

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

JULIANA VALADÃO LEITE ARCHANJO

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
REAFIRMANDO OS PRINCÍPIOS DO SUS**

**VITÓRIA
2010**

JULIANA VALADÃO LEITE ARCHANJO

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
REAFIRMANDO OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a M^a Elizabeth Barros de Barros

**VITÓRIA
2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A669p Archanjo, Juliana Valadão Leite, 1972-
Política Nacional de Humanização : reafirmando os princípios do SUS / Juliana Valadão Leite Archanjo. – 2010.
238 f. : il.

Orientadora: Maria Elizabeth Barros de Barros.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Humanização na saúde. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil). I. Barros, Maria Elizabeth Barros de, 1951-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

JULIANA VALADÃO LEITE ARCHANJO

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
REAFIRMANDO OS PRINCÍPIOS DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área da Saúde.

Aprovada em 20 de agosto 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Elizabeth Barros de Barros (Orientadora)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL/UFES

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Coelho Heckert
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL/UFES

Prof. Dr. Eduardo Passos
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA/UFF

AGRADECIMENTOS

Nesta dissertação de mestrado, cada letra, palavra, parágrafo, capítulo (estação), têm um importante significado, sabor, aroma e, som, visto que foram escritos com a ajuda direta e indireta de muitos a quem gostaria de agradecer: PPGPSI - Programa de Pós-Graduação que viabilizou esta dissertação; FACITEC - Fundo de Apoio do Município de Vitória que financiou a bolsa de Mestrado; Professores do PPGPSI - que com carinho me acolheram no Programa; a Professora Beth Barros - que orientou com amor, energia e sabedoria este trabalho; a Professora Ana Heckert - membro interno da banca examinadora e co-orientadora, que foi presente no mestrado e em minha vida; ao Professor Eduardo Passos - membro externo da banca examinadora - que me propôs um desafio que só posso dizer: 'foi maravilhoso!'; aos Entrevistados - que enriqueceram esta dissertação com suas contribuições; aos amigos e consultores da PNH - que não entrevistei, mas que, também ajudaram com trocas de experiências; aos meus colegas de orientação - que muitas vezes leram meu trabalho, em nossas orientações coletivas; a Soninha - que secretaria o PPGPSI, enchendo o dia a dia dos alunos de alegria; aos meus amigos de viagem - que, para o Rio ou Maceio, foram incansáveis nos estudos, apresentação de trabalho e passeios; ao grupo 'giraia' - que me recebeu quando parecia um cachorro que caiu do caminhão de mudança; as amigas Jana e Mally - que são amigas; a todos - que me ajudaram a fazer desta viagem uma experiência de transformação; aos meus pais - que são minhas referências; a minha irmã - que está longe dos olhos, mas perto do coração e da correção; ao meu marido e filhos - que em tudo me ajudaram e a quem dedico esta dissertação

*Dedico este trabalho a minha família
(Luizinho, Renato e Julia), que soube
ser paciente nos momentos mais
difíceis desse caminho.*

RESUMO

Este estudo discute o tema da humanização na saúde. Tem como objetivo problematizar o sentido atribuído a esse conceito que pode ser tomado como conceito sintoma, que paralisa e idealiza o homem como ser bom e perfeito, e como conceito experiência, que se efetiva a partir do concreto das experiências dos estabelecimentos de saúde, coengendrando sujeitos e serviços. Para tanto, traz narrativas de experiências vividas por alguns dos formuladores da referida política, como coordenadores, consultores e profissionais que compunham o Gabinete da Secretaria Executiva na época da instituição da Política Nacional de Humanização do SUS do Ministério da Saúde. Destaca processos importantes na constituição de um outro humanismo e a constituição de uma política pública no campo da saúde. Apresenta, ainda, uma pesquisa realizada na internet entre os anos de 2003 a 2009, onde 90 trabalhos, entre artigos, pesquisas e eventos, foram catalogados, e tiveram o sentido do termo humanização analisados. De um total de 90 resultados levantados, destaca-se que 21 tomam a humanização das práticas em saúde como respeito à vida e melhoria das relações, atendimento e estrutura física dos serviços; 8 tratam o tema como melhoria e garantia de direitos das parturientes, 1 atrela a humanização em saúde como redução da medicalização e tempo de internação, 5 reforçam as bases humanistas do termo humanização, com destaque para importância de ser bondoso e tratar bem o usuário e 55 abordam o tema da humanização como proposta para um novo modo de produzir saúde, com destaque para a indissociabilidade entre atenção e gestão, em consonância com os princípios da Política Nacional de Humanização/MS. Finaliza destacando os desafios enfrentados na efetivação de uma política efetivamente pública no campo da saúde.

Palavras-chave: Humanização. Política pública.

RÉSUMÉ

Cet étude discute le thème de l'humanisation dans la santé. Il a pour but problématiser le sens attribué à ce concept, lequel peut être interprété comme un concept symptôme qui paralyse et idéalise l'homme comme un être bon et parfait, et aussi comme concept expérience, qui s'accomplit à partir de la concrétude des expériences des établissements de santé, coengendrant sujets et services. De ce fait, le travail présente les narratives des expériences vécues par quelques uns des promoteurs de la politique en question, comme coordinateurs, consultants et professionnels qui composaient le staff du Secrétariat Exécutif à l'époque de l'institution de la Politique Nationale d'Humanisation du SUS (Système Unique de Santé) du Ministère de la Santé. Le travail met en évidence des processus importants dans la constitution d'un autre humanisme et la constitution d'une politique publique dans le champ de la santé. Il est présenté, de plus, le résultat d'une recherche, réalisée sur internet entre les années 2003 à 2009, sur 90 travaux scientifiques dont articles, recherches et colloques, qui ont été catalogués et analysés à propos du sens attribué au terme humanisation. Considérant les 90 résultats prélevés, on observe que 21 considèrent l'humanisation des pratiques en santé comme respect à la vie et amélioration des relations, réception et structure physique des services; 8 envisagent le thème comme amélioration et garantie des droits des parturientes; 1 associe l'humanisation en santé à la réduction de la médicalisation et du temps d'hospitalisation; 5 renforcent les bases humanistes du terme humanisation mettant en évidence l'importance d'être bon et de bien traiter l'utilisateur et 55 abordent le thème de l'humanisation comme une proposition d'un nouveau modèle de production de santé, faisant ressortir l'indissociabilité entre attention et gestion, en consonance avec les principes de la Politique Nationale de l'Humanisation/MS. Finalement, le travail souligne les défis surmontés pour la concrétisation d'une politique effectivement publique dans le champ de la santé.

Mots-clés : Humanisation. Politique Publique.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome de deficiência Imunológica Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
ET – Extra Terrestre
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização do SUS
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INTO – Instituto Nacional de Trauma e Ortopedia
MS – Ministério da Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
ONG – Organização Não Governamental
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNH – Política Nacional de Humanização;
PNHAH – Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar;
POA – Planos Operativos Anuais
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
QUALISUS – Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS
SAS – Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SESAB – Secretária de Saúde do Estado da Bahia
SUS – Sistema Único de Saúde;
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

PREPARAÇÃO PARA A VIAGEM	11
“[...] OS BONS ENCONTROS GERAM MUDANÇAS, GERAM ALEGRIA, GERAM TRANSFORMAÇÃO [...]”.....	11
O DIÁRIO DE BORDO	14
“[...] DEPENDENDO DO QUE VOCÊ ESTIVER FAZENDO PODE HAVER OU NÃO INTERESSE EM ANALISAR ESTAS TÁBUAS QUE ESTÃO AO LADO DO EDIFÍCIO [...]”.....	14
VERÃO	19
1.1 “ENTÃO O PROBLEMA NÃO SÃO OS GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO [...]”.....	19
ESTAÇÃO PORTO	31
2.1 “É POSSÍVEL UTILIZAR ESSA POLÍTICA, ESSE TERMO HUMANIZAÇÃO, TÃO POLISSÊMICO [...]”.....	31
2.2 “FALTAVA ESSE MOLHO, TEMPERO QUE A HUMANIZAÇÃO VAI TRAZER”.....	38
ESTAÇÃO SÉ: UMA HISTÓRIA COM VÁRIOS SOTAQUES	60
3.1 HUMANIZAÇÃO: PROGRAMA E POLÍTICA.....	61
3.2 PROCESSOS COLETIVOS NA CONSTRUÇÃO DA PNH.....	66
3.3 MODULAÇÕES.....	77
3.4 PNH: UMA OBRA ABERTA.....	79
FAZENDO E DESFAZENDO AS MALAS	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICE – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO – 2003-2009	99
ANEXO – ENTREVISTAS	110

PREPARAÇÃO PARA A VIAGEM

“[...] OS BONS ENCONTROS GERAM MUDANÇAS, GERAM ALEGRIA, GERAM TRANSFORMAÇÃO [...]”

Esse título, assim como todos os outros, compõem as quase cento e trinta páginas dos “bons encontros”, produzidos nas entrevistas realizadas na pesquisa que aqui apresentamos. Encontros, que mudaram os rumos dessa dissertação, encontros, que geraram alegria e choro de emoção, encontros que transformaram modos de ver, sentir e apostar no HumanizaSUS/Política Nacional de Humanização do SUS (PNH).

Essa é a aposta, a aposta dos bons encontros! Foram onze entrevistados, mas incontáveis os que atravessaram essa experiência, constituindo-se como um plano coletivo, não nos importando as histórias individuais de cada um, os cargos que ocupavam (consultores ou coordenadores) ou ainda, o tempo que permaneceram, de algum modo, ligados à Política Nacional de Humanização, tema desta dissertação.

Em função de indicações, no momento da apresentação do projeto de qualificação, alguns nomes foram sugeridos, para narrar a história da Política Nacional de Humanização. Desses nomes, a partir dos primeiros contatos e entrevistas, outros foram citados e foi, em função das dificuldades e facilidades no processo, que as vozes e as entrevistas foram compondo com o trabalho.

Contudo, ao longo deste trabalho, não será mais possível identificar a história dos coordenadores, consultores e profissionais que compunham o Gabinete da Secretaria Executiva na época da instituição da Política de Humanização. A transcrição das falas, as indagações, inquietações e, críticas à formulação e experimentação dessa Política, estarão presentes durante todo o trabalho, como em um diálogo com muitos sotaques.

Cada entrevista tem uma particularidade e cada encontro, momentos que nos tocaram de diferentes modos e por diferentes motivos. Falava-se de vivências, afetos mobilizados, dúvidas, incertezas, um efetivo processo de construção coletiva como se espera da construção de uma política pública.

A cada encontro, sentíamos no corpo, as vibrações e emoções daquelas conversas: “Então eu me emociono em falar disso até hoje, porque acho que a gente estava sendo muito coerente com o que estava pensando em propor, executando isso com muita dificuldade” (S8).¹

O que inicialmente tínhamos como proposta para o trabalho, o “fazer entrevista”, definido talvez até por vício acadêmico, não se constituiu como tal. Nos encontros mundos e sujeitos foram se co-engendrando. Com Larrosa (2003, p. 212-213), podemos dizer que, quando entramos em conversa nunca se sabe aonde vamos chegar:

[...] uma conversa não é algo que se faça, mas algo que se entra [...] e, ao entrar nela, pode-se ir aonde não havia sido previsto [...] e essa é a maravilha da conversa [...] que, nela pode-se chegar e dizer o que não queria dizer, o que não sabia dizer, o que não poderia dizer [...]. E, mais ainda, o valor de uma conversa não está no fato de que ao final se chegue ou não a um acordo [...] pelo contrário, uma conversa está cheia de diferenças e a arte da conversa consiste em sustentar a tensão entre as diferenças [...] mantendo-as e não as dissolvendo [...] e mantendo também as dúvidas, as perplexidades, as interrogações [...] e isso é o que faz interessante [...] por isso, em uma conversa não existe nunca a última palavra [...] por isso, uma conversa pode manter as diferenças até o final, porém cada vez mais afinadas, mais sensíveis, mais conscientes de si mesmas [...] por isso, uma conversa não termina, simplesmente se interrompe [...] e muda para outra coisa.

Assim, este trabalho está permeado de afetos e bons encontros que marcaram não só, o período da pesquisa de campo (entrevistas/conversas), como também as aulas, orientações, encontros com os alunos e professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI), e em especial o encontro de uma professora-aluna com uma aluna-professora que ampliou territórios existenciais, e que não podemos deixar de narrar.

Trabalhava como professora de Francês na “Aliança Francesa de Vitória” e também estudava Psicologia em uma faculdade particular nessa mesma cidade. O encontro com a Psicologia nos trouxe o que Espinosa (2002) chama de “potência de agir”,² Logo, não se separava em nós a estudante, a professora, a mulher e a mãe.

No curso de Francês é comum termos muitos alunos da área da psicologia, mas um corpo em especial, cuja relação se compôs com a nossa, gerou um bom encontro. O

¹ As falas dos sujeitos da pesquisa serão referidas, doravante, com a nomenclatura S1 a S11.

² Conceito Spinosano que trata do que nos abre o poder de afetar e ser afetado pelos movimentos do viver.

encontro de uma professora de francês/aluna da psicologia, com uma professora de psicologia/aluna de Francês.

Estávamos sempre atentas a uma pronuncia correta do idioma e uso adequado das concordâncias e conjugações verbais, bem como, a tudo o que era enunciado. Os horários das aulas eram os mais diferentes possíveis, e geralmente elas aconteciam no horário de almoço ou logo após. Essas aulas se tornaram momentos preciosos e todo tipo de assunto era discutido. Ouvíamos falar de autores ainda desconhecidos, como Yves Clot, e para que a discussão não terminasse ali, ganhei alguns livros.

A aluna/professora concluiu o período de estudos previsto, foi para França fazer seu pós-doutorado, enquanto a professora aluna terminava sua graduação em Psicologia. No entanto, apesar de encerrados ciclos de estudo, a intensidade desses encontros, propiciou a parceria deste trabalho de dissertação onde a Professora de Francês é orientanda do Mestrado em Psicologia Institucional e, a Aluna de Francês, a orientadora/professora e então coordenadora deste Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional.

As inflexões produzidas vão se misturando e nos dão a certeza de que as forças mobilizadas e a potência desses encontros, não se encerram ao final de cada entrevista, de cada aula, de cada orientação, do período contratado de aulas, nem da história entre a professora-aluna e a aluna professora, pois não falamos de momentos, mas de caminhos.

Desse modo, apresentamos a você, leitor, uma dissertação entremeada por diferentes sotaques (falas dos entrevistados), experiências e tempos (não na perspectiva cronológica, mas das intensidades). O nosso objeto de estudo é a Política Nacional de Humanização, e dentro desse campo, o limite foi o ilimitado. Junto com os entrevistados narraremos momentos e processos importantes da constituição dessa Política, das lutas para que essa se efetive como uma política pública e, de críticas e tensionamentos para que ela não se engesse dentro da máquina do Estado.

O DIÁRIO DE BORDO

“[...] DEPENDENDO DO QUE VOCÊ ESTIVER FAZENDO PODE HAVER OU NÃO INTERESSE EM ANALISAR ESTAS TÁBUAS QUE ESTÃO AO LADO DO EDIFÍCIO [...]”

Na experimentação desta dissertação temos como “edifício” a Política Nacional de Humanização e por todos os planos (ao lado, acima, abaixo, dentro, fora) os formuladores dessa Política: consultores, coordenadores, orientadores, orientando, vivências.

Contudo, “Quando já não nos contentamos com a mera representação do objeto, quando apostamos que todo conhecimento é uma transformação da realidade , o processo de pesquisar ganha uma complexidade que nos obriga a forçar os limites de nossos procedimentos metodológicos” (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 30).

Desse modo, o caminho seguido é o da composição de forças, cruzamentos e narrativas do acompanhamento dos processos vividos, orientados por pistas do método Cartográfico³.

A cada conversa reafirmava-se o modo de fazer PNH e no plano das intensidades vivemos todo tipo de encontros. Algumas conversas assépticas em repartições públicas e em meio a telefones tocando e pessoas falando, outras entre intervalos de mesas redondas, no segundo Seminário Nacional de Humanização em Brasília, e até mesmo em nossa própria residência via skype/internet.

Um dia, pegamos o avião bem cedo, com destino ao Rio de Janeiro, onde o entrevistado, também vindo de outro estado do Brasil nos encontraria às 10h30 na Fiocruz. Tinha anotado todos os endereços para, na chegada ao Rio, me dirigir ao local sem dificuldades, com segurança e rapidez. No entanto, ao sair da área de desembarque, me deparei com o entrevistado a minha espera e a entrevista já começava ali. Ele sorriu, me abraçou e disse: “– *Pelo horário que marcamos a entrevista imaginei que você chegaria neste vôo das 9h30 e resolvi esperar para irmos juntos*”.

³ “A cartografia como método de pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas nem com objetivos previamente estabelecidos (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 17)”.

As viagens, mais do que “entrevistas”, nos conectaram com seus cotidianos e vidas. Em um único dia, conversamos com três pessoas. Agendas apertadas e imprevistos: a primeira conversa foi realizada dentro do carro e, passado um tempo, que não sentimos passar, seguimos nesse mesmo carro de “carona” com o entrevistado até a próxima história no próprio prédio do Ministério da Saúde e, no final da tarde, até o local de trabalho de um outro entrevistado.

Terminada a última entrevista do dia, estávamos tomados por uma emoção muito forte e ao encontrar a professora, amiga e orientadora desse trabalho choramos muito. A intensidade do que foi vivido por cada um daqueles que construiu a PNH tomou também meu corpo.

“É, foi uma coisa que marcou naquele momento! Talvez até, eu não tenha muita dimensão disso, quando seis anos depois aparece uma garota que quer me entrevistar sobre este momento inaugural, eu fico pensando... permanece essa questão de que aquilo foi significativo, para mim tinha sido significativo demais, mas era para mim existencialmente, para essas pessoas elas disseram que sim também, vários dos participantes verbalizaram, nunca aconteceu isso na nossa vida dentro do Ministério, então teve esse lado que parece que foi verdadeiro, a sensação minha é de ser verdadeiro [...]” (S8).

Outra viagem, cidade desconhecida, mais duas entrevistas e um pôr do sol avermelhado nos acompanha na volta para casa. Que aeroporto longe! E que generosidade em me oferecer um transporte até lá! A ida até a cidade de Campinas foi também um momento de vivência de outros espaços acadêmicos e de possibilidade de estar em uma grande universidade como a Unicamp, território nunca antes visitado.

Como já dito, foram diferentes lugares e encontros. Em algumas conversas o próprio entrevistado se oferecia para segurar o gravador, em outra fizemos quase que malabarismo para acompanhar o entrevistado que sugeriu irmos caminhando e conversando. E noutra, como o movimento e burburinho da grande praça do espaço do Seminário Nacional podiam gerar interferências, o entrevistado sugeriu uma sala para não sermos interrompidos e podermos conversar com calma.

De pé ou sentados, ao lado ou frente a frente, pessoalmente ou via internet por meio da ferramenta skype, o que realmente importava é que nada importava. E não estamos falando de ausência de objetivo porque sabíamos bem o que buscávamos: “estar com”.

Porém, habitar esses novos territórios e “estar com”, por vezes nos atordoava e na primeira conversa realizada via skype o registro não foi feito. Ansiedade?! Emoção?! Quase colocamos a família para fora de casa para não haver interferências na gravação. Por duas vezes verificamos se o gravador estava ligado, mas ao final da conversa descobrimos que esse estava desligado.

As durezas que por vezes os métodos nos impõem nos paralisaram, e em um primeiro momento não sabíamos o que fazer, mas indagamos: que tipo de pesquisa estamos propondo? Seria esse um analisador?

Se guiados por um certo rigor da academia, aquela entrevista estava perdida. Entretanto, ela já fazia parte desta dissertação, e passados alguns meses voltei a fazer contato com a entrevistada pedindo para gravar uma “outra conversa”, **e que conversa!**

“Pra mim fica a esperança de que ela se transforme, mas que ela permaneça que ela se diferencie, mas que ela se repita, e ficam muitos desafios para serem pensados. Eu agora estando aqui em Moçambique, vejo o quanto que nós avançamos, o quanto que nós inovamos, o quanto que nós..., nossa é uma coisa impressionante, o que a política produziu no pouco tempo. É uma política muito nenenzinha, muito novinha e já produziu pelo menos uma movimentação social, uma movimentação política. Eu acho que ela aqueceu novamente a militância no SUS, ela aqueceu a militância pelas políticas públicas ela ocupou o lugar que estava muito vazio na política pública de saúde” (S10).

Enfim, todas essas entrevistas comporiam apenas um capítulo desta dissertação, “sobre” a história da Política de Humanização. Contudo, como já afirmado, essa não era mais uma pesquisa “sobre”, mas uma pesquisa “com”, e é com essa aposta que convidamos os entrevistados a compor uma escrita coletiva.

Logo, não cabe mais apresentar nessa dissertação, o formato tradicional deste tipo de trabalho acadêmico, com introdução, capítulos e considerações finais. Apostamos em um modo de fazer permeado por intensidades, e deste modo iniciamos com a **Preparação para a viagem**, onde apresentamos alguns encontros essenciais para produção dessa dissertação, bem como pistas do que esta leitura reserva.

Os registros dessa viagem poderão ser acompanhados no **Diário de bordo**, onde neste momento nos encontramos e onde nossas implicações precisam ser analisadas.

Falar de viagem é falar de um destino, contudo, nesta dissertação, nossas conversas não nos levam a um destino ou outro mas, a estações e mais estações. Estações que podem ser rodoviárias, ferroviárias, climáticas, e foram definidas a partir das impressões da viagem.

No **Verão** discutiremos a experiência vivenciada em um hospital, durante um estágio de formação de um curso de pós graduação *lato senso* em Psicologia hospitalar. Apontar nessa experiência as dificuldades e limitações encontradas, constituiu-se em um modo profícuo de pensar as lacunas que ainda nos separam de um sistema de saúde de qualidade e resolutivo.

Na **Estação Porto** faremos duas paradas. Discutiremos o que se entende por humanização e os diferentes sentidos desse termo, que veremos, não é exclusivo do campo da saúde, bem como, a influência da idéia de “homem ideal” e bom, do humanismo, nas práticas ditas humanizantes.

E ainda com o objetivo de contribuir para essa discussão, apresentaremos uma pesquisa realizada, por meio da internet, sobre o modo como tem sido usado e entendido o termo **humanização** na área da saúde, entre os anos de 2003 e 2009.

Chegando na **Estação Sé** os vários sotaques se encontram, e das conversas destacaremos trechos que nos mobilizaram, agrupados em quatro eixos: Humanização: programa e política, Processos coletivos na construção da PNH, modulações e PNH: uma obra aberta.

Nesses eixos, os entrevistados abordam diferentes questões que a eles também mobilizam e com isso poderemos conhecer um pouco dos movimentos e processos, narrados por aqueles que vivenciaram esses momentos de constituição desta Política.

Fazendo e desfazendo as malas, outro momento. Uma dissertação de mestrado é finalizada mas, outros processos já estão em curso. Apresentaremos então, a nossa entrada como “Supervisora de Humanização” em um Hospital público do Estado do Espírito Santo, onde desafios nos são colocados.

Desse modo, não pretendemos encerrar a discussão no campo da saúde, em torno da Política Nacional de Humanização e da defesa do SUS. Indagações e desafios nos acompanham até as próximas estações, ainda não avistadas.

VERÃO

1.1 “ENTÃO O PROBLEMA NÃO SÃO OS GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO [...]”

A temática da humanização na saúde tem sido muito discutida, assim como também, privilegiada em “Planejamentos estratégicos” e “Planos Operativos Anuais – (POA)”, desenvolvidos por instituições de saúde, e/ou em documentos de certificação hospitalar, como é o caso da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (2009) que:

[...] é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado [...] tem um caráter eminentemente educativo, voltado para melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Os hospitais ao se certificarem, são orientados para cumprir uma série de requisitos em relação à humanização, como: a existência de um Programa de Humanização, de grupo de voluntários para desenvolver suas atividades, comemoração de datas especiais, garantia de visita aberta, dentre outros.

Observamos que em diferentes hospitais no Estado do ES, estejam eles participando ou não de um processo de Acreditação, ao se pensar o tema humanização, uma das primeiras ações propostas é a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

O GTH é um dispositivo ofertado pela Política Nacional de Humanização, com objetivo de fomentar um espaço coletivo, onde a palavra possa circular lateralmente e onde se possa levantar e discutir pontos críticos do processo de trabalho, promover trabalhos em equipe multi e interprofissional, difundir os princípios norteadores da PNH, dentre outros.

Contudo o GTH não foi criado com essa Política. Na época do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), anterior a PNH e já extinto, a implantação do GTH era uma das principais ações por ele proposta, ficando então a humanização muito atrelada a criação desses grupos nos hospitais. Sobre a temática dos GTHs:

*“[...] fiz uma pesquisa, que foi um dos meus produtos como consultor, em 2006, que eu investiguei uns 80 GTHs de hospitais no Rio Grande do Sul. No Rio Grande do Sul, eles criaram uma política toda criada com comitês regionais, portarias coisa e tal, GTHs nos hospitais e tinha lá na página da Secretaria de Estado as realizações dos GTHs. Quando eu olho, o que é que eu vejo lá: **um deles tinha colocado em discussão processo de trabalho**, todos os outros GTHs, eram GTHs, que Gastão vai cunhar essa expressão, ‘GTH de festa’ (dia da mulher, dia do enfermeiro, do médico, do trabalhador). Muitos GTH em hospitais filantrópicos, sendo estruturas de captação de recurso na comunidade, fazendo quermesse, bingo. Então os GTH são capturados por uma lógica que não problematiza, e aí eu acho que é o perigo da humanização, que é quando ela perde sua radicalidade, ela cumpre um papel funcional, numa disfunção do sistema de saúde . Então esse hospital que continua sendo autoritário, que tem gestão financeira ‘caixa preta’, que não tem processo de gestão que toma o tema do trabalho como uma preocupação, que não tem visita aberta, esse hospital agora tem um GTH e no seu rótulo: é humanizado” (S4).*

Esse depoimento nos ajuda a colocar em análise o modo como alguns hospitais têm tomado a criação dos GTH, as indicações da ONA e de outros órgãos que por vezes acabam atrelando a humanização, a ações assistencialistas dentro dos serviços. Entretanto a PNH não pactua com essa proposta aposta de GTH, como afirmado a seguir:

“Então, quando a Política vem com outra radicalidade, ela vem com radicalidade, mas, ‘– olha esse GTH não nos interessa não’, GTH tem que ser um dispositivo de transversalização, portanto de acionamento de processo de comunicação, entre áreas, entre setores, pra problematizar, modos de cuidar e modos de gerir. Aí, obviamente que tem resistências, porque esse GTH sai de foco. Em muitos lugares, tudo que o GTH pode fazer é comemorar o dia da mulher, talvez isso seja uma agenda muito importante e talvez a possível. Agora, transformar essa agenda, como agenda do SUS, como política pública, ela não se sustenta”. (S4)

Esse depoimento nos parece importante no contexto deste trabalho, visto que, por ocasião de um Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar, tive a oportunidade de estagiar em um hospital particular, situado em um dos municípios

da região da Grande Vitória no ES, onde a proposta de intervenção era justamente de discutir a humanização no hospital e criar um GTH.

Nesse hospital, a encomenda era formar um GTH, como uma das ações da humanização, cumprindo assim alguns requisitos da Acreditação. Entretanto a medida que a intervenção foi se dando nos deparamos com uma situação segundo a qual a formação de um Grupo de Humanização apenas reforçaria mais uma das ações verticalizadoras dos gestores, devido ao modo “cumpra-se” como eram conduzidas as ações.

Nesse processo, entendíamos que o GTH implantado dessa forma reforçaria os modos e práticas já instituídas de poder no hospital. Entretanto, a criação do GTH poderia também ser um dos primeiros movimentos de abertura para uma forma de comunicação mais lateralizada. Era preciso ficar atenta aos efeitos produzidos pela implantação desse dispositivo.

Muitas das análises que aqui trazemos, foram elaboradas somente após o término desse estágio e nos acompanha ainda hoje na escrita desta dissertação. Militantes em defesa da vida, nos apaixonamos pela proposta do HumanizaSUS e vimos nessa uma pista importante para reafirmar os princípios do SUS.

Na medida em que me deparava com o adoecimento dos trabalhadores, o alto índice de rotatividade dos funcionários e, ausência de espaço para um outro modo de comunicação entre os grupos, que aumentasse o grau de transversalidade⁴ naquela instituição, temia que a criação de um GTH, não conseguisse acionar mudanças nos processos de trabalho e operaria como um “GTH de festa” como dito em um dos depoimentos *“um GTH capturado por uma lógica que não problematiza”*.

“Então o problema não são os Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), o problema não é ter a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), propondo GTH. O problema talvez estava situado em que forma, sobre o modo de funcionamento desses GTH”.

⁴ De acordo com Guattari (1977), a transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os **diferentes níveis** e, sobretudo nos **diferentes sentidos**. (grifo nosso)

“Pensar a PNH a partir de princípios, método que a caracteriza como um certo modo de fazer, como lidar com os problemas, não é achar solução para os problemas, mas é como a gente lida com os problemas para construção de soluções. E, orientações éticas e políticas, que são as diretrizes da política, que vão se modificando um pouco, mas que permanecem com mesmo estatuto que tinha até então, para depois pensar dispositivos, determinados instrumentos de intervenção” (S4).

Essa vivência no hospital mais do que uma intervenção no estabelecimento, foi uma intervenção em nós, que nos convocou a buscar o espaço do mestrado pra discutir e escrever sobre humanização. Logo, esta tarefa tem a marca de nossas implicações⁵ e dos impasses que em alguns momentos pendiam a discussão do tema para uma super valorização dessa política.

Contudo, sua potência está exatamente em análises que a façam bifurcar. E, é preciso analisá-la conforme nos indica a fala que se segue:

“E você re-encanta as pessoas e ativa. Porque a humanização é extremamente interessante e a gente tem paixão por isso, a gente acredita na Política de Humanização, porque a gente apostou. E hoje esta política é uma outra, e não é outra por uma modulação, que essa política já passou por várias, é uma outra porque eu acho que hoje a gente fala mais da política, do que ela de verdade se efetiva como a gente fala” (S3).

“[...] A minha questão do re-encantamento é o seguinte, onde essa política passa, ela ativa nas pessoas: desejo, tesão. Como é que você vai ativar e depois explicar que o ‘Ministrinho’ da saúde, ele defende fundação. Esse cara não faz aposta nenhuma na humanização, quer trabalho da humanização, em vários lugares mas não quer mandar dinheiro, inviabiliza, deixa um secretário da SAS (Secretária de Atenção à Saúde) inviabilizar contrato, viagem, possibilidades de sobrevivência da PNH. Então, como é que eu vou para os lugares, re-encanto, falo de apoio institucional?. Uma política, acho que está muito mais hoje no tesão de muitos de nós, do que efetivamente numa certa linha de apoio, de algum grupo dentro do Ministério da Saúde” (S3).

⁵ Segundo Lourau (2004, p.133) a implicação “[...] requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não-saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição”.

“Então, eu acho que manter a política hoje, eu acho, como está sendo a gestão hoje, e aí esse é o perigo, porque rapidamente a máquina estatal já sacou que a humanização mobiliza. Então, re-encanta, re-encanta, e enquanto você re-encanta, eles ficam lá dizendo que é possível, discute processos de trabalho, e eu não faço carreira suja, não contrato ninguém, eu continuo precarizando, eu viro e volto a procurar a fundação [...] Qual é o perigo? Que você re-encanta, e a humanização acaba virando aquele negócio, palavra bonita, bacana, vamos lá! (S3).

Na experiência, de estágio no hospital, percebemos haver na condução das ações de humanização, uma tendência a intervenções com foco para a melhoria das condições do atendimento aos pacientes.

Durante uma hora e com a frequência de duas vezes por semana, funcionava um projeto de humanização da ambiência por meio de uma apresentação musical, em que um músico tocava violão no saguão de entrada do Hospital. A proposta era elogiada pelos pacientes que aguardavam a internação, seus acompanhantes e familiares que aguardavam para a visita na UTI.

Os trabalhadores também conseguiam ouvir a música, quando passavam pelas “recepções” dos andares. No entanto de acordo com depoimento de alguns deles a música era muito boa e fazia bem ouvi-la, porém era preciso fazê-lo escondido, pois não podiam ser vistos nesses espaços “à toa”.

Percebemos que a atividade proporcionava momentos de certa tranquilidade e pausa dos “problemas” do cotidiano do trabalho. Entretanto, por ter seu foco voltado exclusivamente para os usuários, acabava reforçando a idéia de que no hospital a humanização estava voltada apenas para os pacientes (preocupação dos trabalhadores verbalizada em vários momentos de conversa com os mesmos).

Nessa rotina inexistia a análise dos processos de trabalho e momentos que poderiam ser tomados como de valorização do trabalho e do trabalhador eram vistos como “estar à toa”, em uma percepção que reforça a idéia de culpa e responsabilização do trabalhador pelas mazelas vividas, desconsiderando o modo como está organizado o trabalho.

Contudo, é importante destacar que alguns desses trabalhadores, gestores da sua atividade, formulavam estratégias para usufruir da música, que consistiam em reservar esses momentos do dia para ir ao banheiro e encher suas garrafas de água (locais próximos a um vão central de onde era possível apreciar a música).

Apesar dos modos enrijecidos da organização do trabalho, era possível criar outros modos de lidar com esse trabalho para não adoecer, e isto é fazer gestão. Segundo Schwartz (apud BARROS, 2002, p. 86) “[...] gestão é uma questão própria dos humanos e está presente onde há variabilidade, imprevisibilidade, enfim, onde for necessário colocar alguma coisa em funcionamento sem recorrer a formas estereotipadas/padronizadas”.

Assim, trabalho é gestão e co-gestão, as tentativas de limitação dessa potência de criar e reinventar o cotidiano, o processo de trabalho, é que produz o adoecimento. Para tanto é imprescindível ao pensar ações de humanização, incluir não apenas os **usuários**, mas também os **trabalhadores** – gestores do seu trabalho, e os **gestores** – trabalhadores em cargos de gestão (também gestores do seu trabalho).

No caso apresentado, não haviam espaços de diálogo que possibilitasse aos trabalhadores falar do seu processo de trabalho e analisar o modo de organização desse serviço.

Segundo Santos-Filho; Barros e Gomes (2009, p. 605): “[...] os processos de trabalho são processos de produção de sujeitos, uma vez que homem e mundo não são realidades já dadas, constituídas a priori, logo processo de trabalho é processo de constituição de sujeitos”.

Considerando a afirmação dos autores, espaços de fala, onde a palavra possa circular lateralmente sem coação e privilégios hierárquicos, são importantes quando a proposta é produção de saúde e produção de sujeitos. O trabalho do ponto de vista da atividade inclui normas, procedimentos rígidos, prescrições, o que não é suficiente. Os humanos não suportam viver no prescrito. No dizer de Schwartz (apud BARROS, 2002, p. 86), “[...] viver no prescrito é invivível”.

No Hospital a ação, conhecida e divulgada, como de abertura ao diálogo (também tida como de humanização), chamava-se “Café com o Diretor”. Uma vez por mês,

os funcionários que desejassem, se inscreveriam para participar de um café da manhã, onde o Diretor responderia a perguntas feitas pelos trabalhadores.

Para participar, o trabalhador deveria se inscrever no Setor de Recursos Humanos, e previamente dizer qual era a sua questão. Ao saber da existência do programa, quisemos fazer nossa inscrição, mas a data do próximo encontro, ainda não havia sido definida, fato que perdurou durante os seis meses seguintes em que se deu o estágio.

Qual o sentido de humanização materializado nesse hospital? Havia efetivamente abertura para fazer circular a palavra e afirmar o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão?

Apesar da aparente tentativa de controle da atividade, devido a prévia avaliação das perguntas, que seriam feitas ao diretor, para se certificarem de que determinados assuntos não fossem abordados, nos chamou atenção o fato de só ter havido um (1) café da manhã com o diretor.

Assim, a atividade que seria usada para transversalizar, não aconteceu devido ao autoritarismo que definiu, que naquele momento de implantação de novos processos e Acreditação hospitalar, a abertura à comunicação não era uma prioridade.

A fala que se segue nos ajuda a pensar essa questão:

“E aí era um trabalho mesmo de intervenção institucional onde se discutia lei. E não estavam entendendo nada, o quê é que um maqueiro está fazendo aqui? Imagina os ‘medicão’ de branco, maqueiro, e um porteiro?! Então a gente foi trabalhando muito isso, e o interessante é que o maqueiro do Hospital Geral de Bonsucesso era um fenômeno. Primeiro que ele sabia tudo, a gente fazia as vezes alguma questão, o pessoal perguntava e ele dizia: ‘- eu sei! Sabe porque que eu sei? Porque eu ando nesse hospital inteiro. Olha só, outro dia eu fui lá e perguntei como é que funcionava e o pessoal lá me disse que o procedimento é esse doutor, vou ensinar para o senhor”(S3).

Então o desafio da transversalidade e da condução de trabalhos segundo a diretriz da co-gestão, não é exclusivo dos hospitais e serviços do SUS. É preciso atentar para esta questão também dentro da sede do Ministério da Saúde, conforme a fala:

“O Ministério da Saúde hoje tem uma gestão na SAS, que ela não tem nenhuma perspectiva co-gestionário. Tem um secretário que despacha com departamentos, com diretores vez por outra, então em praticamente 1 ano, eu conversei com Senhor Secretário 1 vez, e nesse período não houve nenhuma reunião, não é então pelo fato de ter o cargo que você participa, quando não há perspectiva de co-gestão [...]. G. à época, na Secretaria Executiva, incluía os diretores e coordenadores, formava uma Grande equipe, umas 20 a 30 pessoas que compunham o primeiro time, de pensar as políticas como um todo” (S4).

Como orientação teórica para elaboração da proposta do estágio, recebemos dois documentos: a Cartilha do GTH da Política Nacional de Humanização e o documento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com as orientações para criação de um GTH. Com base nessas leituras traçamos nossa primeira estratégia de intervenção no hospital, que consistia em conhecer a rotina da instituição e vivenciar o seu cotidiano.

Apesar de não estarmos totalmente familiarizados com o referencial teórico da PNH, sabíamos que o sentido dado ao termo humanização não era tomado por essa política como “humano bom”, mas uma aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão e, abertura do grau de comunicação.

Desse modo, em nossas primeiras semanas, de andanças e conversas no hospital, experimentamos com os trabalhadores parte de suas tensões, carga excessiva de trabalho e queixas de falta de cuidado com os mesmos. E, por meio de um levantamento realizado junto ao setor de Recursos Humanos, vimos que esses processos eram mais evidentes, nos setores da enfermagem, higienização e atendimento.

Nesses, o índice de rotatividade estava alto e o número de admissões não conseguia superar o número de demissões, fato que resultava em aumento de carga de trabalho para equipe, devido ao desfalque de pessoal, agravado ainda

pelo grande número de pedidos de afastamento do trabalho, conforme quadro a seguir:

AÇÕES \ MÊS	JANEIRO	FEVEREIRO
ADMISSÃO	08	10
DEMISSÃO	12	12
ATESTADOS	48	125

Traçamos como estratégia, a promoção de encontros com cada um desses setores separadamente e, em um segundo momento, novos encontros misturando os trabalhadores de diferentes setores em um mesmo grupo. Fizemos uma dinâmica para discutir a importância da comunicação nos grupos e entre grupos e, usamos também esse espaço, como uma primeira aproximação com a Política de Humanização no Hospital.

O enfoque principal da nossa intervenção foi o da humanização como aumento do grau de transversalidade. Contudo, na medida em que começamos a mobilizar e fazer conversar alguns grupos, o modo verticalizado de funcionamento de processos em curso no hospital bloqueou algumas de nossas ações.

Por ocasião do encontro com o grupo de enfermagem, a gerente do setor nos solicitou que usássemos a sua sala, por ser próxima ao posto de atendimento caso houvesse alguma chamada urgente. No instante do início da atividade, a gerente disse que não poderia ficar e com isso não entrou na roda de conversa. Entretanto, a mesma acabou não saindo da sala, ficando durante todo o encontro ouvindo de sua mesa a conversa do grupo.

No segundo encontro com a outra parte da equipe de enfermagem, ao chegarmos na sala, a mesma estava trancada, não conseguimos localizar a gerente no hospital e os trabalhadores disseram que não haviam sido avisados.

Como operar nos serviços frente a um modo de gerir que reforça a separação entre atenção e gestão? Como fazer funcionar o GTH no Hospital? E para que fazer funcionar esse GTH?

Em meio a muitas experimentações para criar espaços de conversas com os trabalhadores, fomos chamados para uma reunião com a psicóloga do RH. Após algumas horas de conversa ficou decidido que aquele não era o melhor momento para insistir na criação de um GTH no Hospital.

O índice de rotatividade estava altíssimo, estava em contratação uma nova gerente para assumir o setor da enfermagem (a atual ia passar a se dedicar a outro projeto), a visita da equipe de Acreditação da ONA aconteceria em 1 ou 2 meses, todos estavam muito envolvidos e, por tudo isso, não tinham mais tempo em suas agendas para falar de humanização.

Um dia ao chegarmos ao hospital fomos surpreendidos com o pedido de um funcionário do hospital: “– *eu ia pedir pra você não vir hoje, mas como você já está aqui queria pedir que hoje não ficasse andando pelo hospital*”. Tal pedido se deu em razão da visita da equipe de avaliação da ONA ao Hospital.

As horas naquela manhã passavam e, fechada na sala de treinamento, indagava como se sentiam os trabalhadores frente a essas visitas de avaliação. Eu poderia não circular pelo Hospital naquela manhã, mas e os trabalhadores, que tipo de pedido havia sido feito a eles? Seria possível falar das dificuldades ou era um faz de conta? E a humanização, suas ações iam colocar em questão os processos de trabalho ou o foco seria a promoção de ações assistencialistas?

Os trabalhadores estavam sempre muito atarefados, os coordenadores e gerentes de área em reunião, e com isso experimentamos diferentes estratégias de aproximação com todos. Realizamos alguns encontros com os trabalhadores do setor de enfermagem, higienização e atendimento; intervenções de integração de novos trabalhadores em seus setores de trabalho e; montamos um projeto para divulgar os princípios da humanização entre os trabalhadores.

Nesse último projeto, que seria um início da divulgação da humanização para formação do GTH, não conseguimos colocar em prática nenhuma das ações, ora porque não podíamos colocar “cartaz” nos quadros de aviso, ou não podíamos usar as cores da PNH, porque tudo tinha que acompanhar o padrão do hospital.

Criar um GTH de forma burocrática parecia fácil e desde a nossa primeira semana no hospital poderia ter sido possível fazê-lo. No entanto para que serviria esse GTH? Que questões seriam discutidas nesse grupo? Haveria uma avaliação prévia como na ação do “Café Com o Diretor”?

Não éramos favoráveis à criação de um GTH, sem que antes houvesse uma ampla discussão sobre o tema da humanização, e o que era o GTH como dispositivo de fomento de ações de mudança. Por isso concordamos em suspender a atividade do estágio, até que algumas questões mais críticas, apontadas pelo RH como dificultadoras da intervenção, fossem definidas, dentre elas: a rotatividade e contratação de trabalhadores e, cumprimento das metas e mudanças exigidas para Acreditação.

A experiência deste estágio chamou nossa atenção para o que indicava a Política Nacional de Humanização do SUS que o Ministério da Saúde vinha formulando.

Com isso não queremos criar culpados ou demonizar o Hospital, seus gestores ou a ONA, mas colocar em questão essa experiência de modo que ela nos ajude a pensar caminhos para uma humanização, que se efetive no concreto do dia a dia dos trabalhadores do SUS.

Nesse sentido então, é importante destacar a importância de fomentar práticas que valorizam o processo coletivo, a formação de rede, e a discussão dos processos de trabalho, como podemos ver nesse trabalho de intervenção nos hospitais do Rio de Janeiro:

“E aí, a idéia então foi que nesse trabalho, a R. me pede que eu monte o apoio institucional no Andaraí. E eu e o A., inicialmente, ele ainda estava na política, fomos lá. Fizemos uma série de conversas, ficamos assustados com uns certos avisos que a gente teve quando foi lá, do tipo, tem gente que mexe muito aqui, morre. Era uma situação assim de uma irritação! As pessoas não conseguiam mais conversar, elas já se agrediam, elas saiam no tapa, você tinha que entrar no meio, olha, mais um grau de violência institucional que era uma coisa assim”.

“E aí, nós começamos a tentar mexer naquilo, as pessoas não iam, marcavam e não iam, faziam reuniões ia um, ia dois e o outro não foi. [...] e de vez em quando a

gente sacava o seguinte, que era uma coisa assim: ‘– vamos ver até aonde vocês vão, se vocês querem de verdade, que a gente não agüenta mais apostar e depois levar lambada’.

“Já tinham uma experiência do QUALISUS, o hospital que não teve mudança, não chegou dinheiro para nada do que tinha sido prometido do QUALISUS. Aí bom, nós temos que persistir. O A. estava num momento querendo investir numa outra coisa. O A. sai, fico eu aqui, e quando eu vou sacando, eu falei só dá para entrar nesse hospital com um dispositivo de acolhimento e de saúde do trabalhador. Chamo a B.! ‘-B., nossa dupla tem que entrar em ação, nós temos que, nós duas começar esse processo’. E então, como é que foi o apoio ao Andaraí? A construção desses dois dispositivos, acolhimento com classificação de risco e saúde do trabalhador?”.

“Então, nós fomos casando, fazendo reuniões conjuntas, abordando essas duas temáticas, trazendo as pessoas, daí o quê que sai? Um comitê de acolhimento e um comitê de saúde do trabalhador. E a gente vai tentando discutir mudança de processo, lá no Andaraí, porque a tal da obra prometida sempre ficava em segundo lugar. E aí a gente começa então a juntar a equipe, juntar pessoas para estar discutindo isso. Então, teve esse trabalho do apoio institucional no Andaraí [...]” (S3).

ESTAÇÃO PORTO

2.1 “É POSSÍVEL UTILIZAR ESSA POLÍTICA, ESSE TERMO HUMANIZAÇÃO, TÃO POLISSÊMICO [...]”

Polissemia é uma palavra que se origina do grego “poli= muitos” e “sema= significados” e é utilizada para definir um termo ou expressão que adquire novo sentido além do seu sentido original.

O termo humanizar, nos Dicionários Aurélio e Globo, apresenta várias entradas: “1. Tornar humano; dar condição humana a, humanar. 2. Tornar benévolo, afável, tratável; humanar. 3. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. 4. Amansar (animais). 5. Tornar-se humano; humanar-se. 6. Elevar à altura do homem: humanizar uma doutrina. 7. Tornar mais humano, mais sociável; civilizar”.

A polissemia do termo humanização se expressa nos múltiplos sentidos que lhe são atribuídos em diferentes épocas e em diferentes campos disciplinares. No campo da administração, por exemplo, a humanização é um termo em voga e refere-se à importância de cuidar do fator humano e das relações interpessoais nas empresas. Diz-se que um funcionário feliz produz mais, por isso, é importante criar um clima de harmonia e felicidade, em que os trabalhadores possam expressar suas qualidades. Nesse quadro, é preciso considerar os valores humanos, tomados como universais, para se evitar “práticas desumanizadoras” em uma organização. Termos como felicidade, relações interpessoais, harmonia, qualidades humanas aparecem de forma genérica como temáticas óbvias e já dadas. Ao serem naturalizadas, tais expressões se impõem como inquestionáveis.

No campo da saúde, o termo humanização não é recente. Segundo Deslandes (2004), esta discussão já está presente há décadas na luta do movimento feminista com relação aos direitos reprodutivos e humanização do parto, bem como na humanização da assistência a crianças, principalmente os bebês de baixo peso e internados em UTI.

Ainda no campo da saúde, em 2000, a discussão da humanização foi tema de uma das ações do Ministério da Saúde na criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tinha como foco a “[...] melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário/profissionais e

entre hospital e o restante da comunidade, visando garantir a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições” (BRASIL, 2000).

Humanização como “boas práticas”. Humanizar “seria fazer surgir a ‘natureza’ humana” essencialmente “boa”. Convoca-se “O” homem com suas características marcadas pela bondade e solidariedade.

Aqui comparece um humanismo que tem suas bases em certas linhagens da filosofia que exaltam no homem os valores de beleza, força, harmonia. Destaca-se o valor do homem como pessoa, indivíduo uno e pleno, orientado para Deus e o amor.

Para Foucault (2008, p. 346), a temática do humanismo é muito maleável e diversa, ele afirma que:

[...] desde o século XVII, o que se chama de humanismo foi sempre obrigado a se apoiar em certas concepções do homem que são tomadas emprestadas da religião, das ciências, da política. O humanismo serve para colorir e justificar as concepções do homem às quais ele foi certamente obrigado a recorrer.

Desse modo, a concepção de homem como sujeito de liberdade desaparece e “[...] o homem sujeito de sua própria consciência e de sua própria liberdade, no fundo, é uma espécie de imagem correlata de Deus” (FOUCAULT, 2009, p. 215), o que o torna um indivíduo que não é autêntico, é alienado e subjugado.

Trata-se, conforme Foucault (2009, p. 218), de um humanismo que se constitui como um:

[...] conjunto de discursos através dos quais foi dito ao homem ocidental: ‘Ainda que tu não exerças o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciasses a exercer o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciasses a exercer o poder e melhor submeteres a quem te o impõem, mais serás soberano’. O humanismo inventou, alternativamente, essas soberanias sujeitadas que são a alma (soberana sobre o corpo, submetido a Deus), a consciência (soberana na ordem do juízo, submetida à ordem da verdade), o indivíduo (soberano titular de seus direitos, submetido às leis da natureza ou às regras da sociedade), a liberdade (interiormente soberana, exteriormente aquiescente e de acordo com seu destino) [...].

Nessa direção opera-se com um conceito de humanização que vislumbra a emergência de uma natureza humana que, ao se manifestar, pode viabilizar “certas melhorias” nas “relações **interpessoais**” pautadas numa suposta bondade, tomada como atributo intrínseco aos seres humanos. Humanos naturalmente caridosos e

solidários. Tal máxima nos leva a um entendimento segundo o qual se há problemas nos serviços de saúde, é porque o homem perdeu sua essência, seu lado bom, e então, é preciso humanizá-lo, ou, talvez, “re-humanizá-lo”.

“[...] um dos temas que aparece com muita força e muito fragmentado, é o tema da humanização [...]. Havia um conjunto de iniciativas, propostas pelo Ministério da Saúde, que eram de humanização: humanização do parto, humanização da saúde da criança, humanização nos hospitais. Mas é bem verdade que o tema da humanização aparece na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), e tem inclusive esse tema [...] E no governo S., eles tomam essa preocupação e se perguntam: que história é essa de humanização? E o que aparece como mais problemático para nós aqui? E eles identificam que o que era mais problemático eram os hospitais, e propõem um Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, coordenado por E., e que tem um caráter programático. Eles contratam uma equipe externa, uma ONG, que tem uma pauta de intervenção que é humanizar os hospitais [...]” (S4).

Então, quando a Política Nacional de Humanização foi instituída como política de governo em 2004, já haviam no Ministério da Saúde ações nomeadas como de humanização, que se faziam de forma fragmentada, como um programa voltado apenas para hospitais.

*“[...] E com muita dificuldade de construção de um determinado objeto, qual é o objeto de intervenção? O que era humanizar os hospitais? E apareceram muitas manifestações, e elas tinham um caráter, **um conceito de humanização que era um conceito de humanização ligado às boas práticas, ligado a uma certa concepção, de que a gente poderia ‘nos tornar mais humanos’**. E aí uma série de dispositivos vão acontecer nessa área: treinamentos, capacitações, seminários, mas muito pouco tomando um objeto os processos de trabalho, que vão definir então, o modo de cuidar e o modo de gerir [...]. Começa então a problematizar isso: é possível pensar então, a humanização desse jeito? é possível utilizar essa política, esse termo humanização, tão polissêmico que é ?[...]” (S4).*

Como essa forma de tomar o conceito de humanização, nos ajuda a enfrentar a superlotação e a falta de acesso aos hospitais? Como ser amável frente à precarização do emprego e do trabalho? Como desconsiderar uma organização do

trabalho verticalizada que tenta sufocar movimentos que os trabalhadores fazem na gestão do seu trabalho? Como a tomada dessa perspectiva de humanização nos ajuda a produzir uma transformação nos processos de trabalho que produzem certo modo de ser humano?

A PNH, conforme afirmam seus formuladores, se vê às voltas com o desafio de equivocar um termo que, por sua natureza polissêmica, tem produzido efeitos diversos na constituição de práticas em saúde.

“[...] embora a gente não esteja disputando o sentido da humanização, nós estamos construindo sentidos para essa humanização no SUS. Que não pode ser o GTH de festa, não pode ser a humanização como sinônimo de uma política moral, que chega pro trabalhador e diz: ‘-olha, tem que ser assim, você tem que bem cuidar, você tem que bem tratar’, e vamos treinar, educar os trabalhadores para que eles sejam e se comportem, de uma forma educada, cortês e hospitaleira. [...] Então nós temos disputado esse sentido, e há uma multiplicidade de sentidos de humanização no SUS e, essa multiplicidade de sentidos ela está no coletivo dos consultores da PNH, embora eu acho que apareça menos, mas quando a gente olha as experiências de SUS no Brasil, de humanização no SUS, ela é uma multiplicidade de entendimentos”.

*“Não queremos um entendimento único, mas queremos um sentido que seja comum. **E esse sentido comum é tomar a Política de humanização como uma ferramenta, que possibilita colocar em discussão, modos de gerir e modos de cuidar**, e que eles sejam, em sendo mudados, mais potentes para dignificar o trabalho. E essa é uma preocupação central nossa, O SUS será cada vez mais uma política pública sustentada, e cada vez mais potente de produzir saúde, se ela for capaz de compor com os trabalhadores de saúde, sentidos do trabalho” (S4).*

Para os autores Benevides e Passos (2005, p. 390), é preciso distanciar-se de um “[...] conceito-sintoma [...] que paralisa e reproduz um sentido já dado [...]”.

A humanização, colocada segundo os valores de um humanismo idealista, produz homens e mulheres segundo o qual não é de sua natureza brigar, se opor, ter inveja, mas tratar bem os seus semelhantes. Aqui temos o bom humano.

Ao fazer gaguejar o conceito de humanização, a PNH distancia-se do “conceito-sintoma” (BENEVIDES; PASSOS, 2005) que vem carregado de sentidos de um homem ideal. Ao contrário, a direção proposta pela referida política se aproxima de um “conceito-experiência”, ou seja, de uma humanização que vai se efetivar, no concreto das experiências do dia a dia dos serviços, o que implica a concepção segundo a qual o humano não tem uma natureza, mas é produzido em meio aos processos de trabalho efetivados nos serviços.

Tal “conceito experiência” se afirma a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso universal e equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral. Emerge, ainda, como estratégia para modificar o quadro de desqualificação dos trabalhadores e de precarização do trabalho, visando romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas nomeados como de humanização, que não tomam os processos de trabalho como categoria de análise ao tematizar a humanização das práticas em saúde.

Apoiados então, num conceito experiência, as estratégias pensadas e intervenções propostas nos serviços, a partir da criação da PNH, foram acontecendo e, nas diferentes intervenções realizadas:

“[...] a estratégia da gente era exatamente trazê-los e dizer: o que vocês têm de humanização?! A maioria das coisas que a gente via, eram mais de cem ações que eles chamavam de humanização: biblioteca viva, dia do trabalhador, hora da música no almoço, aquelas festividades, trabalhos nas pediatrias com as crianças. Mas, todos eles sem uma lógica próxima do que a gente entendia como humanização, sem diretrizes e pior, acho que o pior acontecer, sem nenhuma articulação entre uma mudança na gestão e atenção” (S3).

A temática da humanização, do modo como tem sido experimentada pela PNH, está assentada em outro humanismo, que se expressa como mudanças nos processos de trabalho em saúde, vislumbrando práticas que não se pretendem tutelares, mas que possam contribuir para que o protagonismo dos sujeitos e a co-gestão nos serviços sejam afirmados. Um conceito que se distancia de uma perspectiva que reforça o ideal de homem bom. Nomeia-se práticas humanizadas aquelas que implicam em mudanças que não dissociam atenção e gestão, tratando o tema da

saúde de modo transversal. Tais mudanças não se fazem sem lutas. Como nos indica um formulador da PNH:

“Quando a gente vai pro Ministério, eu pensei que esse tema da humanização, co-gestão, clínica ampliada, aumentar o poder do usuário no corpo interno nos serviços, ouvidoria, acompanhante, todos esses temas, fariam parte da nossa política de saúde no ‘senso lato’, mas eu me surpreendi! O pessoal encarregado: da atenção à saúde, da Secretaria de Atenção a Saúde, dos Hospitais, da Atenção Básica, desvalorizavam muito esse tema da subjetividade, da participação do sujeito, da humanização”.

“Então logo de saída a gente pensou em, inclusive usando a própria Secretaria Executiva, de pegar o Programa da Humanização e dar um..., e ser um espaço de reforma sanitária micro das práticas, da clínica, enfim desses pontos. E a gente fez isso, a R. foi definindo isso, e fomos pra lá, a R. e eu, com tudo bem formado, várias das pessoas, da direção anterior saíram, mas os grupos locais se incorporaram à nossa equipe, nós ampliamos a rede de humanizantes, apoiadores, consultores. Procuramos nos aproximar da gestão, e criamos uma política. Uma política muito apoiada na Secretaria Executiva, então foi isso, e foi uma forma que eu encontrei, até tática, pra conseguir, na agenda do Ministério, do SUS, manter esses pontos, que eu vi que se dependesse do Departamento dos Hospitais, da Atenção Básica, isso não apareceria”.

*“Quando a gente começa a criar a política, esses dirigentes dessas áreas da rede, dos serviços, defenderem que não fosse criada no Ministério, que isso deveria ser horizontal, deveria ser um componente de todos os programas (do adulto, da mulher, dos hospitais, da atenção básica) e não deveria ter uma política vertical. [...] defenderam que o programa deveria ser extinto e não ampliado. Mas aí, como eu já tinha muita coisa que eu queria, e já tinha sido negado, derrotado, eles acabaram deixando, não tinha dinheiro mesmo! O dinheiro que tinha era só para os consultores, mas dinheiro para investir em projeto, programa não tinha..., e sem dinheiro a gente não ia fazer nada, **mas a gente fez muita coisa**” (S5).*

Assim, no curso de sua implementação, a Política Nacional de Humanização vem enfrentando o desafio de produzir uma inflexão no conceito, trazendo para o debate

os vários sentidos, habitualmente utilizados no campo da saúde. Forjar um novo conceito tem o sentido de operar uma torção nas práticas em saúde. Logo, o sentido atribuído ao conceito de humanização pela PNH, não está separado da construção de novas práticas de produção de saúde, práticas em defesa da vida, como aposta radical na dignidade do viver.

“E então a humanização ela é um tema, ela é um analisador, ela condensa uma proposta. E acho que aí é que o tema da humanização toma sentido pra esse grupo que está colocado lá, e pensar a humanização como uma política que não vai problematizar isso, e que não vai ser o caminho pra gente avançar nessa reforma, não tem sentido! Pra esse grupo que estava lá, pra gente não tinha sentido! Então a humanização, que pesa o nome, podia ter sido outro, mesmo que fosse outro teria essa força, potencia de colocar em discussão o tema da gestão, o tema do cuidado, o tema da clínica” (S4).

Ainda, sobre o termo humanização Heckert, Passos e Barros (2009, p. 498) esclarecem que:

[...] A PNH não pretende ter o monopólio e a exclusividade de imprimir à palavra humanização o sentido verdadeiro, mas, apenas, construir mais um deles. Busca redimensionar um modo naturalizado de concepção do humano e abrir possibilidades para o debate sobre esta questão, que tem sido tema sempre que se trazem para a conversa: as mazelas dos serviços, a fragilidade da rede de atenção, a lotação dos hospitais, o descaso com a população, a suposta irresponsabilidade dos profissionais de saúde.

Dessa forma, se aposta em um sentido de humanização, que inclui a discussão de temas como: processos de trabalho, formação de redes, cuidado que promova a ampliação do poder de agir dos diferentes protagonistas do campo da saúde, valorização do trabalho e do trabalhador, protagonismo dos sujeitos e autonomia co-responsável, dentre outros. Temas que devem emergir no debate com os autores envolvidos na tarefa de produzir saúde. Temas que se impõem quando se tem como proposta a formulação de uma política pública, conforme afirmam alguns dos entrevistados:

“Durante muito tempo eu achei que devia ter trocado o nome, porque dá um trabalho, toda vez que você vai falar de humanização você tem que dizer que não é isso, mas é isso! Mas depois eu fiquei pensando: não! Mas que bom né?! Você

começa a ver o que não é, e o que é! Eu estou convencida de que foi bom manter o nome” (S6).

2.2 “FALTAVA ESSE MOLHO, TEMPERO QUE A HUMANIZAÇÃO VAI TRAZER”

A polissemia do conceito de humanização nos inquieta. Tal inquietação nos levou a uma pesquisa realizada na mídia internet, visando conhecer o modo como o termo humanização tem sido utilizado e entendido, nos documentos, artigos e eventos acessíveis em alguns sites de pesquisa.

Na atualidade, é comum o uso dessa ferramenta para realizar pesquisas, acessar e conhecer temas até então pouco conhecidos ou desconhecidos. É freqüente ouvirmos comentários como: “joga no Google” para encontrar definições e produções a respeito de determinados temas e assuntos.

Objetivamos com esta pesquisa, conhecer os sentidos que têm sido dados ao termo humanização, a partir do ano de 2003 (quando criada PNH) a 2009, e com isso, narrar os variados modos como esse conceito tem sido utilizado.

A PNH, como já assinalado, utiliza-se de um termo que já estava em uso na saúde, propõe uma torção no modo de pensar e operar com o conceito humanização. Assim:

“A rede de extensão de cobertura, ampliar a saúde da família, ampliar os hospitais, elas não mudam o modelo, a qualidade do atendimento, o enfoque biomédico, medicalizante. Então, a humanização era uma radicalização da reforma sanitária, no sentido de mudar o trabalho na saúde, na linha da clínica ampliada. E eu achava, eu acho, que uma política de saúde sem esses componentes ela é capenga, ela perde potência, ela perde poder, acaba sendo capturada pela lógica de mercado, justamente essa é a potencia de pensar um hospital diferente”.

“Aí o nome humanizado, o conceito, é mais aproveitado, na minha opinião, porque era o espaço institucional que a gente tinha. Se eu fosse comandante da SAS, por exemplo, de todos os hospitais, eu colocaria isso em todos os programas, enfim. Então foi isso, uma combinação de fatores conjunturais, táticos, com toda a equipe

*que trabalhava comigo, todos nós, temos muita convicção que essa postura tecnocrata das outras áreas não conseguiria a potência para mudar os hospitais. **Faltava esse molho, tempero que a humanização vai trazer**” (S5).*

Como esse novo “tempero” tem alterado as práticas no campo da saúde? Ao, “jogar no Google” o termo humanização, o que é possível encontrar?

O levantamento foi realizado, principalmente nos sites: Google, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se como palavra-chave: *humanização*. Em uma primeira busca, nos deparamos com uma grande quantidade de documentos, que em uma análise mais detalhada percebemos que muitos apareciam mais de uma vez ou com a data de publicação errada em relação ao que pesquisávamos. Assim, em:

- 2003: havia de 251.000 a 271.000 resultados;
- 2004: havia de 254.000 a 280.000 resultados;
- 2005: havia de 289.000 a 309.000 resultados;
- 2006: havia de 353.000 a 377.000 resultados;
- 2007: havia de 451.000 a 457.000 resultados;
- 2008: havia de 479.000 a 543.000 resultados;
- 2009: havia de 473.000 a 496.000 resultados.

Os resultados que aparecem no Apêndice foram selecionados a partir da sua pertinência com o tema da **humanização na saúde** e, possibilidade de acesso ao texto na íntegra ou ao seu resumo, para possível conhecimento do sentido dado ao termo humanização. Desta forma, as informações levantadas foram agrupadas por ano de publicação e deles destacados: o título do trabalho, o emprego do termo humanização pelos autores, os autores e a fonte de pesquisa.

Foram então selecionados, para uma análise mais detalhada, no ano de **2003: oito trabalhos**; em **2004: dez trabalhos**; em **2005: quinze trabalhos**; em **2006: doze trabalhos**; em **2007: dez trabalhos**; em **2008: oito trabalhos** e em **2009: vinte e seis trabalhos**.

No ano de **2003**, dos oito trabalhos encontrados e, a partir da leitura dos mesmos considerando o conceito de humanização, agrupamo-los em quatro eixos de análise. A humanização como:

- 1) Melhoria das relações, melhoria da qualidade dos serviços e respeito a dignidade do paciente – 3 de 8 resultados;
- 2) Bondade, resgate da sensibilidade e ambiente hospitaleiro e espaço mais humano, justiça e direitos e deveres – 2 de 8 resultados;
- 3) Foco na temática do parto humanizado – 1 de 8 resultados;
- 4) Valorização, autonomia e protagonismo dos sujeitos como proposto pela PNH – 2 de 8 resultados.

Dos nove resultados apenas dois não tinham como lócus de pesquisa o hospital ou maternidade e a maioria abarcava a categoria profissional dos médicos e enfermeiros.

No que concerne ao primeiro eixo, que trata da humanização, como melhoria da qualidade dos serviços e respeito à dignidade do paciente, encontramos uma dissertação de Mestrado, com título “A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica – Resolução CFO 42/2003, de 20 de maio de 2003” (LUCATO, 2003), e dois eventos: “SESAB discute humanização do atendimento hospitalar” e “Abertura do ADH 2003 – ressalta a importância da humanização”.

Na página do site da SESAB – Secretária de Saúde do Estado da Bahia, não encontramos uma definição clara do conceito de humanização, porém ela foi um dos temas destaque do encontro, visto que foi declarado que o objetivo da SESAB é “[...] *avançar na implantação de uma nova cultura de humanização na rede hospitalar e na ampliação das ações de capacitação profissional, de modo a prestar um atendimento mais solidário e eficiente aos usuários do Sistema Único de Saúde*”. E, na abertura do evento de Administradores Hospitalares o enfoque dado à humanização foi o da melhoria do atendimento prestado.

No segundo eixo, constam dois artigos: “A ética da humanização hospitalar” e “Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada”. Nesses

a humanização como bondade, resgate a sensibilidade e ambiente humano, justiça e direitos e deveres é expressa da seguinte forma, no primeiro artigo: “[...] desenvolvendo as considerações éticas que podem fundamentar a política de humanização, acena para quatro grandes princípios ou valores: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça” (MARTIN, 2003).

O terceiro eixo trata o termo humanização, especificamente em relação ao parto, destacando que um parto humanizado é um parto sem dor. E, sendo essa questão, abordada no artigo “Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil (TORNQUIST, 2003)”.

No mesmo ano de criação da PNH, já foi possível encontrar, dois artigos que privilegiavam uma abordagem mais crítica (por focar mudanças também no âmbito da gestão e envolvimento de coletivos) não enfocando somente a humanização como melhoria no atendimento ou voltada para o paciente. O primeiro artigo trata o termo da humanização, como construção de um processo coletivo possível, destacando a importância de superar, por exemplo, modelos convencionais de gestão e corporativismo, com título: “Humanização e trabalho na enfermagem” (COLLET; ROZENDO, 2003). E o segundo, intitulado: “Humanização – Construindo um novo conceito de fazer saúde” (BUENO; AUGUSTINHO; CARVALHO, 2003), que trata da experiência de implantação de um “Programa de Humanização”, no Centro de Saúde da Comunidade, que, segundo os autores, segue o que é proposto pela PNH.

No ano de **2004**, dos dez resultados pesquisados, a humanização aparece como:

- 1) Resgate do respeito à vida e ao outro, ética e relacionamento interpessoal – 2 de 10 resultados;
- 2) Proporcionar bem estar para diminuir tempo de internação e medicação – 1 de 10 resultados;
- 3) Foco na temática do parto humanizado e direitos da parturiente – 1 de 10 resultados;
- 4) Novas práticas na produção do cuidado em saúde e participação crítica – aproximações com a PNH – 6 de 10 resultados.

Assim em 2004, entre os dez resultados, já não se observa um foco nos hospitais, maternidades e nos profissionais médicos e enfermeiros. Grande parte dos trabalhos visava discutir a temática da humanização na saúde sem delimitar um campo de atuação. Trata-se então de textos conceituais e textos advindos de relatos de experiências do cotidiano, operando com o conceito de humanização.

No que tange a humanização, no sentido do respeito à vida e ao outro, ética e relacionamento interpessoal, os artigos encontrados são: “A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências” e, “A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão”. Nesses, há grande preocupação com “humanizar o profissional de saúde”, entendendo que, se este profissional respeita a vida e as pessoas, e é ético, há humanização, e humanizar seria tornar humano e perfeito o homem. O respeito à vida e à ética, são certamente aspectos muito importantes para humanização, entretanto, tirar o foco do trabalhador e analisar também o processo de trabalho, é essencial para não incorrerem na culpabilização dos sujeitos, então chamados desumanos quando por alguma razão não respeitam o outro.

No artigo “Humanização nos espaços Hospitalares pediátricos: A qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada”, os autores situam a humanização do ambiente hospitalar “[...] como um procedimento capaz de proporcionar o bem estar psíquico e físico, contribuindo para a redução tanto do tempo de internação como da utilização de medicamentos antidepressivos [...]” (BERGAN; SANTOS; BURZTYN, 2004). O tema da humanização, da assistência obstétrica e neonatal, é abordado no artigo “O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” como:

[...] condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 269).

Com relação à aproximação do tema da humanização com a PNH e, de um sentido que traz para a cena a discussão de novas práticas de cuidado e, uma humanização com radicalidade, que pode induzir transformações nos modos de cuidar e gerir em saúde, os artigos encontrados são: “Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar” (DESLANDES, 2004), “A humanização na saúde como

instância libertadora” (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004), “Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde” (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004), “A humanização dos serviços e o direito à saúde” (PUCCINE; CECILIO, 2004), “Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento” (TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004) e, “Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde” (FORTES, 2004).

Os artigos citados, principalmente os dois primeiros, trazem um breve histórico e as influências do humanismo e dos ideais de homem bom, que nos ajudam no entendimento e utilização do termo humanização ao longo dos últimos anos, apresentando ainda, a definição de humanização utilizada em outras instâncias e programas, como o PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

No artigo “Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde”, os autores discutem a proximidade das ações de humanização com o tema da promoção da saúde, e como um dos sentidos da humanização citados, destacamos:

[...] Pode-se dizer que a humanização na atenção e na gestão do SUS implica, também, fortalecer a capacidade dos indivíduos e das comunidades para que analisem, avaliem e atuem junto àqueles que são os determinantes das suas condições de vida e saúde, que é outro dos campos de atuação da promoção da saúde (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004, p. 46).

Ao destacar a humanização como radicalidade, que “[...] pode criar possibilidades de induzir transformações, mobilizar para novas questões e reconhecer novas necessidades [...]”, os autores Puccini e Cecílio (2004), contribuem ainda, com a discussão do sentido da humanização, trazem uma linha de raciocínio que aborda: os distintos caminhos das proposições humanizadoras na saúde, uma crítica do movimento humanizador, possibilidades e limites do movimento de humanização na saúde e, finaliza com uma discussão sobre humanização radical e o direito à saúde, no artigo intitulado: “A humanização dos serviços e o direito à saúde”.

Ainda na perspectiva da Política de Humanização, que propõe ampliar o conceito de saúde e incluir nessa discussão todos os envolvidos nesse processo, os artigos:

“Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento” e, “Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde”, abordam o conceito de humanização, como processo de humanização, que “[...] vai além da melhoria da qualidade da relação Profissional/paciente-cliente [...]” (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004, p. 87) e, como “[...] possibilidade de transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde [...]” (FORTES, 2004, p. 31), respectivamente.

Cabe ressaltar que no artigo “A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências” são citadas definições de humanização retiradas dos documentos base da PNH. Entretanto, o enfoque dado a esse termo, da humanização como respeito à vida, tratou principalmente da “[...] importância da humanização dos profissionais presentes no momento em que o diagnóstico de uma deficiência é comunicado à família e aos cuidadores” (BAZON; CAMPANELLI; BLASCOVI-ASSIS, 2004, p. 89). E ainda, com sentido acentuadamente ligado à humanização da assistência à saúde, onde aspectos da esfera subjetiva do profissional e do relacionamento interpessoal são componentes essenciais da humanização, destacamos o artigo: “A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão”. Nesses artigos, o tema é trabalhado como um humanismo piedoso, do homem bom, visto que se evidencia o modo como o profissional se relaciona com o outro, onde relacionar-se bem, ser bom, é uma atitude humanizada.

Em outro eixo, no artigo “Humanização nos espaços hospitalares pediátricos”, valoriza-se a humanização “[...] como procedimento capaz de proporcionar o bem estar psíquico e físico, contribuindo para redução tanto do tempo de internação como da utilização de medicamentos antidepressivos” (BERGAN; SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 11).

Em relação à temática da humanização do parto, o artigo “O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”, contextualiza historicamente, a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN, e aponta que humanizar requer “[...] cumprimento de um conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e

garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura” (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 278).

No ano de **2005** há um grande aumento na produção de trabalhos e, dos quinze resultados encontrados, a humanização é entendida como:

- 1) Ética, humanização das relações, respeito à vida e necessidades intersubjetivas de pacientes e profissionais – 5 de 15 resultados;
- 2) Foco na temática do parto humanizado – 2 de 15 resultados;
- 3) Conceito experiência, transformação no modo de fazer, transformação da realidade e si próprio, protagonismo, envolvimento dos coletivos, defesa da vida e Paidéia – 8 de 15 resultados.

Dentre os quinze resultados, observam-se alguns artigos com foco na área hospitalar e profissionais da medicina e enfermagem. Entretanto, grande parte dos resultados propõe uma discussão da humanização em sua dimensão política.

Nessa primeira categoria, que trata a humanização, como conceito ligado à ética, qualidade das relações, respeito, e necessidades intersubjetivas dos pacientes e profissionais, destacamos um livro de nome “Humanização e cuidados paliativos” onde constam alguns artigos que tratam: da humanização da dor, humanização do cuidado no ambiente hospitalar, humanização da velhice, comunicação como fator de humanização na terceira idade e humanização no final da vida em pacientes idosos. Apesar de ter sido possível acessar apenas seus resumos, foi possível observar que a questão da indissociabilidade entre atenção e gestão e da experiência vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde, não foram contempladas.

No artigo “A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro” de Suely Deslandes (2005, p. 615), a autora trabalha com os conceitos de humanização, atribuídos por alguns gestores da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, relacionado: “1) à qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários; 2) ao reconhecimento dos direitos do paciente; 3) à democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes [...]”.

Em “Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde” os autores discutem o conceito de humanização, como vinculado ao paradigma dos direitos humanos e afirmam ainda que: “O núcleo central do conceito de humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, p. 608).

Ainda no que se refere à humanização ligada à importância do respeito às individualidades, acolhimento e relacionamento interpessoal, observa-se no artigo “Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica” uma discussão mais voltada para a humanização do cuidado neonatal e, em outro artigo, intitulado “O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico”, os vários sentidos dados a humanização traz como análise, a idéia de que: “[...] ‘humanização da saúde’ demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional” (FERREIRA, 2005, p. 118), que é a proposta do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

No que tange a humanização do parto, o foco da humanização está:

[...] na qualificação da atenção, envolvendo preocupações, [...] com o respeito e promoção de direitos humanos da mulher que recebe assistência [...], com treinamento ou formação dos profissionais e evidências científicas [...], bem como com instalações físicas e recursos tecnológicos disponíveis (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005, p. 641).

No artigo “Humanização no contexto da formação em obstetrícia”, bem como no artigo “Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto” no qual o conceito apresentado se assemelha ao citado.

Neste ano de 2005, os formuladores da PNH começam a publicar artigos em periódicos diversos, e como já destacado, houve um aumento quantitativo na escrita de artigos sobre o tema da humanização e também com relação ao modo como a temática aparece, visto que, os artigos produzidos trouxeram para a cena questões de relevância e importância para afirmação de um conceito de humanização como um conceito experiência, que não está embasado nas ideias humanistas de homem bom.

São eles: “A humanização como dimensão pública das políticas de saúde”, “Hermenêutica e humanização das práticas de saúde”, “Humanização e Atenção Primária à Saúde”, “Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem”, “Humanização na saúde: um novo modismo?”, “Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?”, “O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade” e, “Humanização e cuidado em saúde: editorial”.

Trazemos, a seguir, algumas das contribuições para o campo da saúde pública e para a temática da humanização como política pública abordados nesses artigos:

[...] A humanização se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

[...] podemos traduzi-la como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005, p. 557).

[...] proposta de humanização, que não estaria mais orientada por uma ideia de realização de uma suposta essência humana, mas comprometida com a busca dos melhores meios para o homem aumentar sua potência [...] (TEIXEIRA, 2005, p. 592).

[...] humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço – de objeto passivo ao sujeito, de necessidade de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 111).

[...] humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 391).

[...] aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral perante o poder e a autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outr os serviços

também em função de direitos dos usuários. Mecanismos preventivos e que dificultem o abuso de poder são essenciais à humanização (CAMPOS, 2005, p. 399).

No ano de **2006** o debate da humanização, conforme entendida pela PNH, é forte, mas, devido a um grande número de trabalhos com foco na área hospitalar e no trabalho dos enfermeiros, encontramos ainda um conceito de humanização ligado principalmente a valores éticos, melhoria das relações interpessoais e condições de trabalho, não abordando assim a análise dos processos de trabalho. Assim destacamos os seguintes eixos, do total de doze resultados:

- 1) Melhoria da assistência e condições de trabalho, respeito e valorização, ética, processo singular que traz melhoria para os sujeitos e instituição – 4 de 12 resultados;
- 2) Foco na temática do parto humanizado – 1 de 12 resultados;
- 3) Valorização do humano, implantação de cultura humanista e valorização das dimensões éticas e humanísticas e humanidade do trabalhador – 3 de 12 resultados;
- 4) Mudança nos modelos de atenção e gestão, integralidade, equidade, participação social e reconhecimento de seu caráter processual – 4 de 12 resultados.

Dos quatro resultados agrupados, com foco da humanização, no sentido da melhoria da assistência prestada, das condições de trabalho e respeito, o artigo “A humanização na assistência à saúde”, traz a abordagem histórica dos termos homem, humano e humanidade, para então discutir a humanização na humanidade e na saúde, sendo que:

[...] humanizar assistência em saúde, implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006, p. 282).

No artigo “Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização” o enfoque está na Terapia Intensiva, onde humanizar “[...] consiste em melhorar a assistência prestada a pacientes críticos e seus familiares e, também, às condições de trabalho da equipe

multidisciplinar [...]” (BOLELA; JERICO, 2006) e, no artigo “Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico”, que traz a humanização conforme o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que aponta que:

[...] hospitais devem formar comissões de humanização e grupos de trabalho para humanização hospitalar, com focos nos funcionários, usuários e acompanhantes, melhorando a satisfação dos profissionais e possibilitando um atendimento de qualidade aos usuários (LIMA; JORGE; MOREIRA, 2006, p. 296).

No artigo “O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador” os autores apresentam o resultado de entrevistas realizadas em um hospital, em que o foco era compreender o que esses trabalhadores entendiam por humanização. Além da diversidade de respostas sobre o termo, Backes, Lunard Filho e Lunardi (2006, p. 222) definem como sendo um hospital humanizado: “[...] aquele que contempla [...] a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade”.

Os mesmos autores, nesse mesmo ano, escrevem outro artigo, intitulado “A humanização hospitalar como expressão da ética” aonde a abordagem, enfatiza a importância da dimensão humana na base dos processos de intervenção na saúde, e humanizar é: “[...] valorizar a humanidade no trabalhador, favorecendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, com mudanças nas práticas profissionais, de modo a reconhecer a singularidade dos pacientes [...]” (BACKES, D.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V., 2006, p. 134).

Com esse mesmo enfoque, o artigo “Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde” aponta para valorização das “[...] dimensões éticas e humanísticas da formação, orientadas à cidadania e a solidariedade. Construir compromissos e valores humanos no contexto da formação é essencial para a construção de uma prática humana em saúde” (CASATE; CORRÊA, 2006, p. 322). Bem como o artigo, “A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem”, onde utilizam o conceito do Programa de Humanização Hospitalar cujo enfoque, segundo Amestoy, Schuwartz e Thofehrn (2006, p. 448) está “[...] na implantação de uma cultura humanista e

democrática, na qual todos os trabalhadores precisam ser ouvidos, o que favorece a valorização do ser humano”.

Referente à humanização do parto, o tema é tratado no artigo “A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo” onde destaca-se que “[...] humanizar o parto é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir” (WROBEL; RIBEIRO, 2006, p. 22).

Corroborando a aposta da Política Nacional de Humanização, ao propor uma torção no uso desse termo, destacamos os artigos: “Verbete Humanização”, “Cartilha GTH – Grupo de Trabalho de Humanização”, “Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar” e “Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um Hospital Universitário”, que operam com seu conceito de:

[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos, aumento de grau de co-responsabilidade [...], estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, mudança dos modelos de atenção e gestão [...] (BRASIL, 2009, p. 18).

Todos esses, tem grande relevância para essa temática, entretanto, o “verbete de Humanização, escrito pelos autores Benevides e Passos (2006), que são também os autores formuladores e propositores da Política Nacional de Humanização, traz assertivamente o conceito, sua gênese, o desenvolvimento histórico e emprego na atualidade como “[...] criação de espaços/tempos que alterem as formas de produzir saúde tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes (transversalidade), assim como a inseparabilidade entre a atenção e a gestão”.

No ano de **2007** os resultados encontrados, dez no total, tratam o termo humanização como:

- 1) Melhoria das relações e estrutura física, relações mais humanas, respeito e dignidade ao ser humano, modificação de comportamento e valores, um processo singular – 5 de 10 resultados;

2) Redemocratização, integralidade, equidade, participação social, defesa da vida, transformação do processo de trabalho – 4 de 10 resultados;

3) Foco na temática do parto humanizado e nascimento – 1 de 10 resultados.

Nesse ano, observamos a existência de muitos trabalhos com foco na categoria profissional dos enfermeiros, e trabalhos de pesquisa desenvolvidos em hospitais. Percebemos que há uma forte tendência, dos autores ligados à área hospitalar, em usar como referência do conceito de humanização, aquele definido pelo Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Como é o caso dos artigos “A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem” e, “Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente”, onde destacamos, desse último, sobre o foco da humanização: “[...] PNHAH indicou estratégias para melhorar a relação entre profissionais, usuários, hospital, comunidade e SUS” (SANTOS, 2007, p. 58).

Também com enfoque voltado para melhoria das relações e condições de trabalho e atendimento, destacamos um editorial “A humanização da medicina” que abordou o tema de forma sucinta, e os artigos “Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários” do qual só tivemos acesso ao seu resumo e, “Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência”, onde a temática da humanização é abordada como sendo de grande relevância na saúde e “[...] demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário” (ARONE; CUNHA, 2007, p. 723).

Dentre os dez artigos encontrados em 2007, quatro abordavam o tema da humanização segundo entendimento da Política Nacional de Humanização. Como temos observado até o momento e, também é destaque no artigo “Humanização na saúde: enfoque na atenção primária”, a produção científica sobre a temática da humanização na atenção primária é pequena, fato este comprovado pelos autores desse artigo por meio de um levantamento realizado em 31 artigos.

E, a questão foi também abordada em relação à criação da Política de Humanização:

“A política nasce de um certo acúmulo da humanização nos hospitais, e alguns programas e boa parte da equipe tinha uma aderência muito grande aos hospitais e a perspectiva que a gente tinha era como ter uma entrada mais sistêmica. Portanto, como é que a gente atinge a Atenção básica, atendimentos pré hospitalares, enfim toda uma rede de serviços..., saúde mental, que não estão propriamente no hospital ?” (S4).

No artigo “Estratégias de produção de si e a humanização no SUS”, os autores discutem em todo ele, seu entendimento de humanização e desse destacamos “[...] a reflexão da Humanização como modos de viver, como formas de subjetivação constituídas no campo da saúde” (BERNARDES; GUARESCHI, 2007, p. 466).

A humanização como “[...] mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso” (GOULART; CHIARI, 2007, p. 337) aparece no artigo “Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão”. E ainda, como trabalho de grande relevância para a discussão da humanização e especialmente a importância do monitoramento e avaliação da PNH, é destaque o artigo “Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos”, onde:

[...] a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários) (SANTOS-FILHO, 2007, p. 1001).

O enfoque da humanização, no parto e nascimento, é o tema do artigo “A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal” que traz o sentido da humanização como “[...] respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo” (MOURA et al. 2007, p. 452).

Em **2008** percebemos, se comparado ao ano anterior, uma pequena queda no número de artigos. Entretanto se fizermos essa análise em relação aos outros anos, vemos que a quantidade de trabalhos é de quase a metade dos encontrados, por exemplo, no ano de 2005. Quanto à abordagem, há uma ligeira mudança na

temática dos artigos, devido ao aparecimento de temas ligados aos idosos, a ergologia e fenomenologia. Contudo, o tema da humanização do parto mostra-se recorrente, visto que, em maior ou menor número esteve presente em todos os anos pesquisados.

Assim, dos oito resultados encontrados, a humanização é destaque como:

- 1) Ética, melhoria das condições de trabalho e na vida de relação, privacidade, controle e autonomia, segurança presente nas práticas do cuidado – 2 de 8 resultados;
- 2) Foco na temática do parto humanizado – 2 de 8 resultados;
- 3) Transformação cultural da atenção aos usuários, das práticas de saúde e da gestão de processos de trabalho. Valorização, autonomia, protagonismo e coresponsabilidade – 4 de 8 resultados.

No primeiro eixo apresentado, consta um artigo intitulado “Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado” em que os autores abordam a humanização, na prestação dos cuidados ao idoso institucionalizado, e destacam como componentes básicos do cuidado, o conhecimento, a paciência, a honestidade, a confiança, humildade e esperança (FRAGOSO, 2008). E outro, com título: “Profissional humanizado: uma questão de urgência no contexto da saúde, onde:

[...] humanizar o atendimento em saúde é fortalecer o desejável comportamento ético, técnico-científico, bem como, preocupar-se com os cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes. Humanizar é, também, investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade (AGRELLI, 2008).

No que concerne à humanização do parto, dois artigos são encontrados, “Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” que não traz uma definição precisa de humanização, mas uma avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e, o artigo “Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil” em que a humanização é associado à qualificação do atendimento para “[...] uma assistência adequada à gestante, o mais

importante é seguir o princípio básico da obstetrícia: *obstare*, que significa estar ao lado”. Ao lado, mas junto, ou, simplesmente, individualizar e qualificar o atendimento – logo, humanizá-lo” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008, p. 1866).

No terceiro eixo, toma-se por humanização o sentido preconizado pela PNH, nos artigos “Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia” e “Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação”, apesar da diferença de abordagem, visto que o primeiro discute o tema na perspectiva da ergologia de Schwartz e o segundo as aplicações da fenomenologia na humanização.

Ainda nesse eixo, o artigo “A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate” concluem que discutir humanização tem como sentido: “[...] rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações, e colocar em análise a forma como os grupos se organizam em seus processos de trabalho” (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 327). E o artigo “Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde”, do qual só tivemos acesso ao resumo, destaca a humanização como “[...] ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho partindo da compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores” (RIOS, 2008).

No ano de **2009** encontramos muitos links divulgando eventos sobre humanização, como por exemplo, o do 2º Seminário Nacional de Humanização, ocorrido em Brasília no mês de agosto. No formato de artigos e trabalhos acadêmicos encontramos um único endereço eletrônico, mas que, no entanto, nos direcionou para uma publicação especial, da revista *Interface*, onde havia 26 trabalhos. E, de acordo com Pasche, Passos e Barros (2009, p. 491), na seção “Apresentação” intitulada “A Humanização do SUS como uma política do comum”:

[...] Este suplemento da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação é resultado de um conjunto de esforços da Política Nacional de Humanização (PNH) para sistematizar e socializar reflexões em torno do tema da humanização da saúde, notadamente da produção realizada no Seminário “Humanização do SUS em debate”, realizado nos dias 25 e 26 de junho de 2008, em Vila Velha, ES.

O título dos vinte e seis artigos em questão são:

“Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate”; “Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo”; “Por uma clínica da expansão da vida”; “Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS”; “Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas”; “A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado”; “Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família”; “Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade”; “Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico”; “A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde”; “Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão”; “Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato”; “Processo comunicativo e humanização em saúde”; “A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde”; “Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?”; “O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)”; “O coletivo como plano de criação na Saúde Pública”; “Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida”; “Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar”; “A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário”; “Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo”; “O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva”; “A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH)”; “A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde”; “Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas”.

Nesses artigos, mais do que uma definição do termo humanização, os diferentes autores discutem a relevância dessa temática, proposta pela Política Nacional de Humanização, no âmbito do SUS, bem como os desafios e embates de se construir

uma política pública na máquina do Estado. Entretanto, dos vinte e seis artigos publicados na revista, alguns discutem temas pertinentes a PNH, mas não trazem um sentido claramente definido, conforme indicado no Apêndice.

São textos riquíssimos devido também a grande diversidade de temas abordados e relacionados à Política de Humanização como, o tema das redes, da militância no SUS, da análise dos processos de trabalho, da formação em saúde, do apoio institucional, dos princípios do SUS, assim como, o tema da atenção a nascimentos e partos.

Em razão de todos os textos encontrados estarem agrupados em uma mesma edição da revista Interface e, terem sido escritos a partir dos debates e experiência dos autores, em um Seminário no ano anterior, 2008, apresentamos uma análise mais geral feita nessa edição da referida revista e não em eixos, como fizemos na apresentação das produções dos anos anteriores. Dentre os 26 artigos, destacamos aqueles que têm grande importância na formulação de um conceito de humanização como conceito experiência:

Falamos, então, de um sentido de humano como produção, uma complexidade que se engendra como obra aberta. Uma humanidade que se constrói na experimentação, ou seja, entre a materialidade das formas humanas e a imaterialidade das afecções inumanas que nos compõem e se atualizam em práticas e modos de estar nos verbos da vida (viver, amar, trabalhar, produzir saúde). Esta compreensão descentra o que se configurou como senso comum nos sentidos instituídos de Humanismo e Humanização, a saber: o Homem-ideal (metro-padrão). Homem, este, abstrato e universal, que serviria de valor moral a partir do qual poderíamos rebater e classificar as práticas e condutas em boas ou más, certas ou erradas (NEVES; MASSARO, 2009, p. 512).

Trata-se, portanto, de uma concepção de humano que parte das formas de ser que se constituem no concreto das experiências dos serviços. Uma forma de ser humano que não está dada desde sempre ou que se define a partir de um modelo geral de humanidade. Por conseguinte, não parte de um entendimento de humanização como um processo que objetiva aproximar os diferentes sujeitos desse ideal, do homem-padrão (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605).

Não fomos feitos apenas de uma forma humana, nem sequer somos feitos de forma. Em nós, como em tudo, a forma é efeito do encontro de forças. Essencialmente somos compostos de forças. Há forças que singularmente criam o modo humano de ser. Se mudássemos o modo de relacionar as forças do homem, forças de imaginar, de lembrar, de perceber, de agir, de pensar, de acreditar, enfim, de desejar, poderia aparecer um novo humanismo? [...] (FUGANTI, 2009, p. 669).

Nesta pesquisa sobre os usos do termo humanização foi possível observar a polissemia do termo e, aqui, destacamos dois eixos de análise: humanização ligada a uma conceito de homem bom idealizado, marcado por uma postura piedosa e humanização como conceito experiência onde não há um ideal de homem, mas vários homens que vivem, choram, riem, e são forjados no concreto das experiências vividas no cotidiano dos serviços de saúde e em outras esferas da vida.

A realização desta pesquisa, a nosso ver, contribui para uma análise do modo como nos serviços o termo humanização tem sido utilizado na academia, e, conseqüentemente os efeitos dos modos como se opera a partir dele, visto que, muitos artigos trazem experiências e pesquisas realizadas, principalmente, em hospitais e maternidades, bem como para o entendimento de que esse tema ainda não está esgotado e ainda merece nossa atenção.

A discussão da humanização como proposta de melhoria da qualidade dos serviços e espaços físicos, como respeito à vida dos diferentes sujeitos, atendimento resolutivo, ética e respeito aos direitos dos usuários e das parturientes é, certamente, relevante. Entretanto, no nosso entendimento, tais análises não se efetivam a partir dos processos de trabalho e nos modos de gerir e cuidar que indissociem gestão de atenção, preocupação posta desde o início pelo grupo formulador da Política Nacional de Humanização.

“E aí nasce a idéia da construção de uma política de humanização. Então, uma política que pudesse ser integradora, transversalizadora e, pudesse ter um outro objeto, que é problematizar processos de trabalho, organização do processo de trabalho entendendo então, que aquilo que pudesse ser tomado como desumano, era o efeito de certos modos de organização do trabalho [...] e a partir daí começa uma outra história” (S4).

É nessa perspectiva que afirmamos a importância de investir em um outro humanismo, com uma ideia de humano que no cotidiano dos serviços possibilite aos trabalhadores e usuários, protagonistas da ação, discutir e refletir sobre o modo de fazer e pensar a saúde.

Logo, operar com o conceito de humanização, para além da ideia de homem modelo ideal, é experimentar no cotidiano a noção de coletivo e transversalidade, onde a

abertura a comunicação, não se dá por níveis, mas entre níveis, com análise de processo de trabalho e estabelecimento de redes e vínculos solidários.

O resultado da pesquisa sobre o sentido dado ao termo humanização, entre os anos de 2003 e 2009, pode ser visualizado por meio do gráfico 1 que expressa no eixo horizontal: o ano de publicação/realização dos trabalhos e, no eixo vertical: a quantidade de vezes em que cada sentido foi utilizado, de acordo com os eixos apresentados ao longo da pesquisa.

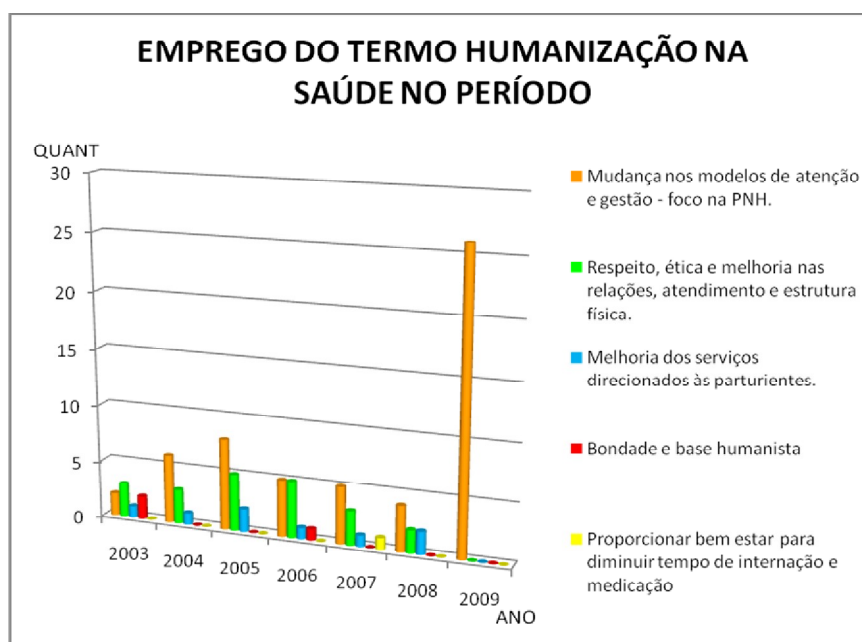


GRÁFICO 1 – Emprego do termo humanização na saúde no período 2003 a 2009

No total, noventa (90) artigos foram pesquisados e desses, cinquenta e cinco (55) resultados abordaram o tema da humanização ligado ao conceito experiência, humanização que se efetiva no cotidiano dos serviços por meio da indissociabilidade entre atenção e gestão e análise dos processos de trabalho, segundo proposta da PNH. Outros vinte e um (21) resultados levantaram questões também relevantes para melhoria da saúde, como a ética, o respeito à vida e, melhoria do atendimento e estrutura física, contudo foram classificados em outro eixo por não abordarem a análise dos processos de trabalho, que consideramos indispensável quando temos como aposta uma efetiva reversão do que tem sido vivido hoje nos serviços: práticas verticalizantes e autoritárias. Oito resultados tratavam da humanização voltada especificamente para a questão do parto, cinco destacavam a importância da

bondade no trato com o outro, segundo bases humanistas e um último resultado destacado separadamente por abordar a questão da humanização especificamente em relação à diminuição do tempo de internação e medicalização.

No gráfico 2 as informações estão agrupadas, não havendo diferença de utilização por ano, para termos uma visão mais ampla dos sentidos dados ao termo humanização na saúde, no período pesquisado.

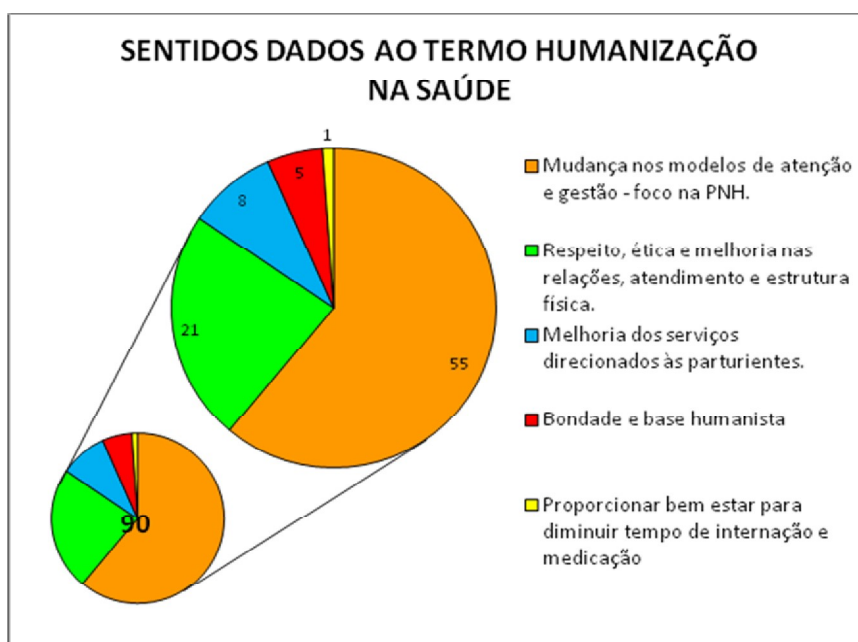


GRÁFICO 2 – Sentidos dado ao termo humanização na saúde

ESTAÇÃO SÉ: UMA HISTÓRIA COM VÁRIOS SOTAQUES

Foram longas e diversificadas as conversas que tivemos em torno do tema da Política Nacional de Humanização do SUS/MS. As narrativas trazem as marcas de quem narrou, que, misturadas a muitas outras, produziram uma rica polifonia. Apesar de apresentadas na íntegra, no anexo deste trabalho, trazemos aqui alguns trechos dessas conversas por sua força problematizadora. Optamos, então, apresentá-las nesta estação.

Durante a conversa, cada um, de acordo com sua vivência e vínculo com a PNH, privilegiava determinados aspectos que expressam a experiência vivida. Com eles buscamos um “exercício de problematização”, uma vez que não perseguimos soluções ou criticar problemas e, sim, um exercício que ao tomar tais práticas fizemo-las entrarem “[...] no jogo do verdadeiro e do falso” (FOUCAULT, 2005, p. 70) construindo questões para o pensamento.

Com esse objetivo, o material desta estação foi organizado em alguns eixos.

O primeiro eixo “**Humanização: Programa e Política**” traz questões relativas ao PNHAH e a PNH. Como já assinalamos, o tema da humanização não é exclusivo do campo da saúde e/ou da PNH. Contudo, a Política Nacional de Humanização do SUS ao apostar nesse tema polissêmico, o faz radicalizando sua conceituação e, propondo um conceito experiência desvinculado da ideia de humano bom e idealizado.

Desse modo é importante marcar neste eixo, alguns movimentos, então disparados com a criação do HumanizaSUS, e o diálogo feito com a experiência no PNHAH.

No eixo “**Processos coletivos na construção da PNH**” destacaremos alguns movimentos e experiências que afirmam a PNH como política pública no campo da saúde e do SUS, os desafios conceituais e metodológicos enfrentados e uma experiência de intervenção em hospitais.

Modulações trata das marcas e mudanças ao longo da experiência da PNH na máquina de Estado, quando foram desencadeadas mudanças de gestão.

Finalizando, o eixo **PNH: uma obra aberta** é um eixo que aborda algumas questões que problematizam os modos de funcionamento da política hoje e, o embate com as atuais políticas de governo.

3.1 HUMANIZAÇÃO: PROGRAMA E POLÍTICA

a) PNHAH – PNH

O tema da humanização não apareceu pela primeira vez no Ministério da Saúde com a proposta do PNHAH. Já havia na saúde iniciativas de humanização do parto, da saúde da criança e, como tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Frente a essa movimentação, o governo à época volta sua atenção para o tema:

“[...] Eles tomam essa preocupação e se perguntam: que história é essa de humanização? E o que aparece como mais problemático para nós aqui? E eles identificam que o que era mais problemático eram os hospitais, e propõem um Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, coordenado por E., e que tem um caráter programático, eles contratam uma equipe externa, uma ONG, que tem uma pauta de intervenção que é humanizar os hospitais [...]” (S4).

“[...] só lembrando um pouco então a história do PNHAH. O PNHAH, ele foi uma iniciativa do governo anterior, ao primeiro governo L., quando S. ainda era o Ministro. E o S. por um contato que ele tinha nessa área mais psi, vamos chamar assim, passa a ficar interessado, ou consegue sensibilizá-lo para essa discussão da humanização. E, ele começa a financiar algumas atividades, na verdade um programa, nessa perspectiva da humanização, e ele vai fazer isso através de uma Organização Não Governamental em São Paulo”.

“[...] Essa organização foi uma das primeiras, um dos primeiros hospitais dia em São Paulo, privado, mas de muito boa qualidade. É um pessoal bem avançado, bem interessante, afinado com a discussão da reforma psiquiátrica. Então ela fez contato com esse pessoal, se esse pessoal, se estavam interessados em entrar nessa

discussão, e aí uma das pessoas dessa organização, também passou a ser digamos co-coordenador do PNHAH”.

“E o dinheiro para as ações era então repassado para essa organização e essa organização então providenciava os serviços. O contato com o Ministério da Saúde era um contato muito frágil. Era quase como um programa paralelo ao próprio Ministério. E isso se confirmou quando nós entramos no Ministério e, nós fomos conversar com as diferentes áreas para poder ver em que ponto estava essa discussão da humanização, e praticamente ninguém sabia disso”.

“Tinha uma pessoa no Ministério, de um departamento que tinha acompanhado o contrato dessa organização. Mas ninguém sabia, quais eram os hospitais, na verdade eles só trabalhavam em hospitais nessa época, quais eram os hospitais, porque que tinham sido aqueles hospitais, que tinham sido escolhidos, quais eram as ações, eles mal tinham alguns relatórios”(S10).

Os hospitais que participaram deste Programa eram vinculados ao SUS sendo esses hospitais universitários, estaduais ou filantrópicos. Houve uma primeira fase com alguns hospitais e uma segunda onde o número de participantes e hospitais foi ampliado. Contudo, a atuação desse programa ficou limitada a intervenções em hospitais não privilegiando e integrando todos os serviços do SUS.

“Tinha uma preocupação com a capacitação, a estratégia principal que era usada, era de capacitação de algumas equipes, de alguns desses hospitais, pra que esses hospitais então constituíssem um núcleo de humanização dentro do hospital que pudessem trabalhar dentro do hospital expandindo essas ações que eram bastante preocupadas como: como atender melhor, como receber melhor o paciente, como olhar para as questões relacionadas aos aspectos subjetivos desse paciente”.

“Numa segunda fase, começou a se pensar também um pouco nos trabalhadores, entendendo que para um hospital poder implementar ações humanizadas, ele precisava também olhar para esses trabalhadores que em geral viviam situações muito precárias de trabalho. Portanto, eles próprios não eram entre aspas humanizados, pra pegar um pouco o sentido lato, de humanização que se empregava naquele momento”.

“Então, foi um trabalho interessante, foi um trabalho feito com seriedade, foi um trabalho em que basicamente psicólogos estiveram envolvidos na sua implementação e muito nessa linha da capacitação da construção de núcleos, e o olhar tanto para os pacientes quanto, numa segunda fase, para os trabalhadores” (S10).

Aspectos importantes do cuidado com os pacientes e trabalhadores foram privilegiados no PNHAH, no entanto, o grupo de propositores da PNH vai trazer uma ampliação desse debate, aliando essa discussão com uma análise dos processos de trabalho, como vemos na fala que se segue:

“[...] A nossa intenção não era terminar o PNHAH, ao contrário, tanto que o nosso primeiro movimento foi integrá-los, chamá-los pra conversar e dizer: olha vocês já desenvolveram algumas ideias, algumas estratégias, já tem alguns encaminhamentos e não tinham propriamente resultados. O sistema de monitoria não existia, não existiam ações que aliassem essa discussão do acolhimento com os processos de trabalho. Então era ainda uma situação muito inicial e muito focalizada, eu diria”.

“Então nós chamamos essas pessoas. Eu disse, nós chamamos, porque por orientação mesmo do G., eu acabei assumindo a coordenação dessa ainda não política, dessa ação de humanização, e nós começamos a fazer um duplo movimento, um movimento pra dentro do Ministério pra poder saber como é que estava sendo encarada essa discussão pelo Ministério, quem estava envolvido nessa discussão, e ao mesmo tempo uma discussão com essa organização não governamental, com esse grupo basicamente de psicólogos, para poder incluí-los, duplamente incluí-los nas políticas e programas já do SUS, porque nos interessava fazer com que essa humanização virasse algo mais transversal, até então não era, ao contrário, como eu lhe disse era bem paralelo”.

“Então era uma inclusão na relação com outros programas, mas também a inclusão de outros serviços, outras estratégias, outras linhas de trabalho que pudessem também usufruir desse chamado guarda-chuva da humanização. E a relação foi muito delicada com eles, muito difícil num primeiro momento, por quê? Porque o

governo anterior, o governo do S., tinha saído devendo ainda pra essa organização um dinheiro”.

“[...] eles queriam que fosse repassado, através de assinatura, um acordo de um convênio, passasse o dinheiro pra eles e eles desenvolviam a ação, exatamente como era feito. E isso era completamente contra o que nós queríamos, e acreditávamos enquanto possibilidade de sustentabilidade com a política pública. Nós queríamos a humanização como política não mais como programa, e queríamos que ela tivesse sustentabilidade”.

“E para ter sustentabilidade ela tinha que estar ligada, vincada, integrada às demais políticas. Então esse foi um sério ponto de atrito, com esse grupo. E demorou mais ou menos uns seis meses pra que a gente, fizemos um grupo de trabalho, eles iam sistematicamente ao Ministério, e nesse grupo de trabalho nós o que fomos fazendo? Além deles nós fomos incluindo também atores chaves de outras áreas do Ministério da Saúde [...]”.

“[...] ao final desses seis meses, terminavam os contratos deles também, e nós abrimos então, abrimos para que outras pessoas pudessem se candidatar, para serem consultores da Política. E eles claro, podiam também se candidatar. E a maior parte deles não aceitou se candidatar achando que não era esse o acordo, que o acordo é que eles levariam a coordenação da política, e nós então nos fizemos contrários a essa posição”.

“Então assim, a transição foi uma transição delicada, uma transição difícil [...]” (S10).

Alguns psicólogos que participavam do Programa foram incorporados à PNH e, dos que ainda estão na Política, ouvimos sobre essa experiência no PNHAH.

b) Uma experiência no PNHAH

“[...] minha inserção na humanização é desde o PNHAH, quando se pensaram em 90 hospitais no Brasil inteiro, pra implantar a segunda fase, que a primeira foram com 6 hospitais. E aí fizeram uma fase que era por região, e eu fui como diretora, participar desse programa de humanização da atenção hospitalar.

“Esse Programa propunha a formação de um grupo de trabalho [...]. Nosso hospital foi escolhido pela humanização do parto e nascimento, porque a gente era de certa forma uma referência pro Ministério da Saúde. Várias pessoas iam lá fazer formação, com toda aquela coisa de mudança de prática mesmo, acompanhante, familiar participante, tudo isso. E aí, a gente fez um grupo de trabalho que era um dos passos do PNHAH, e na verdade esse grupo de trabalho, ele não tinha uma potência, porque era um grupo que o jeito de fazer que nos era indicado, era por adesão – quem queria”.

“A gente viu é que, esse grupo era dos grupos mais despotencializados, no sentido de: menos representativos da instituição, que iam pro grupo. Então foi um espaço de, vamos dizer assim, de quem não tinha voz, muito na instituição que iam pra este grupo. Esse grupo ele tinha algumas tarefas de fazer difundir algumas coisas. Então saiam do grupo algumas tarefas que eu ficava pensando: ‘mas essas pessoas não vão saber fazer’, não é saber fazer desculpa, elas não estavam no lugar de fazer, coisas que era tipo plano de ação que você punha questões pra outros”.

As questões apontadas indicam desafios importantes na implantação dos grupos de trabalho da humanização à época do Programa. Apesar das mudanças propostas pela PNH, de indissociabilidade entre atenção e gestão e inclusão da discussão dos processos de trabalho na temática da humanização, esse desafio foi se constituindo como prioridade.

A PNH, então, como política pública privilegia a experiência do dia a dia dos serviços destacando a valorização do trabalho e do trabalhador, ampliação da clínica, fomento de rede, ampliação do grau de transversalidade, dentre outros. O enfrentamento desses desafios, conforme indicam os entrevistados, é diário de forma que as cristalizações sejam indagadas.

“[...] Então a gente se viu numa embolada, uma coisa meio assim, acabou terminando por aí, nesse plano de ação, com muitas ações, e com um grupo que não estava dentro da gestão, e não tinha esse papel de fomentar, de agregar. Era mais um executor que não executava, foi assim. Acabou o PNHAH, o grupo se desfez, teve muita confusão, e acabou parando de se encontrar [...]” (S7).

3.2 PROCESSOS COLETIVOS NA CONSTRUÇÃO DA PNH

Nossa aposta neste eixo é apresentar alguns processos, narrados durante as conversas que apontam para a construção de um trabalho coletivo em relação à criação dos conceitos propostos pela PNH, os métodos formulados para abordar o tema da humanização, as estratégias de visibilidade da política como obra aberta.

a) Desafios conceituais

Apesar de a PNH ter sido criada no ano de 2003, na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, muitos dos conceitos, propostos no seu Documento Base já haviam sido criados e experimentados em outras situações de formação de profissionais em diferentes áreas e atuações, no campo da saúde.

“Eu acho que a melhor palavra você mesma usou, composição. E aí tem mesmo muitos dos conceitos e dispositivos, que já vinham sendo experimentados especialmente lá em Campinas, e mais especialmente ainda propostos, pensados e organizados, vamos chamar assim, pelo G., é verdade. O G. é uma pessoa que tem um lugar muito destacado, e de grande produção teórico técnica no campo da saúde coletiva, e não é de agora, isso aí é desde o início dos anos 90, final dos anos 80”.

“O G. então é uma pessoa que tem mesmo um papel de destaque no campo da saúde coletiva e sempre com essas inovações, e ele vinha experimentando e já havia experimentado em outros lugares, mais consistentemente ele fez umas experimentações de alguns desses dispositivos, quando ele foi secretário de saúde, pela segunda vez, em Campinas quando ele fez então a proposta da saúde PAIDEIA, isso foi 2001, 2002 [...]. E, boa parte desses dispositivos ele vinha já, ele e a equipe dele, vinham experimentando mais consistentemente em Campinas [...]”.

“E o G. sempre foi muito interessado na discussão da análise institucional. Ele achava que a análise institucional tinha uma contribuição muito importante para a perspectiva mais integrada que ele queria dar a saúde, que era a proposta da saúde PAIDEIA. Então ele queria efetivamente pegar o elemento da subjetividade, que em

boa parte das propostas da saúde coletiva, não conseguia alcançar, ou não conseguia propor em termos de dispositivos e de estratégias”.

“Então ele era muito interessado em análise institucional. Eu já o conhecia antes de ir para Campinas fazer o pós-doutorado com ele, porque eu e um outro grande amigo chamado A., nós dois tínhamos feito um trabalho de análise institucional em Campinas, quando eu ainda estava fazendo minha tese de doutorado, isto significa 1992/93”.

“Quando eu então vou fazer meu pós-doutorado, eu faço uma proposta de pesquisa para a UNICAMP com ele, e então ele me recebe e nós ficamos trabalhando durante 2000/2001, que eu terminei meu Pós-doc e depois em 2001 e 2002 eu fiquei assessorando o G. junto com outros [...] companheiros e, nós nos constituímos numa equipe de seis analistas institucionais. E nós demos durante esses dois anos em que o G. era Secretário de Saúde, nós demos uma assessoria institucional, técnico institucional vamos chamar assim, para a constituição da proposta da saúde PAIDEIA [...]”.

“Então assim, não apenas eu mais esses outros companheiros. Nós fomos analistas institucionais, digamos assim, do sistema de saúde PAIDEIA implementado em Campinas. E foi uma experiência linda, foi uma experiência riquíssima de grande aprendizado para todos nós”.

“Então esses conceitos que o G. vinha fazendo, experimentando, e mais esses outros companheiros também, nós que éramos analistas fomos também acompanhando e complementando com outros conceitos, outras abordagens e outras leituras” (S10).

O encontro e trabalho experimentado por esse grupo, não ficou limitado a uma época e um lugar. Quando em 2003 o novo Secretário Executivo assume esse posto na Secretaria de Atenção a Saúde no Ministério da Saúde, outro modo de gestão, coletivo, é experimentado. As pessoas que já vinham trabalhando juntas em Campinas e em outras Universidades, no campo da análise institucional, de pesquisas voltadas aos processos de produção de subjetividade e saúde coletiva foram novamente se juntando, compondo o que podemos nomear de uma “política

da amizade”. E o seguinte desafio foi colocado para o grupo: “[...] pensar nessa proposta de humanização para além disso que está colocado” (S10).

“O que está colocado até agora é uma posição muito mais humanista do que uma Política de Humanização que nós queremos criar. [...] Eu fui juntando a galera psi, com a galera da saúde coletiva, colocando um desafio pra ambos. Tanto pro pessoal psi, vamos dizer assim que não tinha tanta experiência de SUS nem tanta experiência de saúde coletiva, quanto para o pessoal da saúde coletiva que não tinham essa leitura da análise institucional e da produção da subjetividade”.

“Então na verdade os conceitos e dispositivos, etc, eles foram sendo sistematizados, consolidados, agregados, compostos, nessa composição de linhas, nessa composição de perspectivas. Então saiu uma outra coisa, que é um tanto, bastante do que o G. já tinha produzido, um tanto bastante do que nós já tínhamos produzido no campo grupalista, no campo da análise institucional, no campo da subjetividade. Mas o que apareceu foi um híbrido disso, o híbrido com diferenças, por que nem é exatamente uma coisa, nem é exatamente outra” (S10).

b) Desafios metodológicos

Quando este grupo chega ao Ministério da Saúde, outro desafio se coloca: o metodológico. Vivíamos uma mudança de governo no país na esfera federal e os trabalhadores do Ministério temiam as mudanças internas, com destruição e criação de novos departamentos.

Um novo grupo, com outras propostas chega à Secretária Executiva: a criação de uma Política de Humanização e, no processo de instituição da referida política, de um conceito de humanização desvinculado das ideias do humanismo piedoso, um projeto de ampliação do grau de transversalidade foi iniciado.

“Enquanto estávamos fazendo essas articulações relativamente pequenas do ponto de vista de quantidade de pessoas envolvidas e de costurar conceitos, ideias, mas: nós vamos fazer isso como? Como é que envolve a atenção básica? E isso eram reuniões semanais, mais que semanais, tinha periodicidade mais curtas até, um paralelo falou temos que fazer uma ação de intervenção e daí foi um pulo e aí tem

alguns documentos que vão integrando a propostas que é aprovado pelo secretário executivo [...]”

“[...] projeto barracas de saúde [...] era um projeto que visou propiciar um primeiro contato da direção nova com os funcionários que aqui já estavam no Ministério de apresentação mútua. Então a ideia era de ouvir um pouco os servidores sobre quais as expectativas que eles estavam tendo, perguntas, respostas, inseguranças, medos, recados que a gente chamou de recado, recados que eles estavam querendo dar para nova gestão e quais eram os recados do pessoal que estavam chegando, quais eram os recados tanto em termos de promessas como de expectativas, incertezas dos que estavam chegando [...]”.

“Há um outro aspecto que é tão fundamental quanto, eu nunca vou saber dizer qual, é que o secretário executivo tinha um poder real de Vice Ministro de muito ligado lá com o Ministro de gabinete com o restante da direção, bancar aquilo e discutir aquilo com a direção e aquilo ficar respaldado. Por que ficou muito evidenciado quando a gente foi promover os encontros, de que o povão queria falar de a chefia quem é, os novos que estão chegando, não manda pé rapado para falar com a gente, de preferência que fosse o Ministro, se não o Ministro, o Secretário Executivo, ou pelo menos diretor[...]”.

“Há na cultura organizacional do Ministério ou de qualquer órgão de querer falar com quem eles acham que tem o poder, porque falar com uma pessoa qualquer, posso até falar, mas eu quero saber o que é pra valer. Então isso é uma química extremamente delicada, porque garantir nos eventos das barracas os dirigentes que eu vou chamar de primeiro escalão, que seriam os secretários no nível dos Ministérios, era muito difícil, uma correria maluca, começo de governo, todo mundo fazendo um monte de coisa, garantir que esses caras reservassem meia hora e fossem lá conversar com o pessoal, isso foi das lutas principais da minha vida naquele período porque isso era fundamental[...]” (S8).

Esse projeto foi apelidado como o encontro dos dinossauros, que eram os funcionários do Ministério da Saúde e os ET's, que era a equipe da PNH, os alienígenas que chegavam ao Ministério. Assim os ET's chegaram propondo uma metodologia participativa, com o objetivo de criar e ampliar a comunicação.

O objetivo era promover a integração dos diferentes servidores com os gestores/administradores e também a integração entre esses servidores em seus diferentes níveis. Eram encontros programados para receber até 50 servidores, mesclados das diversas áreas, e as inscrições para participar eram feitas via sistema intranet.

Na programação do encontro além da integração, de trabalhos em grupo, apresentações, discussão sobre expectativas, recados e perguntas, a humanização também tinham espaço.

“Acho que na parte da manhã tinha uma fala esquematizada da R. sobre a Política Nacional de Humanização, que falava dela em geral, mas falava que humanização era uma humanização também pra dentro e, que era nesse âmbito que esse projeto estava e, colocar as pessoas num processo conversacional e de trocas horizontais e transversais era da essência da política que a gente estava começando a construir”.

“Havia uma boa vontade enorme dos funcionários tanto em falar, mas também em ouvir os dirigentes. Os dirigentes tinham um grau diferente de adequação a este modelito, porque as pessoas se escondem em Power Point, em gravatas e ternos, às vezes por timidez de falar ao público, por medo porque não tem respostas ainda para um monte de coisas, então não eram todos que vinham e que tinham o mesmo grau de desenvoltura, mas a maioria tinha porque também a ida lá eram voluntária da parte deles, dos servidores. Dos dirigentes não era exatamente voluntária mas ninguém era obrigado a ir. A gente fazia um forte incentivo, tinha que ter, mas aquelas pessoas que tivessem muitas dificuldades, que não tivessem, não se acertassem naquele modelito não iria, não eram obrigados a ir, e alguns não se acertaram, chegaram lá fizeram palestras e foi o que aconteceu”.

“Isso foi um aprendizado que o grupo teve que algumas pessoas o nível de conversa que elas têm é de repasse da posição delas, não era exatamente uma interlocução e nem por isso as pessoas não ficavam interessadas as pessoas estavam trazendo a proposta que estava sendo implantada aí, então não era exatamente o objetivo principal, mas também fazia parte de conhecer a proposta do outro, então isso foi, variou nas semanas, foram se não me engano cinco ou sete barracas em 5 semanas seguidas” (S8).

c) Uma marca coletiva

A Política Nacional de Humanização, com o objetivo de fortalecer e reafirmar os princípios do SUS, propõe um conceito de humanização que busca romper com o conceito sintoma de bases humanistas.

Essa proposta radical colocou desafios no campo conceitual, metodológico, mas, também, no modo de dar visibilidade a esses processos. Por isso a marca da PNH não poderia reforçar o conceito sintoma do bom humano, apresentado um material publicitário com rostos bonitos, saudáveis, perfeitos ou artistas conhecidos.

Na direção do conceito experiência era preciso pensar uma marca que expressasse o homem real que vive e compõem o coletivo do SUS. Criar uma logomarca e cores para que os documentos da PNH tivessem uma cara e uma cara que não privilegiasse determinadas formas de ser humano, incluindo a diversidade étnica, de Gênero, etc.

“A questão da cor, também era uma outra agonia, todo governo (eu já estava no Ministério há muitos anos, desde 94) e eu vinha percebendo essa coisa, muda de governo, muda cor. As cores então, elas são importantes e elas identificam um governo, um partido. E aí você começa a tomar partido, se é daquela cor, não gosto! Então primeira coisa que eu pensei: vamos pensar numa cor que ela não tenha contato com PT (Partido dos Trabalhadores), não lembre o PT, que é o partido do governo hoje, o vermelho. Então vamos sair do vermelho, vamos buscar uma outra cor que não seja essa e nem seja o azul que é a cor do PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), que era a cor do governo passado. Oposição, situação, nada disso! A gente tem que pensar uma cor de estado, uma cor que seja pra todos, que ninguém entenda como uma cor de um partido ‘x’, da oposição ou da situação [...]”.

“Aí eu pensei, em trazer, continuar com o verde, já que o verde era cor da saúde, tinha uma relação forte com saúde, esperança, e a gente trouxe o laranja, que era a cor que combinava. A R. propôs o laranja, a gente começou a fazer o estudo do laranja com verde, juntamos as cores, fizemos vários estudos, e vimos que eram as cores, porque não traziam partidos fortes que estavam disputando eleições no caso

PT e PSDB. Com isso a gente já tinha a cor e, precisava criar a logo, a identidade visual, e completar a identidade visual que começa com as cores mesmo. Aí é criada a palavra humanizaSUS [...] e a gente chega no desenho da cruz abraçando, sorriso, a carinha e humanizaSUS [...] A carinha ela sintetizou a idéia do retrato que a gente traz pra PNH[...]" (S9).

A logomarca trazia na forma da carinha a ideia dos diferentes sujeitos que compõem o SUS, mas foi também desenvolvido um projeto de identidade visual, onde seriam colhidas fotos das pessoas para compor os documentos da PNH. Esse projeto foi posto em prática durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) quando também foi feito o lançamento do Concurso David Capistrano e, com toda a movimentação do Studio de fotos e distribuição de camisetas verde e laranja, a PNH ganham visibilidade.

“Até então nunca tinha acontecido isso, de utilizar no stand um Studio. Eu tive um embate com a área de comunicação,[...] achavam um absurdo a gente fazer um Studio num stand, o stand era só pra entregar material, publicações, material das áreas, saúde do idoso, da mulher, etc”.

“A gente fez a proposta diferente que era fazer o lançamento do concurso David Capistrano, as inscrições eram feitas ali, as pessoas pegavam a fichinha e faziam o estúdio, que era a captação de imagem do retrato de cada um. Porque a idéia era fazer a logomarca a partir da cara de todo mundo. Porque não fazer uma logo a partir do humano mesmo, do retrato do humano, da identidade de cada um, da cara de cada um?!”.

“E aí, mais uma ferramenta que eu utilizei foi a camiseta. Sabia que as camisetas, elas davam uma potência, porque, cada um que usasse a camiseta ia estar andando pela Conferência, e fixar a cor na cabeça e no imaginário, e eu consegui. Nós compramos 600 camisetas, 300 verdes, 300 laranjas, com nome humanizaSUS. Então essa camiseta começou a circular, quem participava tanto do stand de filmagem ou foto, já ia ganhar a camiseta, e aí, aquele espaço que era o mais isolado da Conferência, se tornou o mais visitado, o mais desejado, uma fila enorme, e todo mundo de camiseta, todo mundo discutindo e falando o que era o SUS, e que a humanização tem que acontecer”.

“A gente provocou esse frisson, foi calculado mesmo, queria provocar, mexer, que a Conferência fosse afetada, em alguma medida, e aí, a humanização já começa a colocar a cara de fora, a ter um rosto, uma cor. E essa cor ela se fixou com esse movimento”.

“A ideia era pegar essas pessoas, a cara delas, que elas tinham autorizado o uso dessas imagens, ao invés de pagar um modelo, a gente usar nos documentos, na PNH. [...] a minha sensação é que se a gente conseguisse colocar a cara deles nas publicações do Ministério da Saúde, quando esse documento voltasse para as mãos deles, em outro momento, eles iam poder também disseminar entre os parceiros, colegas do município, da sua comunidade, até mesmo porque ele está ali. Essa potência tinha calculado que esse era outro aspecto, a coisa de usar, a pessoa se sentir importante, inserida, ela por se sentir importante, inserida, protagonista, ela faz questão, vai fazer questão de mostrar: “- olha estou com a cartilha da humanização, eu to aqui na cartilha”. E alguém vai lá e fala: “- poxa, deixa eu ler isso aí”. É um outro mecanismo, outro jeito de difundir e disseminar os princípios da política [...]” (S9).

d) Uma intervenção em hospitais federais no Rio de Janeiro

Ainda como um desafio metodológico a experiência de intervenção no Rio de Janeiro foi importante visto que o Rio é um dos poucos Estados que possui hospitais federais e, a intervenção nesses serviços foi uma experiência importante nesse sentido.

Logo, nessa intervenção, inicialmente com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Hospital dos Servidores do Estado e Instituto Nacional de Trauma e Ortopedia (INTO), a estratégia usada foi juntar esses hospitais para formar uma rede, estabelecer uma conversa entre eles e fazê-los conhecer a Política, por meio de uma metodologia construída coletivamente.

“A gente fazia encontros itinerantes, uma vez por mês, em cada mês um hospital nos recebia, a nós, e aos representantes da humanização nas unidades. E a estratégia era que, de alguma forma os próprios gestores pudessem estar um pouco

se comprometendo minimamente com essa discussão, por isso ele rodava nos hospitais, era itinerante, cada hora em um lugar”.

“Inicialmente iam todos os gestores, depois começou aquele história: manda o representante, o gestor não pôde. A não ser o gestor da casa, esse sempre aparecia e abria. E aí qual era a ideia? Era, não só, a gente começar a conversar, mas, também estar construindo com eles, uma apresentação do que era essa política, quais eram os dispositivos e, é montar junto com cada unidade, o que cada um vinha fazendo sobre humanização, e ao mesmo tempo, qual seria o objetivo de cada unidade, de acordo com um processo que tivesse”.

“Então você tinha, por exemplo, no INCA, já montado, uma recepção integrada, onde a gente vinha discutindo depois com eles mais essa questão da articulação com a gestão. Mas o INCA já tinha um certo trabalho, voltado para isso. E o INCA, tem um modo de funcionar, que por um lado é muito interessante, porque eles tem uma certa autonomia de vôo. Por outro lado, é aquilo que eles montam, e eles não deixam ninguém muito entrar, porque eles na verdade são um hospital que está ensinando isso aí, ensinar todo mundo, o INCA tem esse funcionamento”.

“E a estratégia da gente era não tensionar isso, mas ao contrário, transformar isso em possibilidade do INCA, então a experiência que o INCA tinha, passar para os outros, valorizar, para não entrar num embate. E isso funcionou de uma maneira interessante, apesar de todas as rixas, porque tinha a diferença crucial que era de verba. A verba que o INCA recebe, toda a discussão da fundação articulação do INCA direto no Ministério, com o Ministro, em geral as demandas do INCA não passam pelo que era antes a Secretaria Executiva, vai direto a Deus”.

Frente a essas questões, foi usado como estratégia, pedir aos participantes do grupo que montassem um projeto de intervenção que foi sendo acompanhado, monitorado e avaliado a cada encontro. Muitos hospitais não conheciam o trabalho um do outro e quando era perguntado que ações de humanização havia nos hospitais, grande parte das ações apresentadas ainda estavam associadas a um conceito de humanização que não problematiza os processos de trabalho e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

“Até que um dia a gente inventa em 2004, o que a gente chamou de Humaniza Rio, que era um encontro que foi sediado no INCA, onde a gente fazia encontrar: os hospitais federais e os hospitais que estavam no QUALISUS, que é uma outra política que emerge junto com a humanização, isso em 2004, se começa a construir uma qualificação das urgências. Então é uma política que também estava na Secretaria Executiva naquele momento, era coordenada pelo A., [...] e a tentativa era, como é que a gente juntava nessa qualificação das urgências uma ação, que eles chamavam de uma tecnologia de um modo de saber mais duro, com essa discussão da humanização”.

A proposta de trabalho da humanização era também de costurar a humanização, dentro do Ministério, com as outras políticas e, esta costura (juntando consultores de uma política e de outra) foi feita em relação ao QUALISUS, que era inclusive uma política que concorria com a verba destinada para o HumanizaSUS.

Essa experiência teve o Rio como um espaço piloto do QUALISUS e foi construída com base nas experiências do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, na organização da sua urgência e emergência. E, apesar de um trabalho em conjunto, as diferenças de intervenção produziam um tensionamento que expressava modos diferentes de fazer gestão coletiva.

“[...] e é muito engraçado porque a humanização produzia uma diferença, estando nos lugares. Quer dizer: espera aí! Mas olha só, essa questão sua é muito aberta, é muito fechada, a é? E o S. tinha a maior abertura para isso, e o pessoal do QUALISUS ficava uma fera porque dizia que a humanização às vezes atrapalha”.

“Só que a gente fez uma aliança muito legal com o S., então, várias vezes mexemos nos documentos, [...] o próprio pessoal do QUALISUS começou também meio que a experimentar isso, para botar ele mais a cara do Rio de Janeiro, e dos hospitais nossos, que era emergência aberta, diferentes dos hospitais lá de Ribeirão Preto, que era uma emergência com rede regulada”.

“Então como fazer isso no Rio de Janeiro sem rede, pactuada, sem rede formalizada?! E a partir daí a gente vai para os hospitais, sempre uma dupla e esse processo do QUALISUS é uma intervenção no hospital. A gente faz uma junção que são dois hospitais municipais que é o “Sousa Aguiar”, que é uma grande emergência

do Rio, “Miguel Couto”, a outra emergência municipal, um estadual que é o Hospital Rocha Faria lá na ponta do Rio, lá na zona, acho que é zona oeste do Rio, também era emergência, e o Hospital Geral de Bonsucesso que era federal e o Andaraí que era municipalizado”.

A proposta de formar redes, transversalizar e, fazer conversar lateralmente vai à contramão do padrão hegemônico de funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Ir em direção oposta, lateralizando os processos, era sentido como algo que “atrapalhava” os encaminhamentos.

Assim, nesse processo coletivo os consultores, de diferentes modos, iam construindo estratégias para montar um diagnóstico e, alguns consultores trabalhavam preenchendo e conferindo um check list, um modo de intervenção modulado pelos consultores da PNH.

“Trazíamos para reunião e dizíamos, foi preenchido isso, vocês acham que é isso, é isso aqui mesmo? Vocês têm esse equipamento? Essa demanda é para isso? E a gente fazia o quê? A gente não só trabalhava com esses dados, mas, também a gente fazia o percurso do usuário no hospital, onde é a entrada? E aí nós andávamos pela emergência e conhecíamos ali o modo de funcionamento, a gestão do processo, a questão dos leitos. Então, a gente pegava assim várias situações que aconteciam, uma situação assim, analisadora, e daí a gente fez um relatório e demos o relatório para as pessoas da unidade ler, além, lá do pessoal do QUALISUS. [...] Então, na verdade tinha umas complicações, umas modulações que eram interessantes quando a gente sentava toda quarta-feira, para discutir o que cada um fez, as duplas fizeram nas unidades, o que viu o que não viu”.

Muitas intervenções e encontros foram realizados e o conceito de humanização como experiência vai construindo um espaço diferenciado nos hospitais com relação ao que era experimentado na época do Programa PNHAH, onde intervir era montar grupos de trabalho, que não colocava em discussão processo de trabalho, fazendo conversar gestores, trabalhadores e usuários.

No entanto, algumas mudanças foram complicadas, porque em algumas ocasiões os diretores faziam acordo direto, com a coordenação do QUALISUS. Na emergência de um dos hospitais, só aceitaram discutir a mudança do pronto socorro para o

primeiro andar após um incidente em que um paciente ficou preso no elevador. Porém, a conversa não era fácil:

“Como é que a gente ia manter uma emergência no segundo andar de um hospital, e que morria gente?!. Bom, até que a pessoa que era diretora disse assim, mas espera aí, isso já está combinado, já está pactuado. Já está pactuado? O coordenador vermelho e verde, e aí nós da humanização estávamos fazendo este acompanhamento, batemos na mesa e dissemos: assim a gente não dá para trabalhar, assim não é possível esse nível de acordo”.

“E aí houve tensionamento, uma coisa complicadíssima e a gente meio que ameaçou sair do QUALISUS. E aí, por azar e por sorte, morre uma pessoa no elevador da emergência subindo para o segundo andar, morreu, ficou vinte minutos preso porque o elevador quebrou, a pessoa que estava sendo atendida. Isso foi um analisador, volta-se para a reunião, tudo mudou, a emergência foi para baixo” (S3).

3.3 MODULAÇÕES

A PNH, do ano 2003 a 2010, passou por várias mudanças de gestão. Quando foi criada estava vinculada diretamente a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e, com a saída do então Secretário ela passa a compor a SAS- Secretária de Ação Social. Essas modulações e diferentes modos de se vincular à máquina de estado, também influenciaram a escolha dos coordenadores da Política produzindo mudanças significativas no coletivo da PNH, tanto na sua composição quanto no seu modo de funcionamento.

“Eu fiz uma coisa terrível, muitos que saíram com R., eu não sei, pra mim eu fiquei, eu fui uma das que ficou, naqueles 6 meses de interstício entre a R. e A., que ficou a A. [...], ela não era do grupo. Naquela época com a saída do G. e R., a gente tinha uma preocupação com movimento, saímos todo mundo eu não consegui ver isso. Achava que aquela política era maior do que isso, então eu fiz uma escolha de ficar, foi muito dolorosa essa minha escolha, não queria ser vista como alguém que estava indo contra pessoa que eu amo perdidamente como B., E., R., A., C., imagina, mas

achava que a gente tinha que ficar fazendo resistência não podia entregar a PNH pra qualquer pessoa”.

“A sorte é que T. foi nomeado. T. apostava no trabalho da Regina na Câmara Técnica do Rio de Janeiro, ele sabia da R., e convida R. pra voltar. E todo mundo volta em outubro de 2005, mas de janeiro a outubro de 2005 foi punk a resistência lá dentro, eu fui umas das que fiquei brigando, discordando do modo que a coordenadora queria levar a política, queria uma coisa mais... , institucionalizar a política. Eu, S., ficamos, E. , algumas pessoas, e a gente trouxe, problematizou mais a questão da avaliação, até pra poder dizer :vamos monitorar, acompanhar os trabalhos pra ver se não perde, a humanização. A humanização sai da Secretária Executiva e vai pra SAS [...]” (S6).

A partir das conversas com os entrevistados, percebemos que o coletivo da PNH não foi constituído aleatoriamente. Esses protagonistas, militantes do SUS criaram uma política, que não é “mais uma política”, mas “uma política” com uma perspectiva integradora, com objetivo de acionar mudanças e promover melhorias em um SUS, afirmando e reafirmando seus princípios, apostando em um “SUS que dá Certo”.⁶

“Com a saída do Doutor G. do Ministério da Saúde, e toda a reorganização na época da política, eu fui convidada [...] pra assumir a política naquele momento, e acho que muito no sentido de cooperação mesmo, por estar no grupo, por estar trabalhando, e assumi. Um período de conflito, sem dúvida nenhuma, com o grupo todo constituído dentro da política, dentro de uma concepção, muito clara, muito bem definida, mas, acho que ao mesmo tempo foi um período tranquilo também. Porque na verdade, existia uma proposta que estava posta, eu assumi entendendo que era uma proposta construída coletivamente, com envolvimento de muitas instituições e muitas pessoas, e a gente tentou dar continuidade a todas aquelas ações, tanto é que todos os consultores foram mantidos, exceto aqueles que tomaram a decisão individual de estar saindo naquele momento, a preservação de todos os projetos em andamento, e que estavam acontecendo”.

“E é claro, que eu tinha uma forma um pouco diferente, de pensar a condução da Política. Até por esse meu viés institucional de organização de serviço, quer dizer a

⁶ Essa afirmação busca dar visibilidade a praticas, nos serviços de saúde, que em seu fazer cotidiano afirmam os princípios do SUS.

minha historia é essa. Eu inicio trabalhando numa regional de saúde, organizando serviço, assessorando municípios na organização das secretarias municipais de saúde ainda. Na época das AIS – Ações Integradas de Saúde, e todo esse período [...]”.

“[...] depois no Ministério da Saúde, eu tinha muito essa visão, muito mais a serviço de estrutura. Acredito muito no SUS, nas instituições, nas coisas do SUS e, eu acredito muito que, nas instâncias do município, do estado e no Distrito Federal com um importante papel na formulação de política, como papel indutor dessas políticas. E é claro que eu imprimi nesse período, que foi um período relativamente curto, tentei imprimir essa minha concepção e aquilo que eu acredito” (S2).

Neste período projetos foram mantidos, contudo tentou-se levar a discussão da Política para dentro da instituição e, ficou como determinação do Secretário, que qualquer projeto, serviço para ser aprovado, teria que ter implantado no mínimo três dispositivos da humanização.

3.4 PNH: UMA OBRA ABERTA

Pensar a PNH como obra aberta é um desafio, conforme indicam Mori e Oliveira (2009, p. 637): “[...] o eixo tem como compromisso dar continuidade à concepção da PNH como obra aberta, um conjunto de dispositivos que precisam ser mantidos vivos. A Política já se faz como um “corpus instituído” e aposta na inseparabilidade do instituído e nas forças instituintes”.

Auxiliados pelos conceitos de instituído e instituinte,⁷ oriundos da Análise Institucional de linhagem francesa, problematizar a PNH como obra aberta, é pensá-la como política pública, discutida e formulada coletivamente, passível e atenta aos movimentos de sinais dos tempos, tentando não endurecer pelos engessamentos, vinculação e proximidade com a máquina de Estado.

⁷ De acordo com Lourau (2004, p.47): “Por “instituinte entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)”.

a) Institucionalização

A PNH é uma política do SUS que está hoje máquina de governo, mas que, no entanto, não tem uma portaria que regule suas ações e existência. Uma política no fio da navalha, habitando um paradoxo: o de ser uma política de governo vinculada à máquina de estado e, ao mesmo tempo, manter seu movimento instituinte como política pública.

Os argumentos para institucionalizar ou não são muitos. Que efeitos essa discussão tem produzido nos serviços? Como ela tem efetivamente chegado aos serviços?

Porém se a aposta é de uma política como “obra aberta” ressaltamos que nessa discussão, um dos aspectos mais relevantes, é manter o canal de comunicação aberto, sem verticalismos, como apontado a seguir:

“E, é a política como instituído que a gente precisa entender?! [...] eu fiquei dentro da máquina, estou, eu acho que a política de humanização para ela ser potente o pessoal tem que ser um pouco transgressor, fazer várias coisas que são meio fora da política instituída convencional, que quando vai instituindo também vai perdendo [...]”.

“Por outro lado então viver, eu já tive altas polêmicas com a R., com o E., qual o ponto que a gente tem que chegar entre institucionalização e não institucionalização da política?!. Que aqui começa um momento que todo mundo acha que tem que ter portarias, portarias ministeriais dando orientação para o povo fazer, e ao fazer uma portaria, dando uma regra, certas coisas você facilita, ao mesmo tempo às vezes não é garantia de nada ou então de você capturar uma coisa viva que estava sendo feita e está fazendo por artifício”.

“Ao não fazer, ao não legalizar a política também a facilidade de ela ir embora rapidamente é forte. Então instituir só no poder instituinte, da base, das massas é um eterno conflito [...]”.

“Essa é uma polêmica sem fim eu acho que, eu sinto uma angústia da Política Nacional de Humanização não ser um pouco mais instituída em mecanismos legais,

sobretudo na questão orçamentária, de ter uma previsão dentro do orçamento público do Ministério da Saúde, especificamente para ela. Em tese, não deveria mesmo, e ela talvez devesse nem discutir, ela é uma política transitória, mais um tempo e ela vai se diluindo nas outras políticas e ela deixa de existir enquanto foco, enquanto nome porque ela já está lá transversalizada [...] ela não é uma ação, como cuidar: malária, AIDS, [...]” (S8).

b) A vinculação com a máquina de Estado

Estar no fio da navalha, com um pé na máquina do Estado e um pé fora, é um dos grandes desafios que a PNH vem enfrentando.

“Mas, eu acho que ela começa a exatamente, por mil dificuldades de estar na máquina de estado, sem ter uma portaria, a fazer algumas concessões muito complicadas. [...] e eu coloco isso claramente, uma certa discordância na condução de alguns processos da humanização”.

“Uma aliança com o Ministro que não tem aliança nenhuma com a gente. Uma aliança com algumas pessoas que seriam assim, vamos dizer, condutores da humanização, do Ministro, que eu acho que são condições equivocadas. Alianças que ao invés de botar a PNH com força, elas enfraquecem. Uma dificuldade enorme da humanização de pautar questões polêmicas dentro do Ministério, se não dentro do Ministério, no mínimo dentro do nosso próprio coletivo, como a questão do financiamento, a questão das fundações e eu acho que quando a gente começa a se silenciar, a gente já está fazendo concessão para a máquina de estado” (S3).

É possível acessar muitas experiências de humanização que colocam em análise os processos de trabalho e apostam em um conceito de humano e humanizar que valoriza os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde e, que levam para dentro dos serviços apontamentos relevantes para trabalhar a cogestão.

Todavia, uma vinculação por vezes hierárquica e instituída com a máquina, também produz e reforça o conceito sintoma de humanização, que se analisado, é para muitos “mais fácil” de ser trabalhado, visto que, não co-responsabiliza os sujeitos, não tenciona, não problematiza a questão do financiamento da PNH, e do SUS.

“Então, eu acho que hoje a humanização, a PNH ela precisa de um reposicionamento. E aí eu sou muito partidária do socorro, tem hora que é preferível arriscar morrer do que continuar dizendo: obedeço. Então, pra mim a PNH ele vai ser uma política que vai marcar como já marcou, importantíssima a própria rede HumanizaSUS, acho que é uma produção muito bacana, tem produzido coisas legais. A humanização só vai ficar como tal, só vai construir história, essa história ali, se ela morrer de pé, se ela morrer com as calças abaixadas, aceitando essa política do ministério, do ministro, de não tencionamento, eu acho que ela vira um PNHAH – Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar”.

“Ela vai viver pra caramba, mas ela vai viver uma vida morta, ela vira um grupo sujeitado, sabe aquele cadáver, um dia fui. E essa hoje é a minha preocupação e eu tenho brigado muito por isso, com os companheiros quando encontro, mas como estou fora e quero continuar fora torcendo para estar errada, porque isso me afeta no coração. Eu ajudei a construir essa política desde o início, mas isso para mim é matar essa política. Se a gente continuar abaixando a calça, abaixando a cabeça para isso que está aí, uma hora que tem que dizer não, não dá. E aí perde-se a consultoria, perde-se a coordenação, não importa, mas é o único jeito da humanização ficar para mim como uma política pública” (S3).

c) Política Pública como dispositivo

Afirmar o caráter instituinte desta Política, assim como evitar que ela seja capturada pela máquina do Estado são questões a nosso ver relevantes e, partindo do conceito de dispositivo⁸ de Deleuze, apostamos na idéia de uma “política dispositivo” que vai agir dando passagem a muitas e diferentes linhas de força, produzindo rupturas e fraturas, bem como problematizar o seu processo de constituição e institucionalização para que ela não endureça e perca potência.

Nesse sentido, para nós, pensar a PNH como um dispositivo é reafirmar e evidenciar o caráter instituinte desta política, para que não perca sua força contestatória e/ou

⁸ “[...] conjunto multilinear [...] composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta, mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas sempre se afastam umas das outras [...]” (DELEUZE, 2008, p. 1).

se cristalice como mais uma política de governo que no cotidiano dos serviços não opera mudanças, mas reafirma a lógica de funcionamento instituída.

“[...] acho que quando você traz essa ideia, assim, que eu achei bacana de pensar o seu trabalho, a política como dispositivo, acho que você tá certa porque acho que vai depender de que tipo de política pública é essa, e que, acho que é uma política, como foi dito hoje pelo E., que é de inclusão. Então você vai incluir todo mundo, com diferentes visões, com saberes diferentes, como é que é, você tratar um diferente como igual. Então eu concorro sim que ela em si, ela já provoca um movimento. Aí eu tava agora na sala do financiamento e o pessoal tava discutindo essa questão da refundação do estado brasileiro e eu concordo, eu acho que o estado brasileiro ele tem sido, nos últimos anos, privatizado e essa política, ela vem para problematizar o estado enquanto público, enquanto algo que é para todo mundo, o Estado não é para trabalhar pra um governo. Como é que uma política de governo como essa, se transforma de fato em uma política de estado, se não por esse caminho da política como dispositivo [...]” (S6).

Contudo é importante indagar: Como esta “política dispositivo” tem acionado novas práticas? Estas diversas linhas que compõem o dispositivo têm conseguido romper as barreiras do corporativismo e tecnicismo que freqüentemente presenciamos nos serviços de saúde? Como no cotidiano dos serviços operam-se seus princípios?

FAZENDO E DESFAZENDO AS MALAS

Concomitante ao momento de finalização da escrita desta dissertação, fui contratada para trabalhar em um hospital estadual no município de Vitória, no cargo de “supervisora de humanização”. Foi imensa a alegria experimentada, ao mesmo tempo em que indagávamos: Como é finalizar a escrita de uma dissertação que tem como tema o HumanizaSUS, seus desafios na produção de saúde e de sujeitos, de práticas efetivamente democráticas nos serviços, e assumir o cargo de supervisora de humanização numa instituição hospitalar que acaba de ser criada? Como sustentar uma política de humanização como política pública, na perspectiva de obra aberta? Como fazer com que as práticas nomeadas de humanização, se afirmem como uma aposta radical na indissociabilidade entre atenção e gestão? Como não se deixar engolir pela máquina de Estado?

A primeira aproximação com a PNH aconteceu por meio da experiência narrada na Estação Verão. Momentos de encantamento e idealização dessa Política.

A partir do bom encontro com a Aluna de Francês/Professora/Orientadora e também Consultora da PNH, começamos a participar de outros momentos onde ocorriam debates sobre o HumanizaSUS no Espírito Santo. Um Curso de Formação de Apoiadores Institucionais da PNH seria iniciado meses depois no Estado e, então, vivemos uma experiência como apoiadora institucional do Curso que, com Foucault (2005), diríamos que se tratou de uma experiência da qual saí transformada.

Na escrita da dissertação, viajamos pelo Brasil e pela África em busca de histórias da Política de Humanização. Histórias que nos foram narradas e nos oportunizaram outras tantas experiências. Pois, a experiência é alguma coisa da qual saímos transformados (FOUCAULT, 2005) e, nesse percurso, uma pesquisadora se transformou, transformando-se. O encantamento e a idealização deram lugar a uma outra postura analítica e, hoje, podemos afirmar nossa aposta e militância no SUS, sem idealizações, corroborando a afirmação que se segue:

“Acho que o humanizasus abriu um contingente de militância para usuários para trabalhadores com um ideal de transformação social, coletivo muito grande, muito importante [...]” (S5).

Fazemos as malas porque o prazo acadêmico para finalização da dissertação está encerrado. Contudo, desfazemo-nas para que elas possam ser refeitas por outros movimentos do viver, para “outras estações”, apostando na luta por um modo de produzir saúde mais igualitário, equânime e integral, valha à pena.

“Olha, na política, eu acho assim, pra mim o motivo de maior alegria e orgulho, é ter participado da construção de uma política que eu acho inovadora, que eu acho completamente comprometida com o seu aspecto público. Pra mim embora ela seja hoje uma política fortemente de Estado, e tem lá essa importância de ser, eu acho que ela está para além disso. Eu acho que ela tem vários problemas, ela vive um momento de crise agora precisando redefinir caminhos, acho que tem enfim, não estou dizendo que tem, e nem seria possível, a vida não é uma linha reta, mas pra mim o que fica de mais importante é a alegria e orgulho de ter participado da construção de uma política que se afirma como pública, que se quer como pública, que luta pra ser pública”.

“É uma política que inovou, uma política que trouxe para agenda de debate, um tema considerado pequeno, tolo e colocou esse tema, que é o tema dos processos de subjetivação aliado aos processos de trabalhos e com compromisso de produção de saúde que colocou essa agenda, colocou essa discussão na agenda política de outra maneira” (S10).

Também para nós o motivo de maior alegria e orgulho, é ter tido a oportunidade de também participar da história da PNH, por meio das conversas com os formuladores desta política, pela participação no curso da PNH no ES, nas conversas no mestrado com as professoras/consultoras da política, nas conversas na Secretaria Estadual de Saúde, nas conversas com os trabalhadores de serviços, e,e,e,e... Uma experiência não seria possível senão à medida que se “[...] escape da pura subjetividade e que os outros possam, não diria tomá-la exatamente, mas ao menos cruzá-la e atravessá-la” (FOUCAULT, 1994, p. 47).

Na África antiga não havia a linguagem escrita e as histórias eram passadas pelos “Griots”, que funcionavam como escritores sem papel, nem pena. Diz-se que, depois de um bom jantar, com uma linda noite de luar, os aldeões africanos podiam ouvir o som de um tambor e a voz do griot: “Vamos ouvir, vamos ouvir!”.

No curso desta dissertação conversamos com muitos griots, e esses narraram as histórias que viveram e acompanharam para efetivação de um outro modo de pensar e fazer política pública em saúde. Na tradição africana, apesar dos griots serem os contadores oficiais, eles não eram as únicas pessoas que podiam contar uma história, qualquer um poderia gritar “Vamos ouvir, vamos ouvir!”

Aqui, uma modulação na tradição africana: na nossa cultura do uso da linguagem escrita, gritamos “**Vamos ler, vamos ler!**” as narrações dessas experiências da PNH; vamos ler essa história que, além de crítica, consciente de seus limites, se quer efetiva, já que é capaz de intervir nos modos atuais como trabalhamos em saúde. Que a leitura dessa dissertação, então, possa produzir no leitor a mesma “alegria dançarina” que produziu em mim no curso da sua escrita. Que essa dissertação seja lida como uma experiência que muda, ou seja, que impede que a relação com o SUS seja a mesma após sua leitura. Certamente, ela expressa uma experiência bem mais ampla que a minha, e que se inscreve em algo que estava em curso. Uma dissertação-experiência, não uma dissertação-verdade-demonstração.

REFERÊNCIAS

- 1 AGRELLI, S. Profissional humanizado: uma questão de urgência no contexto da saúde. **APALA**, Alagoas. 2008. Disponível em: <<http://wp.apala-al.com.br/?p=16>>. Acesso em: 8 out. 2008.
- 2 ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 3 AMESTOY, S. C.; SCHUWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 444-449, 2006. Disponível em <www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 4 ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 721-723, nov./dez. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/18.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 5 AYRES, J. R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 6 BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 7 BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI-FILHO, W. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 8 BARROS, M. E. B. Modos de gestão: produção de subjetividade na sociedade contemporânea. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, v. 14, n. 2, p. 59-74, 2002.
- 9 BAZON, F. V. M.; CAMPANELLI, E. A.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 89-99, 2004. Disponível

- em:<<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2008.
- 10 BECK, C. L. C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul./set. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a17v16n3.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
 - 11 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
 - 12 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005a.
 - 13 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Réplica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005b.
 - 14 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Verbetes humanização**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. Disponível em: <www.slab.uff.br/textos/texto91.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
 - 15 BERGAN, C.; SANTOS, M. C. O. S.; BURSZTYN, I. Humanização nos espaços Hospitalares pediátricos: a qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. Congresso Nacional da ABDEH e IV Seminário de Engenharia Clínica, 1. . **Anais eletrônicos...** 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.
 - 16 BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 462-476, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a08.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2008.
 - 17 BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2008.
 - 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 383-387, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n2/itdecit.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2008.

- 19 BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do PNHAAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de trabalho de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 21 BUENO, E.; AUGUSTINHO, M. L.; CARVALHO, T. H. P. F. **Humanização: construindo um novo conceito de fazer saúde**. Campinas: Unicamp. 2003. Disponível em: <www.cecom.unicamp.br/humanizacao/HUMANIZACAO-construindo-novo-conceito.pdf>. Acesso em: 3 set. 2008.
- 22 CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 23 CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 24 CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a01.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 25 CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- 26 CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 27 CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 28 COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar./abr. 2003. <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=>

- [google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=356421&indexSearch=ID>](#). Acesso em: 3 set. 2008.
- 29 COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: [<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009&lng=es&nrm=iso>](#). Acesso em: 26 out. 2009.
- 30 DELEUZE, G. **O que é um dispositivo?** 1990. Disponível em: [<www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>](#) Acesso em: 9 out. 2008.
- 31 DELEUZE, G.; **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- 32 DESLANDES, S. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p 615-626, jul./set. 2005. Disponível em: [<www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a18v10n3.pdf>](#). Acesso em: 30 set. 2008.
- 33 DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: [<www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>](#). Acesso em: 26 set. 2008.
- 34 DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: [<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=es&nrm=iso>](#). Acesso em: 26 out. 2009.
- 35 DESLANDES, S.; O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: [<www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>](#). Acesso em: 30 set. 2008.
- 36 DESLANDES, S.F; AYRES, J. R. C. M. Humanização e cuidado em saúde: editorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 510-510, 2005. Disponível em: [<www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a01v10n3.pdf>](#). Acesso em: 30 set. 2008.
- 37 DIAS, M. A. A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **Revista Mundo Saúde**, São Paulo, p. 340-343, abr./jun. 2003. [<www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/35/humanizacao.pdf>](#). Acesso em: 3 set. 2008.
- 38 DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio

- de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005. Disponível em:
<www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 39 ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500019&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 40 ESPERIDIAO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Tradução de Leny Alves Bomfim. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 41 FALK, M. L. R. et al. Contextualizando a política nacional de humanização: a experiência de um Hospital Universitário. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em:
<www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_16Contextualiz.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 42 FALK, M. L. R.; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B. A rede como estratégia metodológica da política nacional de humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500022&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 43 FEIRA HOSPITALAR. **Abertura do ADH 2003 ressalta importância da humanização**. Disponível em:
<<http://www.hospitalar.com/imprensa/not1194.html>>. Acesso em: 3 set. 2008.
- 44 FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 111-118, set./dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 45 FOUCAULT, M. **Ditos e escritos II**: Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- 46 FOUCAULT, M. Entretien avec Michel F. In: _____. **Dits écrits**. Paris: Gallimard, 1994. v. IV.
- 47 FORTES, P. A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set./dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.

- 48 FRAGOSO, V. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **Revista IGT na Rede**, v. 5, n. 8, p. 51-61, 2008. Disponível em: http://74.125.47.132/search?q=cache:C39HN5fwL8sJ:www.igt.psc.br/ojs/inclue/getdoc.php%3Fid%3D1053%26article%3D178%26mode%3Dpdf+humanizaca+o+dos+cuidados+a+prestar+ao+idoso&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&lr=lang_pt. Acesso em: 8 out. 2008.
- 49 FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500017&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 50 GOMES, A. et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 143-152. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/13.pdf. Acesso em: 8 out. 2008.
- 51 GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 335-340, 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n4/v12n4a14.pdf. Acesso em: 5 out. 2008.
- 52 GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.12, n. 4, p. 335-340, 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000400014 Acesso em: 5 out. 2008.
- 53 GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo, Editora Brasiliense, 1977.
- 54 HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 55 HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf. Acesso em: 8 out. 2008.
- 56 HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão, **Revista Escola de Enfermagem USP**, São

- Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20. 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf. Acesso em: 26 set. 2008.
- 57 HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf. Acesso em: 30 set. 2008.
- 58 LAMEGO, D.; DESLANDES, S.; MOREIRA, M. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-675, 2005. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf. Acesso em: 30 set. 2008.
- 59 LAROSSA, J. A arte da conversa. In: SKLIAR, C. **Pedagogia (improvável) da diferença**: e se o outro não estivesse aí? Rio de Janeiro: DP&A, 2003, p. 212-216.
- 60 LIMA, F. E. Teixeira; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 291-296, 2006. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 out. 2008.
- 61 LUCATO, M. C. **A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica**: Resolução CFO 42/2003, de 20 de maio de 2003. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-14102005-192439/. Acesso em: 3 set. 2008.
- 62 MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 63 MARTIN, L. A ética da humanização hospitalar. **Revista Mundo Saúde**, São Paulo, p. 206-218, abr./jun. 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=366451&indexSearch=ID>. Acesso em: 3 set. 2008.
- 64 MELLO, V. C.; BOTTEGA, C. G. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500025&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.

- 65 MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 66 MORI, M. E.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500023&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 67 MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 68 MOURA, F. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 69 MUCCIOLI, C. et al. A humanização da medicina. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 897, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abo/v70n6/a01v70n6.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 70 NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, ago. 2008. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v24n8/14.pdf>. Acesso em: 8 out. 2008.
- 71 NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 72 NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.
- 73 OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar./abr. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.

- 74 OLIVEIRA, G. N. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500005&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 75 PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 76 PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pista do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- 77 PAULON, S. M.; CARNEIRO, M. L. F. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500026&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 78 PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 79 PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). Humanização e cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 780-785, 2005. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf. Acesso em: 30 set. 2008.
- 80 PUCCINE, P.; CECILIO, L. A humanização dos serviços e o direito a saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf. Acesso em: 26 set. 2008.
- 81 RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.
- 82 RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2009.

- 83 REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 36-43, set./dez. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.
- 84 REVEL, J. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. Tradução de Maria Gregolin, Milton Milanez e Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.
- 85 RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/15.pdf>. Acesso em: 8 out. 2008.
- 86 SA, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 87 SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 88 SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 89 SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 90 SANTOS, V. M. G. Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 54-60, jun. 2007. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20SuplementoVol31%2054.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 91 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Assessoria de Imprensa. **SESAB discute humanização do atendimento hospitalar**. 15 dez. 2003. Disponível em: <www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=378>. Acesso em: 3 set. 2008.

- 92 SERRUYA, S.; LAGO, T.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul./set. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.
- 93 SIMÕES, A. et al. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul./set. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 94 SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na política nacional de humanização (PNH). **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500018&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 95 SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>. Acesso em: 8 out. 2008.
- 96 TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.
- 97 TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 419-427, 2003. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>. Acesso em: 3 set. 2008.
- 98 TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, jan./fev. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/22.pdf>. Acesso em: 26 set. 2008.
- 99 URBANO, A. S. et al. Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 94-102, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 5 out. 2008.
- 100 VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.

- 101 VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu, 2009. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500024&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2009.
- 102 WROBEL, L. L.; RIBEIRO, S. T. M. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 28, n. 1, p. 17-22, 2006. Disponível em:
<www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1108/556>. Acesso em: 5 out. 2008.

APÊNDICE – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO – 2003-2009

TABELA 1 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2003			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	HUMANIZAÇÃO – Construindo um novo conceito de fazer saúde	Conforme entendido pela PNH. Valorização dos diferentes sujeitos, autonomia, protagonismo e co- responsabilidade entre eles.estabelecimento de vínculos solidários.	BUENO, E.; AUGUSTINHO, M. L.; CARVALHO, T. H. P. F. de. http://www.cecom.unicamp.br/humanizacao/HUMANIZACAO-construindo-novo-conceito.pdf
2	Humanização e trabalho na enfermagem	Humanização como utopia na construção de um processo coletivo a ser alcançado e implementado	COLLET, N.; ROZENDO, C. A. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356421&indexSearch=ID
3	A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica - Resolução CFO 42/2003, de 20 de maio de 2003	Humanização da assistência; preocupação com zelo a saúde e respeito à dignidade do paciente.	LUCATO, M. C. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-14102005-192439/
4	Sesab discute humanização do atendimento hospitalar	Discute a humanização como melhoria da qualidade e eficácia da atenção aos usuários.	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADOASSESSORIA DE IMPRESA. http://www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=378
5	Abertura do ADH´2003 ressalta importância da humanização	Atendimento humanizado – maior contato do medico com seus pacientes.	http://www.hospitalar.com/imprensa/not1194.html
6	A ética da humanização hospitalar	Apresenta aspectos éticos que podem fundamentar a política de humanização, destaca os princípios da autonomia, a beneficência, a não- maleficência e a justiça e os muitos direitos e deveres. Resgate a sensibilidade humana em detrimento do tecnocientifismo e lucro sem escrúpulo	MARTIN, L. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=366451&indexSearch=ID
7	Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada	Ambiente hospitalar hospitaleiro – hospital busca criar e “organizar” um “espaço mais humano”.	DIAS, M. A. A. http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/35/humanizacao.pdf
8	Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil	Valores e representações que representam a humanização do parto, como por exemplo, parto sem dor.	TORNQUIST, C. S. http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf

TABELA 2 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2004			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar	Conjunto amplo de iniciativas e novas práticas na produção do cuidado em saúde.	DESLANDES, S. F. http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf
2	A humanização na saúde como instância libertadora	Alteração de lógica utilitária e instauração de espaços capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares.	REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf
3	Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.	Humanização como promoção da saúde, trabalho processual e que envolve mudanças de comportamento.	NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf
4	A humanização dos serviços e o direito à saúde	Conjunto das relações sociais e uma humanização radical que pode criar possibilidades de induzir transformações, mobilizar para novas questões e reconhecer novas necessidades, mantendo em aberto a abrangência do direito à saúde e orientando-o para além dos limites da própria estrutura social e das relações sociais vigentes.	PUCCINE, P.; CECILIO, L. http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf
5	Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento	atendimento humanizado que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional/paciente-cliente: aponta para o desenvolvimento, nesse espaço, do sentido de cidadania e participação crítica.	TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/22.pdf
6	Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde	Entender cada pessoa em sua singularidade, criação de condições para maiores possibilidades de exercício da vontade de forma autônoma, transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas.	FORTES, P. A. C. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf
7	A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências	Humanização como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento.	BAZON, F. V. M.; CAMPANELLI, E. A.; BLASCOVI-ASSIS S. M. http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v6n2/v6n2a08.pdf
8	A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão	Humanização do cuidado – ressalta importância da esfera subjetiva do profissional e do relacionamento interpessoal com os chamados clientes.	HOGA, L. A. K. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf
9	Humanização nos espaços Hospitalares pediátricos: A qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada	Procedimento capaz de proporcionar o bem estar psíquico e físico, contribuindo para a redução do tempo de internação e utilização de medicamentos antidepressivos. Preocupação em reformular os espaços para torná-los mais humanos.	BERGAN, C.; SANTOS, M. C. O. S.; BURSZTYN, I. http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf
10	O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento	Cumprimento de um conjunto de procedimentos básicos a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura.	SERRUYA, S.; LAGO, T.; CECATTI, J. G. http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf

TABELA 3 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2005			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.	Propõe uma avaliação do termo contrapondo-o ao tema do humanismo no contemporâneo.	BENEVIDES, R.; PASSOS, E. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf
2	Hermenêutica e humanização das práticas de saúde	um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades.	AYRES, J. R. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf
3	Humanização e Atenção Primária à Saúde	proposta de humanização, que não estaria mais orientada por uma ideia de realização de uma suposta essência humana, mas comprometida com a busca dos melhores meios para o homem aumentar sua potencia [TEIXEIRA, R. R. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf
4	Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem	humanização do atendimento como: encontro entre sujeitos que compartilham saber, poder e experiência vivida, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas.	CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf
5	Humanização na saúde: um novo modismo?	Critica ao conceito de humanização que reforça na prática a ideia do bom humano. Propõe humanização como conceito experiência que resulta em ações concretas na prática, transformando realidades e si próprios.	BENEVIDES, R.; PASSOS, E. http://www.scielo.br/pdf/ics/v9n17/v9n17a14.pdf
6	Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?	Estreita relação com conceito de Paidéia e defesa da vida.	CAMPOS, G. W. S. http://www.scielo.br/pdf/ics/v9n17/v9n17a16.pdf
7	O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade	Artigo debate o texto de Benevides e Passos, reafirmando o conceito de humanização segundo PNH e destacando um elemento diferencial - um eixo identitário da proposta de humanização: processos de subjetivação transformadores, isto é, envolvendo sujeitos coletivos.	DESLANDES, S. http://www.scielo.br/pdf/ics/v9n17/v9n17a17.pdf
8	Humanização e cuidado em saúde: editorial	Respeito à diferença, valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e a centralidade do diálogo.	DESLANDES, S. F.; AYRES, J. R. C. M. http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a01v10n3.pdf
9	Humanização e cuidados paliativos	Livro que aborda tema da humanização de diferentes formas como por exemplo: Humanização da dor e sofrimento humanos na área de saúde; dimensão ética da humanização hospitalar; humanizar as relações entre as pessoas; Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida; dentre outros.	PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a35v10n3.pdf

CONTINUAÇÃO TABELA 3 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2005			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
10	A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro	Termo empregado pelos gestores como: relação interpessoal, direitos dos pacientes, valorização profissional e desmedicalização do parto. A partir desses depoimentos autora chama a atenção para modelo de humanização da assistência de forma burocrática e passageira ou potencializar a adoção de uma lógica de atenção centrada na qualidade das relações humanas, na satisfação e responsividade de usuários e profissionais.	DESLANDES, S. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a18v10n3.pdf
11	Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde	Vinculado aos direitos humanos que são medidos através da satisfação e responsividade. Idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.	VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf
12	Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica	Respeito e acolhimento as necessidades intersubjetivas de pacientes e profissionais e reconhecimento das lógicas culturais das famílias.	LAMEGO, D.; DESLANDES, S.; MOREIRA, M. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf
13	O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico	Como uma demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional.	FERREIRA, J. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf
14	Humanização no contexto da formação em obstetrícia	Humanização no parto como: o direito e a presença quase obrigatória do acompanhante durante o trabalho de parto; maior privacidade assegurada no préparto; o estímulo à locomoção; e tecnologias alternativas para aliviar a dor e facilitar o trabalho de parto.	HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf
15	Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.	Humanização da assistência ao parto a partir de ações como: assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias; respeito do profissional em relação aos aspectos de sua fisiologia; autonomia da mulher durante todo o processo; ter um acompanhante de sua escolha.	DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf

TABELA 4 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2006			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	Verbete Humanização	Diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.	BENEVIDES, R.; PASSOS, E. http://www.slab.uff.br/textos/texto91.pdf
2	GTH - Grupo de Trabalho de Humanização	Humanização segundo princípios da PNH.	BRASIL - Ministério da Saúde http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho.pdf
3	Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar	Como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo.	MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf
4	Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A experiência de um Hospital Universitário	Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo, bem como o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumento de grau de coresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, mudança dos modelos de atenção e gestão.	FALK, M. L. R.; RAMOS, M.; SALGUEIRO, J. B.; GOBBI, A. http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_16Contextualiz.pdf
5	Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico	Profissionais satisfeitos, atendimento de qualidade aos usuários e vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo-se seu caráter processual.	LIMA, F. E. T.; JORGE, M. S. B.; MOREIRA, T. M. M. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300008&lng=pt&nrn=iso
6	Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização	A humanização em Terapia Intensiva consiste em melhorar a assistência prestada a pacientes críticos e seus familiares e, também, as condições de trabalho da equipe multidisciplinar.	BOLELA, F.; JERICO, M. C. http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1414-81452006000200019&lng=pt&nrn=iso
7	A humanização na assistência à saúde	(Resgate histórico). Humanização como processo singular melhora colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos (gestores, técnicos e funcionários), assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação.	OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf

CONTINUAÇÃO DA TABELA 4 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2006			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
8	O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador	Processo de construção participativa que requer respeito e valorização do ser humano que cuida.	BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf
9	A humanização hospitalar como expressão da ética	Humanização como espaço ético, que requer o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Valorizar a humanidade do trabalhador	BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI-FILHO, W. http://www.scielo.br/pdf/riae/v14n1/v14n1a18.pdf
10	Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde	Importância de conhecimentos sobre a natureza e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem.	CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a01.pdf
11	A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem	Implantação de uma cultura humanista e democrática, na qual todos os trabalhadores precisam ser ouvidos, o que favorece a valorização do ser humano. Humanização como conscientização junto aos trabalhadores.	AMESTOY, S. C.; SCHUWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13.pdf
12	A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo	Humanização do parto conforme preconizado pela OMS. Mais do que uma série de procedimentos e técnicas, humanizar o parto é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio processo de parto e mudanças de atitudes dos profissionais de saúde.	WROBEL, L. L.; RIBEIRO, S. T. M. http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1108/556

TABELA 5 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2007			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	Estratégias de produção de si e a humanização no SUS.	Discussão do entendimento do termo forjado ao longo dos séculos e evolução do conceito que se distancia da idéia de razão e engendrando-se sobre as noções de coletivo, de comunidade e de redemocratização.	BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a08.pdf
2	Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão	calçado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.	GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n4/v12n4a14.pdf
3	Humanização na saúde: enfoque na atenção primária	Texto faz uma pesquisa bibliográfica sobre o tema da humanização na atenção primária destacando a importância de pesquisas na área para avaliação e implementação da PNH.	SIMÕES, A.; RODRIGUES, F.; TAVARES, D.; RODRIGUES, L. http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a09v16n3.pdf
4	Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos	Conforme entendido pela PNH	SANTOS-FILHO, S. B. http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf
5	Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência	Relações mais humanas, prevalecimento dos valores humanitários sobre as práticas tecnicistas e necessidade de revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.	ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/18.pdf
6	Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente	Foco na humanização da melhoria das relações de trabalho, segundo indicação do PNHAH.	SANTOS, V. M. G. http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento_Vol31%2054.pdf
7	A humanização da medicina.	Manter respeito e dignidade ao ser humano. Questiona a necessidade de humanizar ou re-humanizar a medicina.	MUCCIOLI, C.; CAMPOS, M.; DANTAS, P.; GOLDCHMIT, M.; BECHARA, S.; COSTA, V.; MATAYOSHI, S. http://www.scielo.br/pdf/abo/v70n6/a01v70n6.pdf
8	Humanização hospitalar: estudo sobre a percepção profissional quanto à humanização das condições de trabalho e das condições de atendimento aos usuários	Idéia de que a humanização da assistência hospitalar passa por todos os níveis hierárquicos e está relacionada com aspectos relacionais, estruturais e de articulação	URBANO, A. S.; BÓGUS, C. M.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; ESCUDER, M. M. L. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/
9	A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem	Segundo diretrizes do PNHAH e como: garantir à palavra a sua dignidade ética, ou em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras que necessitam ser reconhecidas pelo outro.	BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M.; TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a17v16n3.pdf
10	A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal	Assistência ao parto e nascimento privilegia o respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo.	MOURA, F.; CRIZOSTOMO, C.; NERY, I.; MENDONÇA, R.; ARAÚJO, O.; ROCHA, S. http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf

TABELA 6 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2008			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia	Transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho.	HENNINGTON, É. A. http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf
2	A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate	Rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações, e colocar em análise a forma como os grupos se organizam em seus processos de trabalho.	SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf
3	Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação	Segundo entendido pela PNH, valorização dos diferentes sujeitos implicados na promoção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores tendo como norteadores sua autonomia e seu protagonismo, sua co-responsabilidade, seu estabelecimento de vínculos solidários e sua participação coletiva na gestão.	GOMES, A.; PAIVA, E.; VALDÉS, M.; FROTA, M.; ALBUQUERQUE, C. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/13.pdf
4	Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde	Transformação das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho partindo da compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores.	RIOS, I. C. http://bases5.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/
5	Profissional humanizado: uma questão de urgência no contexto da saúde	Humanização e atendimento como: atendimento fraterno e humano, aperfeiçoamento conhecimento, valorização do respeito afetivo ao outro, prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral.	AGRELLI, S. http://wp.apala-al.com.br/?p=16
6	Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado	Reflexão sobre humanização das práticas do cuidado, entendem como serviço humanizado: privacidade; escolha, controle e autonomia; funcionalidade; segurança; estimulação; dentre outros.	FRAGOSO, V. http://74.125.47.132/search?q=cach e:C39HN5fwL8sJ:www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php%3Fid%3D1053%26article%3D178%26mode%3Dpdf+humanizacao+dos+cuidados+a+prestar+ao+idoso&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&lr=lang_pt
7	Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento	Não traz uma definição específica de humanização. Trata da adesão dos municípios a esse programa brasileiro e avaliação do funcionamento do mesmo.	BRASIL, Ministério da Saúde http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n2/itdecit.pdf
8	Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.	Humanização do cuidado que significa: qualificação do atendimento.	NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n8/14.pdf

TABELA 7 - UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2009			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
1	Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem	Segundo a PNH, valorização dos diferentes sujeitos, fomento da autonomia e protagonismo, aumento do grau de coresponsabilidade, etc.	COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009&lng=es&nrm=i&tlng=pt
2	Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate	Novo posicionamento que afirma um homem comum, um ser humano na sua existência concreta, na sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos.	HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=es&nrm=i&tlng=pt
3	Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo	Que se constrói na afirmação da indissociabilidade entre atenção e gestão e na incitação à produção de autonomia e produção de novos territórios existenciais.	NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500003&lng=es&nrm=i&tlng=pt
4	Por uma clínica da expansão da vida	Construção de práticas de cuidado de si, onde usuários e trabalhadores possam tomar posse da vida/ inventar possibilidades de vida que escapem ao padecimento, à sujeição, ao vitimar-se.	MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500004&lng=es&nrm=i&tlng=pt
5	Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS	O texto não aponta um sentido para o termo humanização	OLIVEIRA, G. N. et al. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500005&lng=es&nrm=i&tlng=pt
6	Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas	Causa ou motivo de possibilitar a interferência-em-interação, a circulação e a repercussões que inspiram e experimentam o contato vivo com processos cotidianos de encontro e alteridade.	CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500006&lng=es&nrm=i&tlng=pt
7	A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado	O texto não aponta um sentido para o termo humanização	CECILIO, L. C. O. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=es&nrm=i&tlng=pt
8	Gestão participativa e coresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	Segundo a PNH, como novos modo de produção e circulação do poder em saúde, construção de autonomia, dentre outros.	TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=es&nrm=i&tlng=pt
9	Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade	Proposta voltada para uma nova relação entre usuários, suas rede sociais, trabalhadores e gestores, apostando no trabalho coletivo.	ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500010&lng=es&nrm=i&tlng=pt
10	Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico	Apresenta diferentes entendimentos sobre a humanização no parto e destaca o sentido da PNH.	RATTNER, D. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=es&nrm=i&tlng=pt

CONTINUAÇÃO DA TABELA 7 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2009			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
11	A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde	Prática que se efetiva no cotidiano dos serviços e esta voltada para homens comuns que compõem o SUS, em suas experiências.	SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=es&nrm=i&tlng=pt
12	Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão	Segundo a PNH, com enfoque principalmente no princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão.	SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. O. N. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500013&lng=es&nrm=i&tlng=pt
13	Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato	Não se restringe a “ações humanitárias” e não é realizada por seres humanos imbuídos de uma “bondade supra-humana” na feitura de “serviços ideais”.	MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500014&lng=es&nrm=i&tlng=pt
14	Processo comunicativo e humanização em saúde	Humanização consolidada como ethos ou visão de mundo se for tomada como instituinte de práticas cotidianas e por elas sustentada.	DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=es&nrm=i&tlng=pt
15	A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde	O texto analisa outros sentidos ligados a ideia de homem bom e destaca humanização conforme PNH (produção de sujeitos autônomos, co-responsabilidade, etc)	SÁ, M. C. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=es&nrm=i&tlng=pt
16	Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo?²	Aborda a questão de um outro humanismo e do cuidado humanizado mas não traz uma definição específica de humanização.	FUGANTI, L http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500017&lng=es&nrm=i&tlng=pt
17	O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)	Conceito experiência que descreve, intervém e produz a realidade, de acordo com Benevides e Passos.	SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500018&lng=es&nrm=i&tlng=pt
18	O coletivo como plano de criação na Saúde Pública	Contra uma idealização do humano, pensá-lo a partir das existências concretas, considerando-o em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos.	ESCOSSIA, L. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500019&lng=es&nrm=i&tlng=pt
19	Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida	Indicando mudanças nas práticas de atenção e gestão, em que a aposta é nos sujeitos concretos.	PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020&lng=es&nrm=i&tlng=pt
20	Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar	Humanização como um valor que parte de experiências exitosas para superar desafios	PASCHE, D. F. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500021&lng=es&nrm=i&tlng=pt

CONTINUAÇÃO DA TABELA 7 – UTILIZAÇÕES DO TERMO HUMANIZAÇÃO NO ANO DE 2009			
Nº	TÍTULO/TRABALHO/EVENTO	USO DADO AO TERMO HUMANIZAÇÃO	FONTE DE PESQUISA
21	A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário	Proposta que deve estar vinculada com a reforma das modalidades clínicas e compreende o sujeito como produto resultante de um funcionamento que é de produção de inconclusa,	FALK, M. L. R.; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500022&lng=es&nrm=i&tlng=pt
22	Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo	Produção de cuidado cuja ênfase está na dinâmica das relações, no encontro e nas trocas entre diferentes sujeitos e coletivos.	MORI, M. E.; SILVA, F. H. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500023&lng=es&nrm=i&tlng=pt
23	O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva	O texto não aponta um sentido para o termo humanização	VASCONCELOS, M. F. F.; MORSCHEL, A. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500024&lng=es&nrm=i&tlng=pt
24	A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH)	O texto não aponta um sentido para o termo humanização	MELLO, V. C.; BOTTEGA, C. G. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500025&lng=es&nrm=i&tlng=pt
25	A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde	Não como valor abstrato, mas como produção de mudanças concretas que reafirmem o valor da vida e promovam práticas sociais inclusivas e solidárias.	PAULON, S. M.; CARNEIRO, M. L. F. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500026&lng=es&nrm=i&tlng=pt
26	Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas	Enfoque na da humanização na atenção a nascimentos e partos.	RATTNER, D. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=es&nrm=i&tlng=pt

ANEXO – ENTREVISTAS