteúdos e lecionando em polos da

instituição distantes da cidade onde residia. Paguei um alto preço por apostar na continuidade da minha formação, projetando meu ingresso na pós-graduação, projeto que sempre permaneceu implícito desde a minha graduação, só não tinha claro ainda como seguiria meus estudos.

Com o propósito de aprofundamento do processo de profissionalização para a pesquisa e para a docência no ensino superior, no ano de 2013, comecei a frequentar espaços de pós-graduação na Universidade de São Paulo, Universidade Estadual Paulista, Universidade de Uberaba e Universidade Estadual de Campinas como ouvinte, além de navegar em programas *online* de pós-graduação. Nesse momento, percebia que precisava mergulhar no universo *Stricto Sensu* e essas foram as formas mais adequadas que encontrei. No ano seguinte, 2014, passei a frequentar um grupo de pesquisa de álcool e drogas do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), quando tive meu primeiro contato com pesquisadores da área da enfermagem e descobri um mundo distinto do que estava acostumado a frequentar. Investi no reconhecimento da malha de pesquisa da Enfermagem Psiquiátrica, conheci outros grupos de estudo e cheguei até o grupo Educação e saúde/enfermagem: políticas, práticas, formação profissional e formação de professores. Fiz algumas investidas no tema e compartilhei leituras na área de filosofia com o grupo em que fui inserido já como mestrando, por intermédio de minha orientadora. Este grupo possibilitou que eu descobrisse a licenciatura na Enfermagem e a luta por uma formação de qualidade dos enfermeiros professores.

A partir de algumas leituras iniciadas no grupo de estudo e nas disciplinas cursadas, conheci a proposta e organização do SUS, aproximando-me de suas políticas, especificamente a PNHAG/SUS (2009) e assim, empenhei-me em estudar e compreender melhor a temática a partir de um olhar filosófico. Esse caminho levou-me a desenvolver um projeto de pesquisa com a temática “Humanização” e participar do processo seletivo em 2016, para o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), no qual fui aprovado.

Matriculado no Programa, cursei algumas disciplinas relacionadas a métodos de pesquisa, na intenção de aproximação com a linguagem acadêmica, além de participar do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino (PAE) com o propósito de conhecer e viver no ambiente de sala de aula em um curso de licenciatura em enfermagem em uma universidade pública. Foram seis meses de imersão em conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem, que me levaram a entender que existem possibilidades de utilizarmos outras estratégias de

ensino que podem levar os estudantes ao pensamento crítico e à construção de conhecimento de forma mais participativa. Reconheço esse período como um ciclo de grandes trocas, afirmação, reconstrução de identidade profissional e dedicação e, dele, eu levo grande gratidão a todos que cruzaram meu caminho e um número incontável de desconstruções.

A aproximação com profissionais da área da saúde e com os conceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, com a PNHAG/SUS (2009), a partir de reflexões em sala de aula, a participação nos grupos de estudos e nos grupos de pesquisas levaram-me a dar corpo ao projeto de pesquisa então em foco.

Ainda sobre minha estada no Mestrado da EERP/USP, fiz a opção por ser aprendiz de iniciar um ciclo como estudante de ciência na área de educação e saúde, sem grandes planos de um projeto para ganhar prêmios ou concorrer com colegas, entrei com o propósito e postura esvaziada das experiências do caminho traçado no papel de professor, claro que não foi possível o cumprimento total desta proposta, mas insisti em ser um estudante e nada mais.

Ao ver o final dessa fase percebo o quanto agreguei à minha vida de filósofo e professor, por ter permitido aprender com a postura de quem admitiu não saber. Só tenho a agradecer a todos os envolvidos no meu processo aprendizagem. Por ter feito a opção do lugar comum ao ideal.

1 INTRODUÇÃO

Iniciamos pela busca do entendimento e da compreensão dos conceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da PNHAG/SUS (2009) com um mergulho em leituras da área da saúde, colhendo como recompensa o entendimento da proposta da PNHAG/SUS (2009) e a compreensão de que a mesma está imbricada com a área de Filosofia e também com as Ciências Sociais. Assim, a partir desse binômio PNHAG/SUS (2009) e Filosofia, a possibilidade de um propósito de pesquisar o sentido de humanização, na área de saúde/enfermagem, ganhou um impulso investigativo.

Foi necessário refletir sobre os caminhos presentes nos documentos da PNHAG/SUS (2009) e optamos por fazer leituras da história do pensamento filosófico, iniciando pela Idade Média, no humanismo cristão de Guilherme de Ockan e Erasmo de Roterdam, seguido da Renascença no humanismo de Michel de Montaigne e,consequentemente, desaguando na ideia humanista geometrizada da Modernidade recuperada por Michel Foucault e o conceito de universalidade e humanidade de Friederich Wilhelm Nietzsche. Essa experiência literária deixou para trás, por ora, a impressão imediatista de um solipsismo a respeito do conceito humanização, mas, ao mesmo tempo, evidenciou a complexidade do tema da pesquisa apontando o ruído de linguagem como um problema a ser superado.

O ruído de linguagem foi enfrentado com a aproximação da literatura e, compreendemos que a sustentação da complexidade do conceito humanização não se dá pela contingência conceitual das ideias humanísticas clássicas ou modernas, e nem mesmo pela nobre predisposição de um ideal de homem ou humanidade, mas, por uma ampliação do conceito presente nos princípios, diretrizes e dispositivos da PNHAG/SUS (2009). Uma ampliação do conceito que se revela superando a ideia de um humano ideal, nutrindo ideias de saúde como direito e, principalmente, de um indivíduo portador de subjetividade para a produção de saúde na perspectiva do coletivo, ou seja, um conceito ampliado de humano que forja o ser numa identidade estético-ético-política. Estético nas variadas formas de criatividade; ético nas formas do fazer coletivo; e político na forma de universalização dos princípios da saúde como direito social (CAMPOS, 2010).

Sendo assim, humanização não é um humanismo ou seus derivados conceituais, mas também, não é a negação desses. A humanização na condição de conceito ampliado inclui/carrega em seu cerne, o humanismo, a política, o estético e o ético numa perspectiva tridimensional que não pode ser alcançada ou vivenciada sem a compreensão que lhe é implícita, para falar ou entender o fazer humano na saúde. Essa complexidade pode não ser

motivadora aos olhares imediatistas, aqueles impregnados de uma apreciação meramente tecnicista do conceito, podendo suas apreensões serem frutos de uma “fadiga filosófica”, abstenção de pensamento crítico-reflexivo.

Essa preguiça crítico-reflexiva, “fadiga filosófica”, caso esteja presente nas produções de enfermagem estará potencializando a geração de ruídos no entendimento de conceitos-chave da humanização - nisto está a prática do conceitualismo. Segue outro exemplo: o conceito de subjetividade pode ser evidenciado como subjetivismo e o conceito de estética pode ser tratado como esteticismo, ambos sendo transtornos oriundos dessa “fadiga filosófica” que podem acarretar consequências ruidosas numa produção sobre humanização na atenção e gestão.

Ao fazermos um levantamento sobre estudos bibliográficos de enfermagem que investigam a humanização do cuidado em saúde após a implantação da PNHAG/SUS (2009) encontramos algumas pesquisas como a de Casate e Corrêa (2005) que realizaram um estudo bibliográfico que apontou as concepções sobre humanização verificando que a temática no decorrer dos anos, (década de 50 a 2000), vem se constituindo desde uma perspectiva caritativa até a valorização da saúde como direito do cidadão, sendo inserida como projeto político de saúde. Apontam os artigos encontrados pelos autores a necessidade de investir nos trabalhadores de saúde, mas observam que a temática humanização é pouco abordada na formação.

Outro estudo bibliográfico que trata da humanização e assistência de enfermagem destaca que no período de 2000 a 2007, foram encontrados 13 artigos que abordam a humanização relacionada ao parto normal, apontando que o paradigma atual está centralizado na intervenção do parto, apesar de a humanização defender o parto natural realizado pela enfermeira, concluindo que a assistência de qualidade e humanizada ao parto privilegia o respeito, a dignidade e a autonomia das mulheres (MOURA et al, 2007).

Em outra pesquisa bibliográfica, buscando encontrar estudos que contribuem para a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, encontrou-se que as ações de enfermagem com vistas à humanização em UTI neonatal devem pautar-se na construção do cuidado singular, na integralidade e no respeito à vida (REICHERT; LINS E COLLET, 2007).

Na busca da humanização da assistência, Siqueira *et al.* (2004) fazem referência a 14 artigos que discorrem sobre o relacionamento do enfermeiro, do paciente e da família, relacionando à qualidade da assistência da enfermagem, mostrando que a comunicação é essencial para se instituir a assistência de enfermagem humanizada e promover o

relacionamento interpessoal. No entanto, os autores destacam que os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes inconscientes e seus familiares encontram-se fragmentados, dificultando a relação. Apontam, ainda, que há emergente necessidade de investir na prática humanizada de enfermagem com intenção de melhorar a qualidade de vida do paciente e familiar (SIQUEIRA *et al.*, 2004).

Uma pesquisa com enfoque na Atenção Primária à Saúde mostra que em revisão bibliográfica de periódicos nacionais encontrou 31 artigos evidenciando que os aspectos da humanização foram propostos com foco no atendimento em saúde, na conceituação do termo, nas dificuldades para implementação de ações humanizadoras e na evolução de políticas de saúde e de humanização no Brasil. Concluiu-se que há pouca produção sobre o tema humanização na Atenção Primária de Saúde (SIMÕES *et al.*, 2004).

Oliveira e Kruse (2006) realizaram estudo dos discursos sobre os significados da humanização da assistência à saúde e suas transformações ao longo do tempo, por meio de pesquisa bibliográfica. Foi identificado a partir dos discursos as características do profissional de enfermagem, a associação do significado de humanização ao conhecimento científico e a reafirmação de seu tradicional significado, adequando-o à nova política de saúde.

Ao levantar artigos publicados pela enfermagem brasileira em Centro Cirúrgico, as autoras Fonseca e Peniche (2009) encontraram que os artigos selecionados abordaram as facilidades e as adversidades vivenciadas pelo enfermeiro e sua equipe para prestar uma assistência com melhor qualidade possível, confirmando-se a importância da assistência humanizada e individualizada.

O estudo de Rocha e Ferreira (2013) buscou caracterizar a produção científica brasileira de enfermagem sobre neonatologia e humanização do cuidado (2000-2011). Destacou-se que a maioria dos autores apresentaram propostas para a solução dos problemas identificados.

Dessa forma, na presente pesquisa questiona-se: Dentre as publicações que vêm sendo orientadas com foco no pensamento "SUSista", sob quais focos os conceitos de humanização são re/apresentados ou evidenciados nas publicações de enfermagem, com relação à PNHAG/SUS (2009)?

1.1 A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (2009).

A PNHAG/SUS (2009) soa como a um eco da Reforma Sanitária, e pode ser compreendida como um projeto arquitetado para reafirmar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade e equidade, enfatizando as diretrizes de descentralização, com independência em cada esfera de governo; atenção integral, priorizando ações preventivas, com relevância nos serviços assistenciais e participação da comunidade (SILVA, 2011).

Essa ideia de saúde como direito social vem dos tempos de chumbo da ditadura militar, ecoada das ideias italianas de Reforma Sanitária, captadas por um grupo de intelectuais engajados social e politicamente, dentre os quais havia médicos, líderes políticos e estudantes das mais variadas áreas culturais que tiveram seus nomes e obras cravados no mundo produtivo acadêmico e suas ideias absorvidas no setor de saúde.

O “Movimento Sanitário”, como se autodenominavam, atingiu a reestruturação do setor da saúde, produzindo críticas e propostas de intervenção da sociedade civil organizada nas esferas burocráticas do Estado. Esse propósito foi o bastante para barrar as ideias de mercado, onde a saúde pública era uma arena de negócios sem qualquer ação de compromisso social com usuários (SILVA, 2011).

Com o propósito claro de combater a mercantilização do setor, produzir saúde como direito e promover ações com controle social e participação social, essas ideias do “Movimento Sanitário” chegaram à Assembleia Nacional Constituinte no ano de 1988, sendo aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS) e, dois anos depois, em 1990, essas mesmas ideias seriam acatadas na forma da Lei Orgânica da Saúde como princípios de funcionamento do SUS. No calor da redemocratização do país, as ideias sanitaristas seguiram influenciando constituintes, populares e os setores da saúde participando da conquista de levar o Estado a garantir saúde a toda a população brasileira, de forma universal e gratuita (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Toda movimentação dentro do “Movimento Sanitário” para fazer valer as ideias sanitaristas até o momento de criação do SUS deixou rachaduras nas paredes institucionais do movimento. A redemocratização que ocorria no país, assim como fez com outros movimentos, trouxe um certo esfriamento nos ânimos de engajamento e produziu uma massa cinzenta, onde havia um propósito claro de resistência e libertação, que, por vezes, era de simples assimilação nos tempos de chumbo da ditadura, perdendo o significado com a

redemocratização - no caso desse movimento a conquista do SUS foi o início do esfriamento das ideias sanitaristas. A continuidade do movimento sanitário brasileiro ficou na corda bamba, com a ideia opositora e bem difundida de que a história do movimento chegara ao fim, apesar de que a conquista da universalidade, integralidade e equidade na saúde estivesse apenas começando (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A história da reforma sanitária e seus “autores-atores” seguem em trilhos diversos na mesma matriz de pensamento da saúde universalista através das entidades criadas nos anos de chumbo da ditadura. Na metade da década de 1970, mais especificamente em 1976, ocorreu a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); e em 1979, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) assim, “cebianos” e “abrasquianos” como são conhecidos construíram uma proposta de participação popular na burocracia do Estado a começar por suas atuações na oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), nas plenárias da saúde e/ou no Conselho Nacional de Saúde. Essas continuidades dão uma amostra clara da vivacidade do pensamento do “Movimento Sanitário” no processo de redemocratização e saúde no Brasil (RODRIGUES, 1997; ESCOREL, 1999).

Esse avivamento segue na construção de políticas de saúde no contexto do SUS e na criação dos conselhos dos estados e municípios tais como: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). No tocante às políticas de saúde do SUS, o pensamento da reforma sanitária transversaliza a construção do sistema com as diretrizes de descentralização como estratégia de democratização para incorporação do controle social e participação popular na saúde, forjando um modelo de novas relações nos três níveis de governo, instituições e serviços. Dentre as políticas nacionais, encontra-se a de humanização da atenção e gestão que se configura, também, com o mesmo eco das diretrizes descentralizadoras (PAIM, 2008).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS é a ação do pensamento transversalizador da Reforma Sanitária, agora, como política produtora de processos coletivos para a promoção da saúde e tem como propósito a cassação contínua de processos desumanos na atenção e gestão e a produção de processos desalienadores no cotidiano dos usuários, servidores e gestores da saúde. Esse trio de protagonistas estão inseridos numa proposta política com princípios, diretrizes, metodologia, e dispositivos projetados para se articularem e construir, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2013).

A PNH, como a um eco do pensamento da Reforma Sanitária, ressoa em seus modus operandi as características que resguardam a saúde como direito como está também presente nos alicerces do SUS. Dissemina os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Identifica e inclui os protagonistas das ações de saúde com sua metodologia de tríplice inclusão assegurando dessa forma a participação popular e o controle social das ações em saúde entre usuários, servidores e gestores. Aponta a direção das ações em saúde sob orientações clínicas, éticas e políticas por diretrizes gerais traduzidas em novos arranjos de trabalho definidos por conceitos como: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários. E lidera atuando na transformação por meio de dispositivos que têm na apreciação e incentivo da produção de subjetividades o ponto nevrálgico para as atitudes inovadoras e renovadoras que se multiplicam como experiências de um SUS coletivo, humano e que dá certo (BRASIL, 2013).

A produção de subjetividade presente nos dispositivos da PNH, refere-se à atuação de sujeitos como protagonistas de processos de trabalho, numa perspectiva criativa e pluralizada do fazer, liderando ações e sendo participantes liderados de um projeto do fazer ético-estético-político. Por uma via de teorização psicanalítica, abandonaremos a dicotomia racional versus irracional, razão versus instinto, social versus individual e aportaremos no entendimento de um sujeito que se constitui a partir do outro, que é preponderantemente social e exterior a ele, que se imprime no seu contexto imediato e de interesse pela via absoluta do cuidado. É o inconsciente freudiano que descentra o humano de uma noção psicofilosófica calcada no consciente limitado que “desassujeita” o indivíduo dos seus desígnios. Sim, a noção de subjetividade é um sistema complexo e plurideterminado. É preciso ressaltar que esta definição de subjetividade supõe a capacidade de ser mediador e visualizador do futuro através de um ideal, ou seja, um ser criativo (GONZÁLES-REY, 2003).

A criatividade na humanização está relacionada à ampliação da comunicação entre sujeitos vinculados a uma gestão compartilhada na qual a indissociabilidade entre o pensar e o fazer em saúde é valorizada para alcançar a mudança das práticas de gestão e de atenção, evidenciando a contraposição que o paradigma ético-estético-político faz em relação ao paradigma científico. Associando essas três dimensões, a generalização das experiências humanizadoras são trocadas pela singularização através de um compromisso social e político ligado à realidade e operado a partir da escuta das singularidades dos sujeitos implícitos no processo de saúde (BRASIL, 2004).

Quanto às dimensões e seu *modus operandi*: a ética aposta na transformação que a escuta é capaz de provocar e, com isso, possibilitar a abertura necessária para a afirmação de outros modos de ser e viver; a estética aposta na criação de novos caminhos, formas de fazer, produzindo subjetividades e novas realidades, está conectada a um fluxo de criatividade contínua, em que a vida é compreendida como “obra de arte”; a política se vale da elaboração de um campo de intervenções para desatar os nós institucionais que anulam qualquer tentativa ou tentativa de democratização e coparticipação na gestão. É uma aposta no protagonismo dos diferentes sujeitos. A partir da tridimensionalidade desse paradigma, é possível perceber o peso da estética, implícita na produção de subjetividade, transversalizando nos três eixos na forma de criatividade que ao beirar um aparente exagero estético gera um posicionamento de contraposição à hegemonia do paradigma científico que domina a produção de conhecimento para formação em saúde (BRASIL, 2004).

Criatividade, inovação, transformação e arte são palavras-chave do universo estético presentes nos cursos de formação de apoiadores institucionais da PNHAG/SUS (2009) que buscam associar a formação e a intervenção concreta na problematização da realidade, com essas palavras é possível uma proposta de contraposição ao pensamento hegemônico científico experimentando novos modos de viver para transformar velhos modos de fazer, através de metodologias e processos fundamentados em conceitos e tecnologias da análise institucional e da gestão (BRASIL, 2006).

Além da atuação junto a coletivos, com o propósito de problematização e ações de incentivo de descoberta de realidades, a conjuntura que a formação-intervenção e o apoio institucional promovem é a de sempre apostar na reinvenção dos modos de pensar e fazer saúde, sinalizando um entendimento de um conceito de estética que seja desestabilizador do ordenado, do instituído parametrizado pelo pensamento hegemônico. Assim posicionado, pela estética desestabilizadora, tanto o apoio institucional quanto a formação-intervenção alinham-se ao paradigma ético-estético-político e tornam-se capazes de encarnar o pensamento contra-hegemônico nos modos de fazer e viver em saúde (VERDI *et al.*, 2015).

Há nisso um sujeito que atua como apoiador institucional, alicerçado pelas diretrizes e dispositivos que não têm a ação como fim, mas como meio de trocas/aprendizagens e transformações, convivendo esteticamente na formação-intervenção em meio à complexidade das nomenclaturas configuradas e esclarecidas que não são e/ou funcionam como mandamentos para a prática da desestabilização estética humanizadora da realidade problematizada. Daí, é tentador e quase impossível não querer afirmar que, somente com espírito artístico pode-se viver um mundo de destituição do instituído, que se pode

experimental o novo sem a referência norteadora do velho, que se pode desconstruir livre da promessa de uma futura reforma e que pode se caminhar sem o plano futuro de retornar ao mesmo. Apoiador, apoio e apoiado fundem-se e apoiando-se numa experiência estética que sai de um contexto vertical e, assim como o personagem das obras de Homero foi em busca do pai que era sua referência de humano, vai a horizontalização implicada numa proposta de comunicação inclusiva dos sujeitos e produtora de estranhamentos, angústias, desapegos, espantos, descobertas, desconstruções, desassossegos e ampliações (CAMPOS, 2002; PASCHE, 2009; SANTANA *et al.*, 2008).

É na implicação de tantos sentimentos e de um único sentido que a produção de subjetividade acontece e segue como a um pincel de um pintor cubista que pinta a forma sem se comprometer com a ‘fôrma’, porque a forma está nas ideias e a ‘fôrma’ é sempre o mesmo *modus operandi* que se estabeleceu e cristalizou. A formação a partir dos propósitos de intervenção, que se encanta com a forma, ‘trans-forma’ e permanece fora da ‘fôrma’, é espelho do que acontece nos diálogos de Sócrates com seus amigos no cárcere, escritos por seu discípulo Platão, é o movimento dialético que constrói adicionando a tudo com a ideia de todos sem esquivar-se da responsabilidade de evidenciação do propósito, que é sempre maior que a proposta do diálogo. A criatividade não está para a dialógica da permanência e persistência do instituído como proposta de poder, a produção de subjetividade com todos os seus movimentos de criatividade está conectada ao propósito, e como a uma tela artística cubista de extensão infinita, ela é pintada na forma tridimensional, num movimento estético-ético-político numa perspectiva horizontalizada (OS PENSADORES, 1975; HECKERT; NEVES, 2007).

Dessa forma, a estética se configura como uma zona fecunda do pensamento e postura horizontalizados, seja na manifestação da arte de viver outro mundo ou o fazer de outro modo e seja, também, pela dialética e reflexão. Parece ser na transversalidade, que a humanização tem suas maiores oportunidades sob uma configuração estética e horizontalizada, seguindo na arena “SUSista” das políticas de saúde sob o emaranhado de desafios extremamente delicados e decisivos como o da redução de ruídos na compreensão do próprio conceito por meio das ferramentas de comunicação. O apoio institucional e a formação-intervenção investem num esforço muito amplo para descrystalizar do cotidiano dos profissionais de saúde a impressão de senso comum de temas como criatividade, produção de subjetividade, roda de conversa, gestão compartilhada e tantos outros implicados em seus dispositivos. A prática dessa transversalidade promove o estranhamento pela ampliação do conceito, dispara ações crítico-

reflexivas provocativas e produz significados diversos e estéticos no cotidiano dos profissionais de saúde, e isso, por si só, se iguala a uma tríade (CAMPOS, 2000).

A tríade estético-ético-político, implicada nas diretrizes da PNHAG/SUS (2009), parece brilhar aos olhares verticalizados como a um pensamento ou posicionamento esvaziados de qualquer forma de produtividade, ainda que, cegados da autêntica e sagaz ironia presente no texto de Cervantes, essa tríade parece soar aos referidos olhares como a imagem da disparada dos cavaleiros avistados por Dom Quixote relatada a seu fiel escudeiro Sancho Pança:

Dom Quixote - Lá vão três cavaleiros em disparada.

Sancho Pança - Para onde?

Dom Quixote - Para o nada! (CARRASCO; CERVANTES, 2012, p.115)

Os termos ético e político portam certa familiaridade, por tratar-se de experiências cotidianas. Já a via por onde dispara o entendimento sobre o termo estético/a parece ser a aquela que conecta-o ao universo dos conceitos artísticos inalcançáveis e, nessa tela emoldurada, revela-se uma paisagem de fragilidade conceitual da tríade e, conseqüentemente, do conceito Humanização, parecendo estar, nisso, o motivo de muitos ruídos no cotidiano dos trabalhadores, usuários e gestores (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entendemos que há uma necessidade de olhar para o tripé estético-ético-político, e clarear o conceito de estética implicado nessa tríade da humanização reconhecendo sua autenticidade, pela legitimidade que porta como termo desestabilizador das realidades hegemônicas e por sua capacidade transformadora e reinventiva das relações, dos saberes e dos entendimentos no cotidiano dos profissionais da saúde. E que essa autenticidade observada possa soar como um eco do pensamento dos Sanitaristas dos anos de 1970 (WALDOW; BORGES; FIGUEIRÓ, 2011; DE PAULA SOUZA; MENDES, 2009).

1.2 Objetivo

Conhecer e analisar as publicações de enfermagem sobre humanização disponíveis na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, no período de 2010 a 2017, a partir de um diálogo crítico com a literatura atualizada sobre a PNHAG/SUS.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, focada na história da saúde brasileira, Sistema Único de Saúde e suas políticas e, detalhadamente, na Política Nacional de Humanização PNHAG/SUS (2009).

A pesquisa bibliográfica recorre a conteúdos já produzidos, em sua grande maioria, encontrados em livros e artigos científicos (GIL, 2010). Quanto ao estudo descritivo-exploratório, este tem seu foco no conhecimento daquilo que não consta em documentos, tais como aqueles que envolvem o comportamento humano; vida social, política e econômica, entre outras (CERVO; BERVIAN, 2002; SILVA, 2007).

A abordagem qualitativa nos parece coerente para trabalharmos com a temática humanização pois tal abordagem, segundo Minayo (2010), mostra-se pertinente ao estudo da cultura geral, das relações, das representações, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, se relacionam, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. A mesma se ocupa de um universo de significados, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que “não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis” (p. 74). Ainda, é preciso destacar que o método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

2.2 A metodologia da Pesquisa Bibliográfica

A Pesquisa Bibliográfica (PB) proposta por Gil (2010) distingue-se de uma revisão bibliográfica e ao mesmo tempo agrega vantagens que esse tipo de estudo requer para alcançar seus objetivos:

A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 2010, p.78).

A mesma é constituída de um processo organizado em nove (09) passos que servem para a clarificação das fontes de informações primárias em camadas e fases bem definidas, são eles: 1) escolha do tema; 2) levantamento bibliográfico preliminar; 3) formulação do problema; 4) elaboração do plano provisório de assunto; 5) busca das fontes; 6) leitura do material; 7) fichamento; 8) organização lógica do assunto; e 9) redação do texto.

Uma vez que a leitura na PB é um instrumento social, atividade sistemática, e deixa de ser uma habilidade singular, é preciso deixar registrado que o procedimento de leitura do material é o momento mais laborioso do processo da PB e se constitui de quatro (04) fases, a saber:

Leitura exploratória - Esta é uma leitura que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa. A leitura exploratória pode ser comparada à expedição de reconhecimento que fazem os exploradores de uma região desconhecida. É feita mediante o exame da folha de rosto, dos índices da bibliografia e das notas de rodapé. Também faz parte deste tipo de leitura o estudo da introdução, do prefácio (quando houver), das conclusões e mesmo das orelhas dos livros. Com esses elementos, é possível ter uma visão global da obra, bem como de sua utilidade para a pesquisa (GIL, 2010).

Leitura seletiva - Após a leitura exploratória, procede-se a sua seleção, ou seja, à determinação do material que de fato interessa à pesquisa. Para tanto, é necessário ter em mente os objetivos da pesquisa, de forma que se evite a leitura de textos que não contribuam para a solução do problema proposto. A leitura seletiva é mais profunda que a exploratória; todavia, não é definitiva. É possível que se volte ao mesmo material com propósitos diferentes. Isso porque a leitura de determinado texto pode conduzir a algumas indagações que, de certa forma, podem ser respondidas recorrendo-se a textos anteriormente vistos. Da mesma forma, é possível que determinado texto, eliminado como não pertinente, venha a ser objeto de leitura posterior, em decorrência de alterações dos propósitos do pesquisador (GIL, 2010).

Leitura analítica - A leitura analítica é feita com base nos textos selecionados. Embora possa ocorrer a necessidade de adição de novos textos e a supressão de outros tantos, a postura do pesquisador, nesta fase, deverá ser a de analisá-los como se fossem definitivos. A finalidade da leitura analítica é a de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa (GIL, 2010).

Leitura interpretativa - Esta constitui a última etapa do processo de leitura das fontes bibliográficas. Naturalmente, é a mais complexa, já que tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução. Na leitura interpretativa, procura-se conferir significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica. Enquanto nesta última, por mais bem elaborada que seja, o pesquisador fixa-se nos dados, na leitura interpretativa, vai além deles, mediante sua ligação com outros conhecimentos já obtidos (GIL, 2010).

Apesar de todo rigor implícito nos passos da PB, recomenda-se cautela quanto a subjetividade na fase de leitura e análise dos dados, além do risco de dados secundários terem sido coletados ou processados de forma equivocada. Estes são agravantes presentes quando se trata desse tipo de pesquisa e todas as vantagens anteriormente citadas são lançadas por terra como nos explica (Gil, 2010, p.101):

Essas vantagens da pesquisa bibliográfica têm, no entanto, uma contrapartida que pode comprometer em muito a qualidade da pesquisa. Muitas vezes, as fontes secundárias apresentam dados coletados ou processados de forma equivocada. Assim, um trabalho fundamentado nessas fontes tenderá a reproduzir ou mesmo a ampliar esses erros. Para reduzir essa possibilidade, convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-as cuidadosamente.

Tendo em vista o caminho metodológico proposto por Gil (2010), partimos para a coleta dos dados definindo critérios para a busca das informações.

2.3 A fonte de dados da pesquisa

A Base de Dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), mantida pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) foi a plataforma escolhida para as buscas, por apresentar características técnicas viáveis de operacionalmente e, também, estabilidade e clareza na sua configuração para a recuperação da informação. Ela conta com um comitê técnico-consultivo (CTC), instalado em abril de 2002, constituído por representantes do IBICT, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Educação (MEC) - representado pela Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Secretaria de Educação Superior (SESu), FINEP e das três universidades que participaram do grupo de trabalho e do projeto-piloto: a Universidade de São Paulo (USP), a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Dentre as atribuições do grupo, o CTC apoiou o desenvolvimento e aprovou o Padrão Brasileiro de Metadados para Teses e Dissertações (MTD-BR) (<http://bdtd.ibict.br>, 2017).

Essa Base de Dados permite o acesso através das seguintes guias interativas: título; editor; assunto; resumo português; resumo inglês; e autor. E dos operadores de entroncamento, conhecidos como booleanos: OR; AND; NOT. Além de ser programada numa lógica de computação chamada LINCE, que serve para resgatar informações que não estão na superfície da interface do usuário primário, e são acessíveis por comandos que somente usuários avançados de computadores dominam. A interface de usuário primário dessa base funciona efetivamente quando os comandos são aplicados para buscas gerais e filtros simples, como os que foram utilizados na primeira fase dessa busca.

Tendo reconhecido a performance da base de dados da BDTD, foi realizado um levantamento do estado da arte abordando a temática de humanização. Foram utilizados os assuntos: política nacional de humanização; PNHAG/SUS (2009); humanizasus; human*; enfermagem. Os filtros utilizados foram: dissertações de mestrado, pós-graduação em enfermagem, disponíveis on-line, no idioma português, universidades públicas, publicações dos últimos 07 anos (2010-2017). Essa busca resultou em 300 trabalhos que tiveram os seus resumos lidos e submetidos aos seguintes critérios: ter explícito o termo humanização no título; a relação do descritor humanização com os assuntos enfermagem e saúde; possuir abordagem qualitativa. Após passar pelos critérios propostos, ficaram 187 dissertações, que foram novamente submetidas a uma leitura seletiva com foco a detectar relações dessas publicações com as diretrizes da PNHAG/SUS. Disso resultaram 18 publicações que seguiram para a análise.

Vale ressaltar o esforço e energia investidos no acesso à base de dados, o planejamento e as investidas de buscas foram iniciados em 20/07/2017 e levou seis meses até seu último acesso, que aconteceu no dia 22 de fevereiro de 2018. Especificamente, a BDTD não é acessível por descritores, portanto, foi utilizado o campo “ASSUNTO” e os operadores de busca “AND”, “AND NOT” e “OR”, com a inteligência de busca baseada nos critérios definidos previamente. Na segunda etapa, com o procedimento manual de leitura e averiguação dos campos de informação dos trabalhos, que foi realizado em pares e finalizado

após a leitura dos resumos, finalizamos e confirmamos os trabalhos a serem lidos sistematicamente.

2.4 A produção e análise dos dados

Seguindo os preceitos presentes na metodologia da Pesquisa Bibliográfica e orientado a tratar os trabalhos selecionados quanto a sua caracterização e essência de conteúdo, seguiu-se à produção dos dados (coleta e análise), primeiramente, entendendo a organização e, depois, a essência da informação.

Em cada trabalho, foram aplicados, sistematicamente, os procedimentos da Pesquisa Bibliográfica conforme recomenda a metodologia. Ao aplicarmos o primeiro procedimento, Leitura Exploratória, ficaram claras as características dos trabalhos e suas estruturas. Dessa forma, respondemos nosso primeiro propósito por meio da coleta de dados, a descrição do objeto de investigação.

A partir do segundo procedimento, Leitura Seletiva, entramos em contato com o sentido da informação e seus significados, ao tratar os conteúdos de forma horizontalizada e não mais hierárquica, como apontados nos índices de cada trabalho, foram identificados assuntos que relacionavam as diretrizes da PNHAG/SUS de forma predominante no corpo do trabalho. Desse cenário foi possível a elaboração de um índice com temas e ideias centrais de cada trabalho, foi possível identificar e conectar conteúdos que respondiam ao objetivo da pesquisa. Esse conteúdo, que chamamos de novo índice temático, ficou concentrado em nove das dezoito (9/18) dissertações (Apêndice A).

Com esse novo índice organizado, foi aplicado o procedimento da Leitura Analítica, que culminou numa nova massa crítica dos trabalhos, agora, com visão horizontalizada, em que para alcançar a coesão temática devem-se operacionalizar os conteúdos como uma unidade única, navegando e aportando em pontos relevantes sem o compromisso ordinário do seu índice sumarizado, ou seja, ordenado verticalmente, deste, deve-se manter o sentido e significado dos temas para nortear a busca implícita.

E, por último, aplicou-se o procedimento da Leitura Interpretativa, confluindo leituras realizadas sobre a temática humanização com a massa crítica do procedimento anterior e, disso, resultou a síntese final da análise, que serviu para a categorização temática.

De posse da síntese final dos trabalhos e tendo em vista o objetivo deste estudo, foi possível configurar três categorias: **Cuidado Humanizado; Gestão do processo de trabalho; Condições de trabalho e a promoção da saúde do trabalhador.**

Apresentamos a seguir os resultados e discussões. Primeiramente, vamos mostrar as características das dissertações analisadas e, posteriormente, as categorias que explicitam as concepções e conhecimentos trabalhados nas investigações com a temática humanização.

3 ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

3.1 Caracterização das publicações analisadas

No estudo analisamos nove dissertações que apresentaram, de maneira geral, algumas características predominantes, ou seja, em sua maioria são pesquisas de campo; utilizam-se da abordagem qualitativa; com objetivos exploratórios e os apontamentos desenvolvem-se de forma descritiva; método indutivo e a autoria das investigações é exclusiva de enfermeiros.

Cabe ressaltar que a pesquisa aplicada é aquela orientada para uma aplicação prática e a abordagem qualitativa possibilita busca dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos participantes (MINAYO et al, 2010).

Em relação à autoria dos trabalhos encontrados, apesar de alguns dos programas de pós-graduação em enfermagem terem característica interdisciplinar e serem abertos para outros profissionais da área da saúde, os nove estudos analisados têm relação com os critérios de inclusão.

A seguir, apresentamos o delineamento do perfil das dissertações estudadas em relação: aos tipos de pesquisas; temas mais abordados; participantes das pesquisas; diretrizes da PNH/SUS presentes; locais em que as pesquisas foram desenvolvidas; instrumentos de coleta de dados.

Quanto aos tipos de pesquisas, cinco (56%) são do tipo descritivo-exploratória; uma (11%) pesquisa convergente assistencial (PCA); uma (11%) analítico-exploratória; uma (11%) pesquisa bibliográfica (análise de conceitos) e uma (11%) avaliativa, sendo todas desenvolvidas com abordagem qualitativa.

O desenvolvimento de pesquisas com abordagem qualitativa na área da saúde tem aumentado e tem se presenciado uma maior aceitação de publicações em revistas (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

No campo das Ciências da Saúde, houve aumento considerável de pesquisas qualitativas, fenômeno que não se restringe somente à produção de conhecimento brasileira, mas estende-se para outros países. A área da enfermagem, desde meados da década de 80, acompanha essa tendência no desenvolvimento de teses e dissertações de natureza que permite compreender o ser humano e sua complexidade, bem como o processo assistencial em saúde. No campo da saúde, a enfermagem foi pioneira nessa modalidade de estudos tornando-se, ao longo dos anos, importante referência nacional a diversas áreas (MEDEIROS, 2012).

Batista *et al.* (2016), ao mapearem e analisarem estudos qualitativos publicados em periódicos da área médica, no período de 2011-2015, constataram que as pesquisas na área com abordagem qualitativa apontam para relevante contribuição e avanço do conhecimento relacionado à formação de médicos e destacam a complexidade da abordagem qualitativa.

Em relação aos temas abordados, na maioria das dissertações, a Política Nacional de Humanização tem foco no trabalho (22%) e os outros temas envolvem a cogestão; cuidado; humanismo; acolhimento; parto; clínica compartilhada e atenção básica.

A PNH/SUS se expressa como política transversal que opera com um conjunto de princípios e diretrizes, tendo como objetivo alterar a maneira de trabalhar e interferir nos processos de trabalho no campo da saúde. Assim, a PNH dispõe de princípios norteadores: valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social, com caráter participativo; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde; valorização de ambiência com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2006).

Quando procuramos identificar as diretrizes da PNHAG/SUS presentes nas dissertações observamos que as diretrizes mais enfatizadas são: Trabalho (38%); Acolhimento (25%); Cuidado (25%) e Clínica Ampliada (13%). Destaca-se o trabalho como indissociável pensamento de transformação humanístico. Vale pontuar que as diretrizes são apontadas pela PNHAG/SUS como formas de fazer baseadas numa metodologia de inclusão dos agentes participantes da saúde, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010).

Para viabilização dos princípios, a PNH opera as seguintes diretrizes: acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores; projeto “Acolhendo familiares/Rede social participante”, visita aberta, direito de acompanhante; programa de formação em saúde e trabalho e comunidade ampliada de pesquisa; programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores; grupo de trabalho de humanização (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde lança algumas orientações para os serviços de saúde e reorienta o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde. Operando como o princípio da transversalidade a PNH utiliza-se de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. A Humanização como política perpassa todas as instâncias do SUS, propõe autonomia da administração da gestão da rede de serviços de maneira a fazer interagir os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais, ou seja, preparar as equipes de saúde. Possibilitando a criação de espaços de valorização do potencial inventivo dos trabalhadores, os trabalhadores são convocados a improvisar ações, pensar o melhor modo de trabalhar, maneira mais adequada de realizar o trabalho de forma a atender os diferentes contextos (BRASIL, 2008).

Em relação aos participantes das pesquisas verificou-se que os trabalhadores representam (44%); os usuários (22%) e os outros participantes foram gestores, estudantes entre outros. Cabe destacar que os enfermeiros trabalhadores são alvos na maioria das pesquisas determinando o tema trabalho e humanização.

No entendimento de Lakatos e Moroni (2010), para se definir um perfil participante de uma pesquisa é preciso fazer uma investigação prévia sobre as concepções e ideias de mundo desse participante, dessa forma é possível criar questionários e ou formular roteiros de entrevistas que vão ao encontro da sua linguagem e realidade de mundo. Ainda sobre os participantes das pesquisas, foi verificado que os enfermeiros, trabalhadores da saúde, são alvos na maioria das pesquisas determinando o tema trabalho relacionado com a humanização.

Quanto aos locais onde os estudos foram realizados o cenário hospitalar é predominante (56%), seguido de espaços de gestão municipal de saúde (33%) e outros (11%). Predominância possivelmente justificada por serem ambientes de tratamentos e ou cuidados intensivos, ou seja, locais de trabalho onde são notórios os pensamentos e ações biotecnistas e hospitalôcentricas, com necessidade de implementação das diretrizes da Política de Humanização.

O sistema de saúde no Brasil vem se transformando no que diz respeito a organização da assistência à saúde, apresentando mudanças legais, políticas e estruturais. O SUS fomentou a necessidade de se discutir a reorientação do modelo assistencial existente. Para tanto, faz-se necessário repensar sobre o uso de tecnologias do processo de trabalho, ora em

funcionamento nas instituições de saúde, de modo que se evidencie uso de tecnologias leves e leve-duras (MERHY, 2004).

O Programa de Saúde da Família promoveu ampliação do acesso e incorporação do acolhimento e humanização das práticas, no entanto, verifica-se persistência da centralidade do tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico, as dificuldades na implantação da integralidade e déficits na formação das equipes e nas condições e relações de trabalho. Embora existam propostas e políticas estruturantes de um modelo que avance em relação ao paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são grandes (FERTONANI et al., 2015).

O que observamos nas pesquisas que tratam do tema a partir dos colegiados, regiões e Diretorias Regionais de Saúde, é que estão ligadas ao desafio da participação/inclusão dos agentes de saúde na gestão, combate às formas de gerenciamento não verticalizadas e horizontalidade nas comunicações entre trabalhadores e gestores, esses locais ocupam um terço das pesquisas em humanização.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados utilizados nas dissertações estudadas foi possível perceber que a entrevista é o instrumento predominante (78%). A entrevista é instrumento muito utilizado nas pesquisas com abordagem qualitativa, podendo ser considerada como conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização podendo estabelecer condições em que o entrevistado/participante da pesquisa possa discorrer sobre o tema estudado (LUDKE; ANDRÉ, 2012; MINAYO, 2010)

4 TEMAS

4.1 Cuidado Humanizado

Reconhecido como diretriz e profundamente comprometido com a tríade ética/estética/política da PNHAG/SUS (2009), o acolhimento é uma diretriz que sugere a transformação da receptividade mecanizada dos locais de saúde em um atendimento sob a lógica da pluralidade e integralidade aos usuários, sem qualquer diferenciação ou restrição. A utilização do termo acolhimento, assim como humanização, tem sido carregada de alguns ruídos quanto à linguagem, ao significado e à comunicação no campo da saúde, ora se distancia, ora se aproxima das atribuições apontadas pela PNHAG/SUS (2009) em seus cadernos que tratam o termo acolhimento como o ato de receber, acolher, admitir, atender e amparar (BRASIL, 2010).

Nas dissertações analisadas, o termo acolhimento persegue as atribuições da PNHAG/SUS (2009) e, em muitas oportunidades, é utilizado como sinônimo das atribuições reconhecidas nos documentos da Política, comungando do desafio de superar o modelo médico biologicista: da recepção ao cuidado dos usuários.

Uma atribuição ao termo acolhimento verificada nos documentos da Política é a construção do vínculo por meio da comunicação não verbal no atendimento ao usuário. Nessa atribuição, o acolhimento é categorizado como uma diretriz de tecnologia do encontro. Quando elementos de comunicação são evidenciados no processo de cuidar, as formas de cuidado passam de unilaterais a relacionais, produzidas durante o encontro, entre profissional e usuário, com bagagens históricas e culturais distintas (WALDOW; FENSTERSEIFER, 2011). Nas dissertações, pudemos verificar fragmentos que mostram as aproximações do uso do termo ao que é proposto na PNHAG/SUS (2009), incluindo a comunicação verbal e a não verbal:

“[...] sendo toda informação obtida através de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo.....” (D03, p.73)

“[...] uma comunicação resolutiva, que atenda às necessidades das pessoas,...” (D07, p.112)

“[...] permitindo que o indivíduo expresse suas reais necessidades, seja de forma verbal ou não,....” (D09, p.19)

Os fragmentos acima permitem uma viagem breve, com paradas programadas nas ideias sobre comunicação de três pensadores das humanidades e suas tecnologias. A primeira parada é no pensamento de Silva (2010) que nos ensina que comunicação é aquilo que emitimos através dos nossos instrumentos de fala, escrita, canais e símbolos cotidianos e essa é caracterizada como verbal e a outra, não verbal, é emitida por gestos, posturas, olhares e um simples movimento sutil. A segunda parada é no pensamento humanístico de Freire (1996) que enfoca a comunicação como a arte de atender ao usuário e entender sua necessidade pelo esforço monumental do diálogo. E desembarcamos no pensamento de Matumoto (1998) que se refere à comunicação como uma ferramenta terapêutica que se utiliza da escuta atenta com o intuito de compreender a necessidade do sujeito.

Com base nas diferentes abordagens conceituais sobre comunicação, é possível notar semelhanças e diferenças nas reflexões dos autores que se debruçam sobre esse tema. Os autores citados dedicam a estudar a comunicação e concordam que ela é uma ferramenta para além da troca de informação, sendo construtora de vínculos. Assim, a comunicação e sua capacidade de geração de vínculos na hora do cuidado seria o maior exemplo de uma tecnologia do encontro. Incluindo os seus, digamos, subprodutos, como o diálogo, a escuta atenta, os gestos e as suas sutilezas.

Entretanto, não se pode deixar de registrar que Freire (1996) enfoca a comunicação em um contexto de formação, não abordando a comunicação como um processo separado da educação, uma vez que ela já alcançou um patamar de representatividade tão significativo em nosso contexto social, que não mais permite que os seus mecanismos não sejam utilizados para autonomia do sujeito, no momento da sua formação pedagógica.

Foram verificados também fragmentos carregados de imagens mentais que relatam o comportamento humano daqueles que necessitam do cuidado, ligando o acolhimento aos sentimentos básicos humanos.

“[...] aspectos emocionais próprios da maternidade; entre eles o desconforto, a insegurança e até mesmo o medo...” (D06 p.58)

“[...] medo da morte, de deixar os familiares, de dor, do pós-operatório, de incapacidades e sequelas...” (D03 p.104)

“[...] tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos...” (D02 p.36)

Os fragmentos acima leva-nos ao pensamento de Armelline e Luz (2003), que refere que uma das posturas mais nobres do ser humano é levar em conta os aspectos emocionais fragilizados que o outro traz em si, e disso o acolhimento deve ser portador. No pensamento de Pianucci (2002), cuidar é envolver-se a ponto de suprir o que há de mais básico no ser humano, inclusive, seus medos. Em Collet (2007), é feita referência à necessidade de termos comportamento distinto e fazer a diferença quando nos relacionamos com o próximo, humanizando nossos sentimentos para enxergarmos os sentimentos do outro.

No pensamento dos três autores a ideia de que ser humanizado é ser respeitoso e tratar com dignidade as fragilidades emocionais do outro é comungada. Dessa forma, a humanização e sua abordagem respeitosa no atendimento e cuidado, seria o maior exemplo de uma tecnologia de apoio ao ser, implicando em envolvimento, relacionamento e o tratamento digno.

Vale ressaltar a unanimidade do significado do conceito humanização entre os autores, todos apontam o respeito e tratamento com dignidade dos medos e da dor do outro, seja ela, emocional ou física como a efetivação do conceito humanização.

Apesar da referência aos sentimentos e da ideia de que considerá-los seja primordial ao cuidado humanizando, cabe considerar, mesmo que não focado nos trabalhos analisados, que os locais de cuidado de saúde são espaços de confluência das obrigações técnico-burocráticas automatizadas e urgentes que penetram na rotina diária com aspecto puramente normativo e bloqueiam a espontaneidade emotiva dos profissionais de saúde (GELBCKE et al, 2011).

A espiritualidade dos usuários da saúde é expressa em alguns momentos nas dissertações analisadas, e a diretriz acolhimento parece ganhar um ar de transcendentalidade. Esse Ar de transcendentalidade faz eco ao argumento de Salazar-Maya (2011) que define a espiritualidade como algo importante nos episódios cirúrgicos, nos quais o paciente, em forma de clamor, entrega a sua vida a um ser superior numa prece religiosa, pedindo proteção divina aos profissionais e a ele, também.

“[...] a ligação a um ser superior na entrega do seu corpo e seu ser a alguém que possa cuidar dele...” (D03, p.105)

“[...] é necessário que a cultura da parturiente seja respeitada, como sua fé e práticas de cuidado;.....”(D06, p.44)

“[...] humanização incorpora valores, esperanças, aspectos espirituais e culturais, e anseios de cada um....”(D05, p.18)

Os fragmentos acima convidam a dar um passeio em ideias que nos tirarão do núcleo duro institucionalizado das ações de saúde. Os próximos três autores farão paradas de cunho transcendental para demonstrar o pensamento que extrapola o fazer puramente técnico. Kruse (2010) resgata o entendimento que se tinha da enfermagem em seus primórdios, lembrando que conceitos como compaixão, benevolência e atenção ao espiritual eram entendidos como naturais. Charon (2010) comenta que o simbólico não deve ser desprezado na interação com outro e que a capacidade de respeitar o outro em sua fé passa pela atitude que engloba esse tipo de interação. Já a partir do pensamento de Oliveira (2008), entendemos que as atitudes que vão além daquelas praticadas mecanicamente são exatamente as portadoras de um preparo para além do que é técnico e nisso encontra-se a preocupação da própria instituição de seguir investindo nos trabalhadores como pessoas.

Os autores citados dedicam a estudar o simbólico no cotidiano dos profissionais e concordam que pelo caminho do simbólico o mecanicismo das ações pode vir a ser superado. Assim, as atitudes que levam em conta o simbólico são também aquelas que respeitam o paciente em sua globalidade; seria um expressivo exemplo de tecnologia dos sentidos, incluindo os seus, digamos, significados, espiritual, emocional, sentimental, ideológico, social e biológico.

Oliveira (2010) fala do social simbólico no cotidiano do profissional de saúde com um tom de reivindicação por mais investimento em recursos humanos, formação para a superação do mecanicismo que impregna os espaços e é oriundo do tecnicismo. O mesmo autor ainda explicita que não é uma condição especial de uns sobre os outros ser portador dessa prática social simbólica, e, uma vez que tendo a prática cunhada pelo social simbólico como algo agregador nos espaços de cuidado, não é admissível que continuemos ignorando o investimento na formação dos trabalhadores.

Interação e acolhimento, por meio da escuta sensível e atenta, são, pois, considerados nas dissertações como algo significativo. Na PNHAG/SUS (2009) encontramos a sugestão de compreender o acolhimento como uma tecnologia para intervir na escuta, na

produção do vínculo, para garantia do acesso aos serviços de saúde com resolutividade às demandas do usuário.

“[...] a escuta se mostra sensível e atenta ao que o usuário relata, atendendo às suas demandas....”(D03, p.105)

“[...] escutar atentamente suas demandas e tentar dar retorno positivo às suas necessidades...”(D08, p.103)

“[...]a intervenção da escuta ativa deve ser preconizada entre profissional e parturiente....”(D06, p.59).

Waldow (2011) comenta que a escuta atenta é uma ferramenta de comunicação que no ambiente do cuidado conflui com as práticas do cuidador, elevando-as ao patamar de uma relação tomada pela compreensão do sujeito e suas demandas. Deslande (2009) refere que a escuta é uma tecnologia da humanização comprometida com a felicidade humana. Para Lundgren (2007), a escuta é como uma intervenção que empodera o usuário revelando suas expectativas e sentimentos no ambiente saúde.

Os autores citados dedicam a estudar a escuta e concordam que ela é uma ferramenta para além da coleta de informações, implica em perspectiva compreensiva da situação do usuário. Assim, a comunicação e sua capacidade de compreensão, no momento do cuidado, seria um exemplo de uma tecnologia da empatia. Os autores dão ênfase a termos como a escuta sensível, escuta atenta, escuta compreensiva e escuta humanizada.

Vale destacar Deslande (2009) que se refere à escuta como um compromisso com a felicidade do outro; ela escapa ao jargão da literatura dura e nos apresenta uma proposta provocativa no espaço de saúde, no qual tudo parece concorrer para os sentimentos de desespero como meio e cura como finalização de um processo, uma vez que falar de felicidade no nosso contexto social é alavancar a necessidade de aquisição de coisas e auto afirmação de si sem levar em conta a vida. Incluir a felicidade como compromisso nas ações de saúde é inverter o eixo apontando para produção de vida.

Algumas dissertações analisadas trouxeram o modelo biologicista atrelado ao “acolhimento” implantado nas recepções dos locais de saúde, coadunando com a burocracia da instituição. Ao dissociar o acolhimento das variadas formas de ação humana e reconhecimento da dimensão subjetiva do usuário, os modelos tradicionais de recepção dos

locais de saúde não ultrapassam os limites técnico-operacionais de funções meramente programada (BREMER e VERDI, 2010). Assim, os trechos extraídos dos trabalhos analisados a seguir mostram o “acolhimento” nessa perspectiva limitada:

“[...] organização centrada na consulta médica que reduz a capacidade dos serviços e dos trabalhadores em fazer outras ofertas....”(D09, p.159)

“[...] acolhimento em curso, e o acesso dos usuários as unidade de saúde se configura nos moldes tradicionais”(D08, p.103)

“[...] ..criando ambiente acolhedor com rompimento do tradicional isolamento imposto a ela...”(D06, p.31)

Alguns autores podem ajudar a compreender nuances do pensamento hegemônico no campo da saúde e suas implicações nas relações com usuários. Malta e Santos (2004) afirmam que o pensamento hegemônico se arraigou de tal forma nas estruturas da saúde, fortalecendo-se das composições políticas e especializações técnicas, que é preciso a superação desse modelo para ver o projeto de radicalidade pela vida florescer nos espaços de saúde. O pensamento humanístico de Poli Neto (2012) enfoca a expansão da cobertura de programas de atenção à saúde com a filosofia do sistema hegemônico de atendimento e cuidado da população. Apesar de avançar territorialmente não desenvolve as horizontalizações propostas pelas políticas públicas.

Os autores citados se dedicam a estudar a humanização e a superação do pensamento hegemônico e concordam que ela é urgente para a definitiva consolidação dos princípios susistas. Assim, a superação do pensamento hegemônico e sua capacidade de transformação dos ambientes de atenção e cuidado, seria um belo exemplo de uma tecnologia da revolução, incluindo os seus sinônimos como mudança, reforma, ressignificação e transformação.

O tema cuidado humanizado se destaca nas dissertações conectado a assuntos diversos, com a preocupação do humanizar a relação do cuidar. Essa preocupação vem ao encontro do que relatam Barbosa e Silva (2007) sobre as formas de cuidar “humanizadamente”. Eles enfatizam o apoio incondicional à subjetividade e individualidade do usuário.

Em trechos encontrados nas publicações em análise neste estudo, podemos observar as características daquele que cuida de forma humanizada. Dentre elas, destacam-se a empatia, a

persistência, a resistência e a capacidade de reinvenção do trabalhador diante dos desafios do cotidiano.

“[...] cuidado humanizado envolve o acolhimento, a relação do vínculo, o processo de comunicação e o olhar holístico....”(D02, p.123)

“[...] sinais clínicos e intervenção, gerando o vínculo e a responsabilização pelo cuidado integral....”(D09, p.37)

“[...]cuidado humanizado realizado por profissionais sensíveis e disponíveis..”(D07, p.77)

Barbosa e Silva (2007) comentam que cuidar de forma humanizada é ser capaz de se colocar no lugar do outro, na fragilidade, no choro e com característica de ser resiliente para novas metas de vida. Para Souza (2003), o cuidado humanizado é também compromisso com a felicidade do outro e as variadas formas de afeto e beleza do mundo daquele que o pratica.

Os autores citados concordam que a humanização é uma postura que leva o profissional a praticar a empatia para além da troca de gentilezas, é comprometer-se com o sentir do outro. Assim, o cuidado humanizado e sua capacidade de interiorizar o outro, seria o maior exemplo de uma tecnologia da empatia, incluindo suas nuances, digamos, variantes, cuidado humano, cuidado interpessoal, cuidado integral e cuidado empático. O cuidado humanizado é também enfocado como sinônimo de cuidado integral, estando presente na política de humanização (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada como uma urgência das preconizações da PNH aparece nos trabalhos analisados, com foco na produção de saúde como um compromisso prático. O pensamento de SANTOS-FILHO (2007) reporta-se à reorganização dos processos de trabalho nos locais de saúde, com indispensáveis transformações nas relações envolvendo gestores, trabalhadores e usuários sem menosprezar a reforma nas formas de produção e prestação de serviços à população com o propósito de atingir a integralidade na atenção e gestão ofertada e praticada nesses locais, e reconhece nisso o que o Ministério da Saúde chama de clínica Ampliada.

“[...] Clínica Ampliada e Compartilhada, sugestões práticas de ações que consolidam a Humanização do SUS.....”(D07, p.76)

“[...] que a clínica ampliada é: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular,....”(D02, p.51)

“[...] é importante que outras ferramentas sejam utilizadas, sendo uma delas a clínica ampliada...”(D03, p.47)

A clínica ampliada reforça a ideia de corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de saúde - usuários, profissionais e gestores (BRASIL, 2009). Envolve ainda a aposta no sujeito e não na doença que ele porta, por meio da multiprofissionalização e da busca de saberes pela interdisciplinaridade e do reconhecimento da saúde como direito. A clínica ampliada implica na participação do sujeito na construção do projeto terapêutico e valorização de sua autonomia.

Nesse contexto, a clínica ampliada extrapola o cuidado individual e biologicista e é contra hegemônica. Entretanto, não se pode deixar de registrar que nessa abordagem de clínica ampliada, faz-se presente um contexto de radicalidade, uma vez que ela confronta diretamente o pensamento hegemônico que se encontra instalado na estrutura de saúde; não há como pensar em um formato mais ou menos ampliado do cuidado.

4.2 Gestão do processo de trabalho

A fim de evitar as condições desumanizadoras no trabalho de enfermagem, como descreve Campos e David (2011), é preciso desenvolver canais de negociação permanente entre trabalhadores e gestão local, incentivando a participação e representação do coletivo, incluindo, no mesmo ambiente, profissionais e sindicato, promovendo a ruptura dos modelos hegemônicos de gestão e trabalho.

Nas dissertações analisadas foi possível avistar elementos que seguem os princípios da PNHAG/SUS (2009), como a humanização do processo de trabalho, as condições de trabalho, valorização do trabalho e a motivação profissional dos enfermeiros.

O desafio da valorização do profissional de saúde se impôs junto às as estruturas do Ministério da Saúde que se dedicou a projetos de melhoria para atender ao profissional da saúde. Além do mais, estão presentes nos princípios diretivos da PNHAG/SUS (2009) o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização desses profissionais, no estímulo aos processos de educação permanente. (BRASIL, 2004).

“[...] os enfermeiros convivem com a desvalorização do seu processo de trabalho...”(D04, p.71)

“[...] valorização significa reconhecer as qualidades e méritos do indivíduo no desempenho de suas funções...”(D05, p.13)

“[...] e a baixa valorização profissional (salários, por exemplo)...”(D08, p.94)

Beserra e Prestes (2010) referem-se à importância de espaços de escuta dos profissionais para redução dos sofrimentos psíquicos provocados pelo ambiente de trabalho, sendo esse espaço agregador de humanização para esses trabalhadores. Waldow (2001) aponta que valorizar o trabalhador no processo de humanização abrange recursos físicos e humanos, envolvendo sua visão de mundo e de vida. Campos (2006) afirma que a valorização está ligada à recompensa financeira que o profissional recebe em relação ao serviço prestado, aliado ao seu contrato de responsabilidades.

Na perspectiva apontada por Campos (2006), a valorização profissional é uma devolutiva imediata sobre o esforço de fazer do outro, um retorno que pode gerar satisfação àquele que faz. Assim, a valorização profissional e sua capacidade de gerar satisfação pelo o que faz, seria o maior exemplo de uma tecnologia de auto realização, associando-se a reconhecimento, motivação, incentivo e recompensa.

Cabe salientar, como comentado anteriormente, que Campos et al(2006), abordam a valorização do trabalho e trabalhador com o imperativo categórico da sua satisfatória remuneração, compensação financeira. Para ele não é possível pensar em valorização e na atuação de alta performance sem discutir a remuneração, juntamente com um contrato esclarecido de suas responsabilidades

A verticalização nas relações de trabalho foi apontada em alguns trabalhos num tom de desaprovação do que se pratica nos locais de saúde. Em alguns locais, os recursos são escassos e muitas vezes inexistentes, a falta de estrutura e materiais é expressiva e a desatualização de recursos técnicos e humanos é tão gritante que leva ao fator desmotivação no ambiente de trabalho, gerando assim a desumanização como reconhece FONTANA (2010). Acrescente a todas essas dificuldades, o desprezo às formas de construção coletiva do trabalho, levando à dura realidade desses espaços de saúde, que já são precários, às conturbadas relações de trabalho (BRASIL, 2009).

“[...] as repercussões do sistema Taylor na organização científica do trabalho...”(D04, p.24)

“[...] o trabalhador não é ouvido, as decisões são impostas de cima para baixo...”(D05, p.82)

“[...] Sobrecarga de trabalho, recursos humanos insuficientes, desconhecimento, falta de capacitação...”(D08, p.87)

A valorização do trabalho do enfermeiro e o incentivo ao estabelecimento de vínculos solidários para a transformação do modelo gerencial de gestão são prerrogativas vivas na forma de diretriz na PNHAG/SUS (2009), para agregar valor ao fazer humano nos locais de saúde. A fim de evitar as condições desumanizadoras no trabalho de enfermagem, como descreve Campos e David (2011) é preciso desenvolver canais de negociação permanente entre trabalhadores e gestão local, incentivando a participação e representação do coletivo, incluindo, no mesmo ambiente, profissionais e sindicato promovendo a ruptura dos modelos hegemônicos de gestão e trabalho.

Nas dissertações analisadas foi possível avistar elementos que seguem os princípios da PNHAG/SUS (2009), como a humanização do processo de trabalho, as condições de trabalho, valorização do trabalho e a motivação profissional dos enfermeiros.

Sobre verticalização nas relações de trabalho Amestoy (2010) aponta que abusos de poder e conflitos constantes geram um ambiente e relações de trabalho hostis e nada saudáveis para o trabalhador. Silva (2006) relata sobre a importância de a gestão ouvir os trabalhadores para o cumprimento dos projetos que foram propostos e reaver estratégias e participação desses trabalhadores. E Rozendo (2003) fala que humanizar inclui o profissional, suas condições de trabalho, equipamentos e sua saúde física e psíquica no processo de trabalho.

Os apontamentos sobre a verticalização nas relações de trabalho alinham-se quando tratam-na como a um empecilho para o cumprimento dos princípios da PNHAG/SUS (2009), um obstáculo transversal. Assim, a verticalização nas relações de trabalho e sua capacidade de obstrução seria um dos entraves da PNHAG/SUS (2009), incluindo os seus, digamos, subprodutos, como o autoritarismo, a gerencialismo e a hegemonização.

Rozendo (2006) enfatiza a verticalização nas relações de trabalho com um tom de ceticismo na consolidação dos princípios da PNHAG/SUS (2009) e denuncia o contexto desumanizante que se encontram os trabalhadores que são a aposta para a Política de humanização se efetivar no sistema de saúde.

Os trabalhos trouxeram uma visão do fazer saúde num formato de trabalho coletivo, uma enfermagem pensada em equipe. Os próximos fragmentos ecoam a tese defendida por Merhy e Franco (2008) que defende o espaço de trabalho e a ideia de um trabalhador coletivo realizando o trabalho na saúde e aposta que esse é o objeto real na área da saúde. Pelo fato das múltiplas necessidades trazidas nas demandas dos usuários, é inimaginável pensar o trabalhador que dê conta de tudo sozinho.

“[...] essas ações devem ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde...”(D08, p;70)

“[...] cabe à equipe que acolhe a parturiente e seu acompanhante...”(D06, p.43)

Alguns autores que tecem considerações sobre as tecnologias leves podem trazer ideias importantes acerca do trabalho coletivo. Almeida e Mishima (2001) comentam que o trabalho em equipe aparece como caminho para a integração no trabalho, que se alcança com a formação continuada dos profissionais, no sentido de alcançar sua autonomia e capacidade inventiva, enfocando o cuidado como atitude. Fortuna (2005) refere que o trabalho em equipe é o responsável pela oferta de um atendimento e cuidado integral que conecta saberes especializados e saberes comuns para as demandas do dia a dia no local de saúde.

As autoras citadas dedicam a estudar a humanização e o trabalho em equipe e concordam que ele é uma atitude para além do cumprimento de tarefas; é uma atitude que leva à integralidade das formas de atender e cuidar. Dessa forma, o trabalho em equipe, e sua capacidade de integrar o atendimento e cuidado, seria um grande exemplo de uma tecnologia da integralidade, incluindo os seus, digamos, sinônimos, como trabalho colaborativo, trabalho coletivo, trabalho integral e trabalho em grupo.

Almeida e Mishima (2001) destacam ainda a ideia de um trabalho em equipe que amplie a horizontalidade e promova a flexibilidade dos diferentes poderes num contexto do cuidado. As autoras não veem a atenção básica sem um processo de interação social e distanciada do trabalho integrado. As mesmas autoras ainda comentam que uma vez que os

exemplos de uma integração no trabalho estão lançados, não podemos correr o risco de praticar uma atenção básica desumanizada, repetindo o que pode ter ocorrido em tempos que não existiam o SUS.

Cogestão e trabalho é ponto que insurge das dissertações como uma premissa urgente com um tom significativo no protagonismo. Nos fragmentos a seguir, a busca por um espaço ou território de atuação está implicada com a produção de saúde por profissionais e usuários que precisam ter voz e vez como prega a PNHAG/SUS (2009) ao se referir ao processo de gestão anti hegemônico, sugerindo, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a solidariedade pela produção de vínculos, o incentivo às redes de colaboração e participação popular (BRASIL, 2009).

“[...] a democratização nas formas de gestão pode contribuir para dirimir essas lacunas inerentes à questão da valorização no trabalho...”(D05, p.71)

“[...] as mudanças na gestão e na atenção resultam melhor quando são produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos...”(D04, p.13)

“[...] mecanização do trabalho, e do trabalhador, que é como um objeto executante de procedimentos e obediente a protocolos ...”(D01, p.28)

Para Peduzzi (1998), cogestão é a participação dos profissionais, desde o momento do planejamento até a ação, cumprindo um caminho de corresponsabilidade e presença em todo o processo, caracterizando um trabalho de equipe. Em Leopardi (1999), a natureza do trabalho não é unilateral, mas uma mútua transformação entre sujeito, objeto e ação envolvidos e, nessa complexa movimentação, o trabalhador coletiviza a individualidade e individualiza o coletivo por meio das relações que vai vivendo. Campos (2010) fala da racionalidade gerencial hegemônica como a um calabouço que encarcera o talento, a iniciativa, a inventividade e independência do fazer do profissional, acrescentando o trabalhador como um recurso para o projeto de tarefas a serem cumpridas e mais nada.

Os apontamentos sobre cogestão e trabalho demonstram que ela vem sendo sabotada pelo pensamento hegemônico do gerencialismo racionalista. De outra forma, a participação dos trabalhadores na gestão, desde o projeto até ação, seria um exemplo de uma tecnologia de equipe, incluindo os seus sinônimos, como o trabalho em equipe e gestão participativa.

Campos (2010) é combativo ao dizer de cogestão e trabalho em um contexto de confronto entre o gerencialismo racionalista e as novas formas de fazer, da ideia privada do lucro dando as cartas no espaço público político organizacional, impondo condições degradantes ao trabalhador e promovendo um contexto desumanizante ao usuário do Sistema de Saúde.

A relação entre trabalho e poder foi relatada e aparece nas dissertações com a pontual indicação das formas e forças autoritárias de liderança sobre as equipes de profissionais. Nos levantamentos feitos por CUNHA (2005) destacam-se a herança de autoritarismo militar que a enfermagem porta, quanto ao espaço e à relação usuário e profissional de saúde. O trabalhador de saúde, o médico, atua num território de empreendedorismo com possibilidades escancaradas de “privatizar” o uso do espaço público, sem o menor constrangimento de prestação de contas ao poder público. No que ele chama de “seus territórios privados de ação e o processo mais público”.

“[...] poder/saber na saúde, afirmar e ampliar sua capacidade no enfrentamento das verticalidades....”(D01, p.24)

“[...] as formas repressivas e autoritárias, veladas ou manifestadas abertamente que configuram o jogo político dos movimentos maiores....”(D05, p.88)

Sobre trabalho e poder, Pasche (2009) aponta que a racionalidade gerencial hegemônica tem uma lógica de poder que impactou o setor da saúde com suas ideias de linhas de produção desumanizante e alienadoras das práticas de saúde. Habermas (2007) valoriza e enfatiza que a discussão é uma arma poderosa no embate com o poder reinante e que é produtora de consensos que pode ser usada para gerar oportunidades que transformam atitudes.

Trabalho e poder, no pensamento dos autores citados, aponta que os serviços de saúde encontram-se envolvidos pelo pensamento antidemocrático e, dessa forma, “o projeto SUS” encontra-se no “CTI dos embates de ideias”. Assim, trabalho e poder que era para ser a democracia do fazer e da tecnologia do reinventar é, somente, um canal onde o trabalhador torna-se um missionário com tarefas técnicas a cumprir.

Pasche (2009) destaca que esse poder domina o trabalho e os meios de saúde como uma instância que se contrapõem a democracia institucional praticando contravenções que no longo prazo inviabilizarão o propósito do Sistema Único de Saúde.

A Educação Permanente é mencionada nas dissertações como algo a ser perseguido, mas principalmente como extensão do papel do líder do local de saúde. As falas de Poli Neto e Campos (2010) esclarecem que a liderança local deve se esforçar na busca de variadas formas de apoio aos liderados, incluindo as dimensões humana, emocional, institucional, motivacional e a educação permanente contribuindo para um clima de co responsabilidade, assim como facilitar a construção de clima de equipe e de colaboração entre os profissionais.

“[...] implantação dessa diretriz, em conformidade com a PNH, acompanhado de um processo contínuo de educação permanente.....”(D08, p.103)

“[...] A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional”(D09, p.38)

“[...] baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores....”(D05, p.29)

Tesser (2010) comenta que a educação permanente e formas de suporte humano ao trabalhador é um dos papéis que a liderança local deve se esforçar para buscar e fazer acontecer. Ceccin (2005) faz referência à confusão existente entre EPS e capacitação e aponta a primeira como a que pode educar para transformar contrapondo a segunda que serve para apenas acumular conhecimento. Para Carneiro (2008) a EPS é o resultado de uma Política de Saúde implantado pelo Ministério da Saúde voltada para os trabalhadores com intuito de transformar as relações de trabalho.

Os autores citados dedicam a estudar a EPS e concordam que ela é uma ferramenta para além da capacitação, é a fonte de transformação para lidar com a humanização nos espaços de saúde. Assim, a educação permanente se define com o papel de reeducar para a humanização. Tesser (2010) refere-se à educação permanente como uma diretriz a ser implantada seguindo os preceitos da PNHAG/SUS (2009), e isso não vem sendo cumprido devido à falta de investimentos ou cumprimento das Políticas de Saúde em prol do trabalhador, reinando a desinformação e falta de habilitação entre os profissionais, consequentemente contribuindo para a não consolidação do SUS.

4.3 Condições de trabalho e a promoção da saúde do trabalhador

A saúde do trabalhador foi outro tema tratado nos trabalhos analisados e seguiu o tom da exposição pautada numa filosofia de gestão verticalizadora. Nas sugestões de Backes et al (2007) encontramos alguns deveres de uma instituição de saúde pautados na forma de filosofia de gestão para prover um ambiente voltado para a promoção da dignidade dos trabalhadores, com estratégias que levem a tomar medidas que favoreçam a humanização do e no trabalho, estimulando abordagens construtivas para o trabalho e seus trabalhadores. Com foco na relação entre trabalhadores e gestão, a comunicação e a participação efetiva desses entre si e desses com os pacientes.

“[...] cumprimento das diretrizes que protegem os trabalhadores contra agravos à saúde e outros direitos,...”(D05, p.17)

“[...] a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores;
...”(D02, p.35)

“[...] ações de humanização voltadas às reais necessidades dos trabalhadores,...”(D04, p.03)

O pensamento de Silva (2009) demonstra uma medida de subtração no que tange à saúde do trabalhador por meio das novas formas de contratação do funcionalismo público, os novos contratados pelo regime CLT, que estão sem a cobertura de alguns benefícios em relação aos contratados pelo regime estatutário, e o efeito disso é a insegurança e a divisão entre a categoria. Já no pensamento de Pasche (2009) indica que importar-se com o trabalhador é colocá-lo no centro das decisões da unidade de saúde, promover sua valorização profissional e salarial, incluí-lo nos controles de risco e principalmente incentivar a sua produção de saúde. E no pensamento de Backes (2006) a humanização do e no trabalho deve ser provida pela instituição estimulando a comunicação e a relação entre gestão, trabalhadores e usuários, a isso ele denominou de filosofia voltada à vida e a dignidade do trabalhador.

Os autores citados dedicam a estudar a saúde do trabalhador e concordam que importar-se com a saúde do trabalhador, que está envolvido em produzir saúde, é dizer sim à

humanização, é confirmar o SUS. Assim, a promoção da saúde do trabalhador confirmada para os profissionais da saúde seria um exemplo de tecnologia da dignidade.

Entretanto, Silva (2009), ao falar de saúde do trabalhador aponta para um dos fenômenos que toma conta do setor da saúde: a terceirização da mão de obra e/ou formas diversas de contratação na saúde. Nessas modalidades, estão incluídas outras formas de abater, ainda mais, a condição de trabalho, benefícios e direitos que não agregam nada à qualidade de vida do trabalhador da saúde.

O tema desconforto e trabalho ganha destaque nos estudos analisados por enfatizar a precarização da estrutura para o trabalho e a não horizontalização dos espaços. Quanto à falta de estrutura e o acometimento de desconforto, encontramos na obra de Medeiros et al. (2010) uma referência que trata da necessidade de existir um espaço físico que não seja deficiente, ampliação ou readequação de estruturas existentes e até pontos de água potável para o binômio usuário-profissional. Soma-se a isso tudo, as zonas de conforto dos trabalhadores que, segundo a PNHAG/SUS (2009), diferem daqueles espaços relativos à segurança e prevenção de riscos. Essas áreas de conforto do trabalhador agregam à saúde do mesmo pois geram satisfação pelas vias do bem estar e da relação no local de trabalho.

“[...] Não se identificam momentos de descontração e relaxamento destinados ao trabalhador da saúde....”(D05, p.89)

“[...] somente com as enfermeiras coordenadoras, reluzindo uma organização mais taylorista e menos democrática...”(D09, p.159)

Esses fragmentos nos remetem ao pensamento de Arendt (2005) sobre conforto e trabalho como sendo uma desconexão entre a vida da produtividade em abundância, para atender uma sociedade de consumo e o lazer do trabalhador, no atual sistema econômico, ou seja, trata-se de dimensões que não se combinam. Pinto (2007) nos remete ao taylorismo no início do século XX que, com o intuito de aumentar o lucro a baixos custos, priorizou a criação dos cargos de gestão com ênfase em conhecimentos de gerência e planejamento para deixar o trabalhador fora do comando da produção e mantê-lo no trabalho que exige e consome suas forças para a execução.

Esses autores ao estudarem o tema humanização e trabalho apontam que ao trabalhador é permitido somente o tipo de trabalho que leva à exaustão e ao consumo do seu tempo de ócio. De outra forma, havendo tempo para o lazer do trabalhador e se seu trabalho

não fosse tratado como uma condenação de suas energias vitais, estaríamos diante de um expressivo exemplo de tecnologia do ócio.

Pinto (2007) comenta acerca do desconforto do trabalho no contexto da saúde conectando as ideias de sistemas de produtividade do início do século XX às formas hegemônicas de gestão atual no Sistema de Saúde. As semelhanças são gritantes pela mecanização e seriação a que os serviços e trabalhadores da saúde estão submetidos.

O grupo de trabalho de humanização (GTH) foi citado nos trabalhos em uma perspectiva transformadora da realidade dos locais de saúde. O GTH caminha com o propósito de emancipar as variadas abordagens de humanização na direção das preconizações da PNHAG/SUS (2009), pois em outros tempos a abordagem não institucionalizada e subjetiva reinava e a possibilidade de pertencimento circular de convivência e produção de ações humanizadoras nas relações interprofissionais e com usuários, a partir de saberes atualizados, eram remotas ou quase inexistentes (SOUZA e MENDES, 2009).

“[...] a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) que esteja ligado à comissão de humanização....”(D05, p.89)

“[...] HUSFP possui um Grupo de Trabalho de Humanização chamado “Movimento de Humanização” que atua em várias frentes...”(D04, p.30)

“[...] análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.....”(D08, p.26)

Em Brasil (2010) o GTH Grupo de Trabalho de humanização é enfocado como um dispositivo de intervenção da PNHAG/SUS (2009) para a melhoria das relações de trabalho e das relações entre trabalhadores e usuários de saúde incluindo gestão e infraestrutura. No pensamento de Benevides e Passos (2005), foi possível a capilaridade da Política por meio dos GTH's e Oficinas.

A temática grupo de trabalho da humanização por meio de seus pensadores comungam da ideia de que eles, GTH's, são primordiais para barrar o avanço das ideias verticalizadoras na saúde, constituindo um obstáculo para a plenitude do pensamento hegemônico na gestão. Assim, o grupo de trabalho de humanização, seria o maior exemplo de uma tecnologia da resistência. Incluindo os seus sinônimos, como grupo de conversa, grupo de discussão, grupo de apoio e grupo de transformação.

A inventividade no mundo da enfermagem foi evidenciada nas dissertações com o tema trabalho e criatividade. No local de saúde, os profissionais se deparam com suas rotinas burocráticas e desafios, que nem sempre chegam acompanhados de recursos ou insumos suficientes para dar cabo da demanda, e imbuídos de responsabilidade, tomam para si a atitude resoluta de atender às demandas geradas no espaço de trabalho (SOUZA et al, 2009).

“[...] Evidenciando a captura do “trabalho vivo em ato” pelo “trabalho morto”(D08, p.95)

“[...] ofusca o trabalho vivo, fonte de criação e de ineditismo para seu cotidiano....”(D09, p.159)

Nas falas de Merhy e Franco (2008) e Mishima (2003), conhecemos sobre a urgência que o trabalho em saúde tem em transferir a energia empregada na execução de procedimentos e tarefas em produção do Cuidado, ou seja, deixando para trás o papel de enfermeiro missionário para um enfermeiro inventivo e criativo. Nos dizeres de Backes (1996) entendemos que ele encara a criatividade como uma das características imperativas do profissional de saúde. Com ela as habilidades e as técnicas confluem e a produção do cuidado acontece. Já no pensamento de Verdi (2010) que detecta a criatividade como uma sensibilidade que transversaliza o ambiente dificultoso e desafiador da saúde, sustentando o fazer e a perseverança dos profissionais no enfrentamento do dia a dia na insistência de não se entregarem ao mecanicismo.

Os dizeres desses autores sobre o tema criatividade e trabalho enfatizam que a criatividade é crucial para a superação do mecanicismo na produção do cuidado. Assim, a criatividade no trabalho, com sua capacidade de superar conceitos e reinventar fazeres, seria uma tecnologia do paradigma, incluindo os seus sinônimos, como inventividade, mudança de paradigma, novas formas de fazer e o pensar fazendo.

Destaca-se ainda Mishima (2003) que enfoca a criatividade no trabalho como uma aliada para as transformações preconizadas nas diretrizes do SUS. Em suas discussões, a autora não a exprime como uma habilidade inata ou competência especial, mas como uma via para a prática do trabalho vivo em saúde, a produção do cuidado e, também, pensar o cuidado como atitude e não como um mero procedimento técnico, o trabalho morto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sobre a temática humanização originou-se de inquietações do autor, licenciado em Filosofia, quanto a ideia conceitual que repousava sobre a mesma. Pois bem, desenvolver essa pesquisa foi uma jornada de descobertas de novos conhecimentos para o autor com ampliação e contribuição de novos dados para a área de saúde. E não foram identificadas, nas publicações de enfermagem sobre a temática humanização após a implantação da PNHAG/SUS (2009), produções de cunho conceitual, filosófico, epistemológico e ou metafísico sobre a temática estudada. As produções estão enfocadas no compromisso ético político da Política, e carrega no centro das suas ideias de humanização a temática do trabalho e trabalhador nos locais de saúde.

O cuidado humanizado aparece como uma atividade central onde o trabalhador da saúde se dedica às variadas formas de acolhimento do usuário fazendo o uso de ferramentas de comunicação, tratando o usuário como um ser em complexidade cultural e emocional, respeitando suas opções religiosas, fazendo uma escuta próxima e sensível para o alcançar as demandas, ocupando-se do enfrentamento das posturas e visões biologicistas diante do quadro do paciente, gerando e mantendo o vínculo, apostando na clínica ampliada, inaugurando a corresponsabilização do cuidado na tríade profissional, gestão e paciente. Assim, percebemos a carga que está submetido o trabalhador no ensejo de fazer valer o seu compromisso com a Política, que apesar das condições a que está submetido não deixa de exercitar alguns dos pressupostos da PNHAG/SUS (2009) no seu local de trabalho.

Quanto às condições de trabalho dos profissionais de saúde e a valorização dos processos de trabalho, incluindo funções e atividades desenvolvidas, sofrem uma desvalorização significativa e são sentidos, no dia a dia. os formatos a favor da produção, as imposições, a sobrecarga de trabalho, o autoritarismo, a hierarquização pela via do saber e o descaso com a formação do pessoal. Isso sobressalta como fator de desmotivação para continuar na lida a favor do usuário e contraria diretamente as prerrogativas da PNHAG/SUS (2009) sobre a valorização no trabalho e do trabalhador.

A ambiência, infraestrutura e materiais, para o trabalho, trabalhador e usuário sofrem de precarização incidindo na forma de cuidar e na saúde do trabalhador. Os momentos de relaxamento, espaços coletivos de conforto ou de debates são inexistentes ou, quando existem, são ocupados pelas chefias sem a participação do trabalhador, essas situações são apontadas

como causadoras de doenças do trabalho e da má qualidade de atendimento e convivência no local de trabalho. Sendo assim, as publicações apontam que os trabalhadores e usuários necessitam de ações voltadas para suas necessidades sociais de saúde e de direitos.

A aposta na retomada da dignidade do trabalhador é apontada como algo possível, por meio dos Grupos de Trabalho de Humanização que têm credibilidade no meio trabalho. As temáticas que mais sobressaem são a prevalência da criatividade e *reinventividade* sobre o trabalho mecanizado, a reconstrução de relações de confiança entre as equipes e os serviços e o resgate do trabalho coletivo. Isso demonstra a busca por uma identidade de humanização pelos trabalhadores em consonância com as diretrizes da PNHAG/SUS (2009).

Como podemos perceber, a PNHAG/SUS (2009) está presente nas publicações de enfermagem não de forma superficial ou mesmo conceitual, mas, como o único canal que os trabalhadores no ambiente de trabalho recorrem para produzirem críticas reivindicatórias e possíveis transformações nas suas condições de trabalho, entendendo que também precisam ser humanizadas.

REFERÊNCIAS

- AMESTOY, S. C. et al. Liderança dialógica nas instituições hospitalares. *Rev. bras. enferm.* [online], v.63, n.5, p. 844-847, 2010.
- ARENDT, H. A condição humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2005.
- ARMELLINI, C. L.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 305-15, dez. 2003. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23513?locale=pt_BR>. Acesso em: 20 set. 2018. André Falcão et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.137-156.
- BACKES D.S., et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, RS, 2007, v. 28, n. 2, p.163-70, s/m, 2007.
- BACKES, LUNARDI FILHO. A Construção de um Processo Interdisciplinar de Humanização à Luz de Freire. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 3, p. 427-34. 2005.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. G. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Florianópolis, v. 60, n.5, p. 546-551. 2007.
- BARBOSA MA, Siqueira KM, Brasil VV, Bezerra ALQ. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. *R Enferm UERJ*. 2004 Jan-Abr; 12(1): 38-43.
- BATISTA, N.A.; REGIS, C.G.; SILVA, I.; BATISTA, S.H. A abordagem qualitativa na pesquisa em educação médica. In: 5º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA. ATAS, CIAIQ. V.2, p.912-920, 2016.
- BENEVIDES R, PASSOS. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9(17): 389-406.

BESERRA FM et al. Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral . Av. enferm, v. 28, n. 2, p. 31-39. 2010.

BRASIL, (2011). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:Princípios e Diretriz, Programas e Relatórios. Ministério da Saúde. Brasília, 2011, 80p.

BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. (Org. Ana Lucia Pereira et al). Textos Básicos de Saúde. 2004.

BRASIL. Decreto no 6.833, de 29 de abril de 2006. Institui o subsistema integrado de atenção a saúde do servidor público federal – SIASS e o comitê gestor de atenção a saúde do servidor. Brasília: Ministério do Planejamento, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Brasília, DF, 2004c. 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 256 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Trabalho e redes de saúde : valorização dos trabalhadores da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BREHMER, L.C.F. ; VERDI, M . Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3569-3578, 2010.

CAMPOS GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E, ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.229-66.

CARNEIRO, S.A.M. Política de atenção a saúde do servidor público federal no Brasil. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DO ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 13, 2008, Buenos Aires, Argentina. *Anais...* Buenos Aires, Argentina: FGV, 2008. P. 4-7.

CARRASCO; CERVANTES. *Dom Quixote*. São Paulo. Companhia das Letras, 2012.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento

veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Lat-Am. Enfermag., 13 (1): 105 – 111, 2005.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

CERVO, AR; BERVIAN, PA. Metodologia Científica. São Paulo: Prentice Hall; 2002

CHARON, J. M. Symbolic Interactionism: an Introduction, an Interpretation, an Integration. 10. ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

COLEÇÃO OS PENSADORES. São Paulo. Editora Abril, 1978.

COLLET, N; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. Rev Bras Enferm. Brasília, v.56, n.2, p.189-192, mar/abr, 2003. Disponível em: Acesso em: 17 mai., 2018.

DAMAS, Keyti Cristine Alves; MUNARI, Denize Bouttelet; SIQUEIRA, Karina Machado. CUIDANDO DO CUIDADOR: REFLEXÕES SOBRE O APRENDIZADO DESSA HABILIDADE. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 6, n. 2, dez. 2006. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/811>>. Acesso em: 17 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v6i2.811>.

DE CAMPOS, Francisco E; DE AGUIAR, Raphael Augusto T; DE OLIVEIRA, Vaneza B. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12 (I): 47-58, 2002.

DE PAULA SOUZA, Luiz Augusto; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNHAG/SUS), 2009.

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

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online].

Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev Enf UFPE on line*, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, maio 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev Enf UFPE on line*, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, maio 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5642>>. Acesso em: 20 set. 2018.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1878, 2015.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*., Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2023/2102>>. Acesso em: 02 out. 2018.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. Foco, v. 2, n. 2, p. 116-119. 2011.

GELBCKE, F. L. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. *Enfermagem em GONZÁLEZ- REY, FERNANDO. Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson, 2003.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa* - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2010.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de co-gestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, volume 20 (4), 2010.

HABERMAS, J. A Ética da discussão e a questão da verdade. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. (Col. Tópicos).

HECKERT ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Barros MEB, Motta R (org.) Trabalho em equipe. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ; 2007.

HOMERO. Editora Companhia das Letras. São Paulo, 2002.

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. Rev. Eletr. Enf, v. 11, n. 3, p. 494-500. 2009

KRUSE, M. H. L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. Rev. Eletr. Enf, v. 11, n. 3, p. 494-500. 2009.

LEOPARDI, M.T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: _____ (Org). O processo de trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, p. 71-81, 1999.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E D A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2010.

LUNDGREN, I.; BERG, M. Central concepts in the midwife–woman relationship. Scand J Caring Sci, Estocolmo, v. 21, n. 2, p. 220-228, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559441>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, p. 21-34, set/dez. 2000.

MALTA.D.C; MERHY, E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. Revista Mineira de Enfermagem. Vol 7. no1.jann/jul.2003.

MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. 1998. 226 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MEDEIROS, M. Pesquisas de abordagem qualitativa. Editorial. Rev. Eletrônica de Enfermagem [internet] 2012, abr/jun; 14(2): 224-5.

MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.427-32.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 408 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos básicos de saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Projeto de cooperação técnica: curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MISHIMA, S.M.; et al. Trabalhador de Saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação Gestor/Trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Organizado por André Falcão et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.137-156.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. bras. enferm. [online]. 2007, vol.60, n.4, pp.452-455.

ISSN 0034-7167.

NEVES. C.A.B.; HECKERT A.L.C. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ. Ano 10, No1. 2010.

NOTH, Winfried. O fundamento Estrutural do pensamento de Umberto Eco. *Galaxia* (São Paulo, Online), n. 32, p. 05-14, ago. 2016.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. *Rev Bras Enferm.*, v. 59, n. 1, p. 78-83. 2006.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, dez. 2008.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIVA, CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO; TEIXEIRA, LUIZ ANTONIO. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASCHE DF, PASSOS E. Cadernos Temáticos PNHAG/SUS: formação em humanização. In: Passos E (org.). *Cadernos HumanizaSUS - Volume 1: Formação e Intervenção - Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 5-10.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19, n. 4, p. 33-41, 2009.

PASCHE, F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de

mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface- Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.13, n.1, p. 701-708. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIANUCCI, A. Saber cuidar: procedimentos básicos em Enfermagem. São Paulo: Editora Senac, 2002.

PINTO. G.A. A organização do Trabalho no Século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo. 1 ed. São Paulo. Expressão Popular.2007.

PRESTES et al. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. Rev. Gaúcha Enferm, vol. 31, n. 4, p. 738-745. 2010.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem. Paraíba, v. 9, n. 1, p. 200-213. 2007.

RODRIGUES, PAULO HENRIQUE DE ALMEIDA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.37-59.

SALAZAR-MAYA, A. M. Cirugía: entre la angustia y la alegría a la vez. Achican. Chia, Colombia, v. 11, n. 2, p. 187-198. 2011.

SANTANA, Julio Cesar et al. Humanização do cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem. Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 1-10, dec. 2008. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5694/4914>>. Date accessed: 18 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v3i1a5694p1-10-2009>.

SARTRE, Jean Paul. O existencialismo é um humanismo. São Paulo: Abril cultural, p. 216, 1973. (Coleção Os Pensadores).

SILVA, AX. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117-146. ISBN 978-85-7879-193-3.

SILVA, M.J.P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

SILVA, N. M. Avaliação da capacidade para o trabalho do servidor público: um estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. Rev Latino-am Enfermagem. São Paulo, v. 11, n. 5, p. 567-573, 2003.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480.

SOUZA,D.O.; MAURÍCIO, J.C. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.2, p.495-505, 2018.

SPILLER, E.S. et al. Gestão dos Serviços de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. (Série Gestão em saúde)

TAKEMOTO MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2007.

TAQUETTE, S.R.; MINAYO, M.C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos

publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *PHYSIS. Rev. de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 26[2]: 417-434, 2016.

TEIXEIRA, CF., PAIM, JS., AND VILASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl. 3, p.3615-24, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

VERDI, MARTA; FINKLER, Mirelle; MATIAS, Maria Claudia Souza - A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014).

WALDOW, V. R. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2007. 190p.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F.. Cuidar e Humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WALDOW, V. R.; FENSTERSEIFER, M. Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 629-632, jul./set. 2011.

WALDOW, V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. 3. Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WATSON, J. Watson's Theory of Human caring and subjective living experiences: carative factor/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016. Acesso em: 27 set. 2018.

APÊNDICE A - FICHA BIBLIOGRÁFICA DAS DISSERTAÇÕES ANALISADAS

N	Título	Autoria	Área	Ano
D1	A Política Nacional de Humanização e Suas Diretrizes Acolhimento e Cogestão: A Perspectiva de Gestores Municipais de Saúde	Gabriela Alvarez Camacho	Enfermagem	2016
D2	O Cuidado Humanizado ao Recém-nascido Grave ou Potencialmente Grave: Percepções e Contribuições de Alguns Integrantes da Equipe de Enfermagem	Soraya Jeanine Ferreira Pereira	Enfermagem	2014
D3	O Acolhimento de Usuários no Centro Cirúrgico e a Humanização das Práticas Cotidianas do Cuidado de Enfermagem /	Mariana Nepomuceno Giron	Enfermagem	2013
D4	Percepção dos Enfermeiros sobre a Humanização do seu Processo de Trabalho.	Lucila Isabel Schwertner Sprandel	Enfermagem	2011
D5	Valorização do Servidor no Programa Nacional de Humanização: Estudo em um Hospital Universitário	Eunice Fernandes da Silva	Enfermagem	2010
D6	Ambiência para o Trabalho de Parto e Parto Normal Institucionalizado: Identificação do Conceito	Paula Faria Dias	Enfermagem	2017
D7	Avaliação Qualitativa da Atenção à Saúde na Perspectiva das Pessoas com Estoma Intestinal	Débora Poletto	Enfermagem	2011
D8	Acolhimento na Atenção Básica à Saúde na Perspectiva do Enfermeiro	Jarbas Ribeiro De Oliveira	Enfermagem	2013
D9	Acolhimento, Cogestão e Apoio Institucional: O Saber da Experiência	Mônica Vilchez da Silva	Enfermagem	2016