



Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano*

Humanizing Health: an analysis of sense from the standpoint of daily work

JOSIANE APARECIDA FERREIRA**

GESSI CARVALHO DE ARAÚJO***



RESUMO – O artigo apresenta uma análise qualitativa dos sentidos atribuídos à humanização no cotidiano hospitalar pelos trabalhadores da equipe multidisciplinar de um hospital público na cidade de Palmas/TO. Utilizou-se entrevista semiestruturada para a coleta dos dados. O tratamento dos dados foi feito pela análise do discurso a partir do pensamento freiriano, centrado nas categorias de humanização e desumanização, subjetividade e objetividade, subjetivismo e objetivismo. Como síntese dos resultados, dividiu-se a análise em quatro eixos: o primeiro aponta o perfil dos participantes da pesquisa; o segundo, discorre acerca dos sentidos, revelando que a maioria gera um sentido subjetivista afirmando um entendimento reducionista da humanização; o terceiro e quarto eixos, apontam as ações de humanização e o trabalho em equipe e questões sobre a gestão da saúde, em que se verifica que a maioria entende o processo de humanização perpassando pela responsabilidade de todos os envolvidos.

Palavras-chave – Humanização. Saúde. Sentidos. Trabalho.

ABSTRACT – The paper presents a qualitative analysis of the meanings attributed to the humanization of hospital routine by workers of the multidisciplinary team in a public hospital in the city of Palmas/TO. We used semi-structured interviews to collect data. Data analysis was done through discourse analysis from Freire's thought, focusing on the categories of humanization and dehumanization, subjectivity and objectivity and objectivism and subjectivism. As a synthesis of the results, the analysis was divided into four areas, the first being that pointed the profile of the research participants. Then, if talked-about of the senses, revealing that most raises an subjectivist sense stating reductionist understanding of humanization. In the third and fourth axes, it was pointed out humanization actions and teamwork and management issues, which confirms that the majority believes that the process of humanization pervades the responsibility of everyone involved.

Keywords – Humanization. Health. Senses. Work.

* Artigo elaborado a partir do trabalho intitulado *Humanização: análise da produção de sentido no Hospital Geral Público de Palmas*, vinculado ao curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Aprovado pelo Parecer Consubstanciado 135/2013, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFT.

** Mestranda do programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins (UFT), Assistente Social da Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Professora do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Luterano de Palmas da Universidade Luterana do Brasil (CEULP/ULBRA), Palmas/TO – Brasil. E-mail: josiane.parana@hotmail.com

*** Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (PUC/SP). Professora e orientadora do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas/TO – Brasil. E-mail: cgressi@uft.edu.br
Submetido em: fevereiro/2014. Aprovado em: maio/2014.

O termo *humanização* é polissêmico e tanto mais o é quando empregado em contextos como os de serviços em saúde. Todavia, mesmo com essa gama de possibilidades de significação pode (re)orientar a aproximação dos trabalhadores da área de saúde aos modos de produzir saúde. Por isso, este estudo parte do entendimento de que a humanização é um movimento ético-político que traz em si a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2008). Partindo desse pressuposto, esta pesquisa percorre os labirintos da óptica qualitativa; portanto, elaborada a partir das representações e práticas dos sujeitos envolvidos na investigação. Com isso enfatiza-se a necessidade de produção de indicadores de mudança que levem em conta estruturas, processos, relações e a contribuição da subjetividade.

Uma das dificuldades de se trabalhar com a noção de *humanização* é que no senso comum a óptica de humanização está quase sempre ligada ao tratar bem o paciente. Esse é, entre outras coisas, um sentido reducionista da dimensão do termo, acarretando um entendimento de que se deve exigir dos trabalhadores em geral uma postura de bom atendimento ao paciente. Esse juízo apequenado pelo senso comum não raro exclui outras ações que dão sustentação ao crivo ético-político da humanização. Por isso, a escolha do debate na óptica do trabalho cotidiano em saúde, por trazer em seu bojo um ideário de transformação que coaduna com a produção de saúde na perspectiva da produção da vida. Além disso, há também a afirmação às boas práticas de gestão e assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a defesa dos direitos dos usuários, a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, a cogestão, que busca promover a indissociabilidade entre os modos de gerir e de cuidar.

Portanto, o entendimento de que há os vários sentidos de humanização presentes na visão dos trabalhadores possibilita identificar aspectos que dificultam ou facilitam a efetivação da humanização no âmbito do SUS. Especialmente em face do desafio enfrentado pela gestão em saúde: a qualidade dos serviços prestados. Esse é sempre um ponto nevrálgico de qualquer gestor.

Em razão de buscar um conceito mais seguro, este estudo se desenvolve primeiramente sob o aporte teórico acerca da humanização. Todavia, o aporte conceitual se dá numa perspectiva crítica, sem deixar de lado os desafios enfrentados cotidianamente. Num segundo momento, é apresentada a trajetória política da humanização na saúde, para o que houve necessidade de alguns dados e aspectos históricos ligados ao tema. Em seguida apresentam-se os resultados da pesquisa de campo, realizada por meio de entrevistas com nove trabalhadores da saúde componentes da equipe multidisciplinar do hospital pesquisado. Para as argumentações, houve observação por categorias agrupadas em eixos para facilitar a análise.

Os sentidos teóricos da humanização e seus desafios concretos no cotidiano

Os vários sentidos trazidos pela palavra humanização apontam para atributos de muitos matizes, tanto teóricos quanto práticos. Essa gama de sentidos está implícita e é implicada pelas relações sociais, econômicas e políticas. Justamente em vista desse conflituoso contexto sua efetivação no SUS tem alguma imprecisão e até mesmo confusão. Como resultado, há várias ações ditas humanizantes ou humanizadoras apenas no rótulo.

Nesse sentido, é preciso enfatizar a humanização a partir do reconhecimento da categoria desumanização, trazendo o questionamento sobre a viabilidade da primeira a partir da constatação da segunda. Conforme explicita Paulo Freire (2005, p. 32), “ambas, na raiz de sua inconclusão, inscrevem os homens num permanente movimento de busca. Humanização e desumanização, dentro da história, num contexto real, concreto, objetivo, são possibilidades dos homens como seres inconclusos e conscientes de sua inconclusão”. Para Freire, a humanização é uma vocação do ser humano. É negada na existência da injustiça, da exploração, da opressão, da violência, da dominação dos que oprimem e dominam. É afirmada no exercício da liberdade, da justiça, da luta daqueles que sofrem a opressão e a dominação, ao recuperarem a “humanidade roubada” (FREIRE, 2005).

Por se tratar de uma realidade concreta e contraditória, o eminente educador também aponta a superação desta contradição de maneira objetiva. Existe a exigência da superação, da transformação da situação concreta geradora da opressão. A transformação objetiva da situação desumanizadora é combatente da imobilidade subjetivista que espera pacientemente que por ela mesma a opressão desapareça. Essa busca parte do reconhecimento da desumanização, embora seja concreta na história, não é um “destino dado”, mas resultado da ordem social injusta geradora da violência dos opressores dominadores. A humanização é o *ser mais* enquanto desumanização é o *ser menos* no pensamento de Paulo Freire.

A humanização, nessa perspectiva freiriana, não só é necessária no mundo contemporâneo mas também é urgente. Há uma sensação de em que o ser humano está automatizado e com isso suas ações se encontram eivadas de proibições e valorações, simbologias, mitos e ritos que ditam o *quê* e o *como* fazer, conforme Silva Júnior e Alves (2007). Com isso, não se nega a subjetividade, mas o subjetivismo, como se fosse possível pensar em objetividade sem considerar a subjetividade. Uma está imbricada na outra e não existe uma sem a outra. Portanto, não há dicotomia. Há contradição, ou seja, uma e outra ocupam seu lugar na realidade.

A objetividade dicotomizada da subjetividade, a negação desta na análise da realidade ou na ação sobre ela é objetivismo. Da mesma forma, a negação da objetividade, na análise como na ação, conduzindo ao subjetivismo que se alonga em posições solipsistas, nega a ação mesma, por negar a realidade objetiva, desde que esta passa a ser criação da consciência. Nem objetivismo nem subjetivismo ou psicologismo, mas subjetividade e objetividade em permanente dialeticidade (FREIRE, 2005, p. 41).

A confusa compreensão entre o conceito de subjetividade com subjetivismo, seria a negação da primeira, que resulta numa decadência para um simplismo pautado na ingenuidade. O pensamento freiriano aponta para a necessidade da humanização por haver desumanização numa perspectiva histórica. Neste sentido, o SUS, por meio da Política Nacional de Humanização, reconhece o processo amplo em que se constitui a desumanização na sociedade brasileira. No entanto, há que se observar que vem como uma das respostas sociais a tantas questões e necessidades de saúde no Brasil. Ao seu lado existem políticas econômicas, sociais, ambientais que são fundamentais para a promoção da saúde e da redução dos riscos e agravos. São “reformas sociais como a reforma agrária, a reforma urbana, a reforma educacional, a reforma política e tributária” (PAIM, 2009, p. 75).

Daí que o significado de humanização para a o campo da saúde, sob várias perspectivas, pode ser compreendido como um princípio de conduta de base humanista e ética num movimento contra a violência institucional. Além disso, essa noção de humanização amplia o sentido da política pública para a atenção e gestão no SUS, sendo também uma metodologia auxiliar para a gestão participativa e uma tecnologia do cuidado na assistência à saúde (RIOS, 2009). No entanto, “os esforços para a humanização da atenção com práticas de acolhimento nas unidades ainda não foram suficientes para a mudança do modelo de desatenção vigente” (PAIM, 2009, p. 90). Pode-se verificar que o SUS, incluindo a PNH, está em um terreno de tensões e de desafios, no sentido do enfrentamento do modelo privatista neoliberal na saúde, em contraponto à visão biopsicossocial, uma das possíveis respostas gestadas pela ala do modelo sanitaria da saúde.

Em face de um contexto de sociedade capitalista, como o é a sociedade brasileira, o modelo médico-assistencial privatista é o mais (re)conhecido, mesmo não contemplando o conjunto dos problemas de saúde em sua totalidade, voltado à concepção de que o usuário é dividido em dois grupos: os consumidores que podem comprar a mercadoria saúde e aqueles que não podem comprar. Estes últimos, os que se encontram à margem da sociedade capitalista, na concepção de Castel (2000 e 2005), desfilados e excluídos da sociedade. Entretanto, esse modelo assistencial, crivado pelo viés mercadológico que caracteriza a assistência médica individual, não é exclusivo do setor privado (PAIM, 2003, p. 569); também está presente nas OSS (Organizações Sociais de Saúde), que terceirizam ao assumir o serviço público de saúde de Norte a Sul do Brasil. Esse modelo se contrapõe ao modelo sanitaria gestado no processo da reforma sanitária. Os pilares sanitarias são de saúde pública,

materializados nos princípios e diretrizes do SUS, propondo universalidade, integralidade e igualdade nos serviços de saúde.

Por isso, especialmente, é urgente a necessidade de um modelo que não apenas altere o padrão, mas o modo de se produzir saúde, numa quebra de paradigma (COELHO, 2008). E tanto objetiva quanto subjetivamente, a humanização na saúde é um novo modo de fazer. Não numa receita perfeita, mas num caminho em construção no próprio ato de caminhar (CAMPOS, 2007), fazer no processo de trabalho nos serviços de saúde.

Merhy (2002) apresenta seu conceito de espaço intercessor, em que o processo de trabalho em saúde se caracteriza por ser um espaço atravessado por distintas lógicas. O ato de cuidar compreendido do trabalhador de saúde para o usuário resulta numa interseção partilhada. Este espaço dos atos de saúde liga o trabalhador (e a gestão) com o usuário de maneira complexa. No processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (trabalhador/gestão da saúde), com suas ferramentas e conhecimentos e o produto final: o cuidado em saúde (MERHY, 2002). O trabalho em saúde é, portanto, resultado de um ato vivo, numa relação mediada pela intercessão entre trabalhador e usuário, tendo a gestão como interferência nesta relação.

No entanto, é fato que exista tensão entre os dois projetos de saúde bem definidos refletidos no interior e no exterior da saúde: o capital financeiro, que aparece como atenção gerenciada e o lado anti-hegemônico dos projetos sanitários que apontam a saúde como um bem público (MERHY, 2002), englobando seus atores como agentes transformadores da realidade.

A humanização, desdobrada na relação trabalhador, gestor, usuário, é fundamentada no respeito e na valorização da pessoa humana, num fazer que pretende a transformação da cultura institucional, conduzida por uma construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços (RIOS, 2009). Humanizar a atenção à saúde é valorizar o trabalhador e o usuário, considerando o mundo do trabalho como cogestão e corresponsabilização (PAIM, 2009). Não se separa a gestão do trabalhador e do usuário. São sujeitos transformadores da realidade e, portanto, de seus resultados. A humanização apresenta-se também ligada aos direitos humanos, como o direito à privacidade, à confidencialidade à informação, ao consentimento do usuário nos procedimentos médicos e o atendimento respeitoso por parte dos profissionais.

Desrespeitos e maus-tratos à saúde são demonstrados na história, tanto em termos mundiais quanto na história brasileira. No caso do Brasil, é um tanto mais grave, porque a conquista por direitos sociais se consolida somente no final do século XX, refletida na conquista do direito à saúde, de forma gratuita e universal inaugurada pelo SUS. As teorizações deram lugar às práticas que entendem o direito à saúde não somente como direito às ações e serviços de saúde, mas como direito ao estado vital saudável (PAIM, 2009). Este é o reflexo do conceito de saúde adotado pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que extrapola o sentido da ausência de doenças e traz o ideário do pleno bem-estar físico, mental e social.

Dessa forma, a humanização na saúde implica mudança na gestão dos sistemas de saúde, e isso terá efeitos nos serviços. Um de seus principais objetivos é melhorar o atendimento aos usuários e garantir melhores condições de trabalho para os trabalhadores. Nesse sentido, humanizar a saúde também significa profunda mudança de atitude dos indivíduos. Essas mudanças, por sua vez, serão criadoras de novos profissionais, e estes, por seu turno, mais capacitados a aprimorar o sistema de saúde para que se inaugurem novos modos de fazer e de sentir. Pode-se dizer que se trata de uma “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, através do investimento em um novo tipo de interação entre sujeitos, qualificando vínculos interprofissionais e destes com os usuários do sistema e sustentando a construção de novos dispositivos institucionais nesta lógica” (DESLANDES, 2004, p. 11). Quanto ao fator interativo, transdisciplinar e complexo, busca-se trabalhar pela transdisciplinaridade, buscando a horizontalização das relações de poder entre os diversos saberes. Isso significa dizer que no campo da saúde, de modo especial, é sempre necessário não separar nem dissociar as formas de organização do trabalho de sua gestão (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Ora, está evidente que a humanização é uma proposta inovadora e que por isso mesmo é necessária uma política para que haja sustentação e retorno a tantas ações e sentidos. Quando foi criada em 2003, pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a Política Nacional Humanização (PNH) implicou modos diferentes de operar no campo da saúde. A partir dessa compreensão, é relevante o estudo da humanização como produto da PNH, porque essa política orienta uma conduta humanizada por parte dos trabalhadores de saúde. Essa conduta prevê interação do trabalhador consigo e com o outro que labora no campo da saúde, do trabalhador com o trabalho, do trabalhador com a gestão e, por fim, mas não menos importante, do trabalhador com o usuário.

Assim, este estudo circunscreve um recorte na implementação da humanização e, para isso, parte da análise dos sentidos vivenciados pelos sujeitos impactados no cotidiano de trabalho. Concebendo o cotidiano como um espaço-tempo em que a vida de todos os dias acontece, por isso mesmo, numa perspectiva potencialmente transformadora. Além disso, é nesse cotidiano, como um espaço modelado pelo Estado e influenciado pela produção capitalista, que a lógica do mercado pretende o ser humano um dócil consumidor (CARVALHO, 2000).

Historicamente, é sabido, modificam-se tanto as trajetórias políticas quanto as relações sociais, mas o direcionamento dessas modificações vai depender também da consciência humana sobre os rumos e os valores presentes ou ausentes no desenvolvimento destas mudanças. O que está no bojo deste debate é a necessária mudança de paradigma nos serviços de saúde.

Humanização e trajetória política na saúde

Como política pública, a humanização via PNH foi pensada como possibilidade de enfrentamento e superação dos desafios apresentados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde. Também para redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da gestão e da organização do trabalho em saúde, afirma Pasche (2011). Trata-se de um movimento de cunho eminentemente político, que tanto denuncia quanto objetiva abarcar as necessidades dos atores envolvidos na produção de saúde.

O SUS foi gestado em um período com muitas proposituras de mudanças, do desejo de se fazer diferente do que se vinha fazendo. Era o tempo da busca pela mudança. A humanização procura restituir e promover a manutenção dos princípios que nortearam a militância pelo SUS, bem como a densidade do movimento expresso na concepção complexa do sistema de saúde (HECKERT, 2009). Desde o início, o processo de construção do SUS já apontava para a necessidade da humanização na concepção e operacionalização das políticas públicas de saúde em vários contextos, geralmente ligados à busca de melhoria na qualidade da assistência à saúde do usuário e também ao reconhecimento iminente dos trabalhadores da saúde. No que tange ao usuário, a reivindicação era por mais acolhida, resolutividade e disponibilização de serviços. Já pelo lado dos trabalhadores, a pauta versa sobre melhores condições de trabalho e qualificação na formação, no intento de atender de maneira eficiente as demandas complexas que o processo saúde-doença impõe. Somando-se a isso está a necessidade do alcance dos objetivos de uma assistência efetiva o bastante para cumprir com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade assumidos pelo SUS.

Antes da PNH existiam ações desenvolvidas no campo da saúde pública buscando induzir práticas com orientações humanizadoras, como o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Eram programas com pouca articulação entre si, por isso com atuação fragmentada. Como essas ações tinham um caráter acrítico quanto aos modelos vigentes de atenção e de gestão, havia uma flagrante fragilidade nesses fazeres. Esse quadro temerário teve uma ação ousada do Ministério da Saúde que, em resposta, inaugura a PNH, cujo mote é indissociabilidade entre os modos de gerir e os de cuidar.

Como política, os princípios da humanização são o fomento da autonomia dos atores, aumentando o grau de corresponsabilidade na produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários; a participação coletiva na gestão; a transversalidade e indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde; o compromisso com a melhoria das condições de trabalho e atendimento. Aqui o que se entende por *princípio* é tudo aquilo que causa ou força a ação, um determinado movimento no plano das políticas públicas (BRASIL, 2008). Sendo assim, é a transversalidade na PNH que amplia a comunicação intra e intergrupos, transformando os modos de relacionamento e de comunicação entre os sujeitos.

O impacto da transversalidade, como princípio, é a compreensão de que a gestão e a atenção estão articuladas entre si. Isso de imediato se diferencia dos modelos verticais e hierarquizados ainda existentes, porque busca desfazer as hierarquias, e, com o fim das relações verticais, vai possibilitar a criação e o fortalecimento de redes de reciprocidade e colaboração, justamente porque a noção de rede aqui é suporte de sustentação das ações e políticas. Por isso, esta concepção de humanização vai de encontro às concepções apoiadoras de determinadas visões religiosas, científicas e políticas de homem, que são permanentemente ligadas a juízos de valor conservadores da realidade posta (FOUCAULT, 2008).

Na feitura dessa humanização é proposto um método. Necessariamente por método aqui se concebe um modo de caminhar que esteja em concordância com esses princípios estabelecidos. A observância dos princípios na concepção do método viabilizou a inserção dos trabalhadores, gestores e usuários. A isso se denominou Método da Tríplice Inclusão, porque propõe a inclusão de todos os atores, sujeitos da produção de saúde e alteração nos modos de gestão dos serviços, para aumentar o grau de comunicação, afirmar a inseparabilidade entre atenção e gestão e a corresponsabilização dos autores e atores desse processo como um caminho viável em construção atualmente (BRASIL, 2008).

Com método e diretrizes que orientam suas ações e dispositivos que atualizam essas diretrizes por meio de ações, arranjos e tecnologias que ensejam movimentos de mudança, a PNH tem uma implementação dinâmica. Todavia, para a efetiva implementação da PNH a partir do seu sistema de dispositivos, é necessário levar a termo as redes de proteção e produção de saúde como um ponto de concatenação, o que, felizmente, atualmente tem se configurado como o principal objetivo das ações da política (BRASIL, 2008). Ainda assim, o componente humano precisa ser valorizado no todo para que se tenha prática que supere o fazer verticalizado e pontual.

A PNH é composta de dispositivos que, em síntese, são os modos de fazer dessa política; por isso, essas diretrizes já apontam um teor humanizador, inclusive na nomenclatura: acolhimento; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular; ambiência; contratos de gestão; escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; grupos focais; pesquisas de satisfação; visita aberta; direito de acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico; programa de formação em saúde e trabalho e comunidade ampliada de pesquisa; programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; e grupo de trabalho de humanização (BRASIL, 2008).

São esses os dispositivos a partir dos quais se pode esperar a redução de filas e o tempo de espera, além da ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. Também pode-se esperar que todo usuário do SUS saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços responsável por sua referência territorial e atenção integral. Em relação às unidades de saúde, é esperado que esses princípios possam garantir os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei, ampliando os mecanismos de sua participação ativa e de sua rede sociofamiliar nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral. Ainda sobre as unidades de saúde, há o desejo de que possam garantir a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, investindo na educação permanente dos trabalhadores, na ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos, como rodas de conversa e encontros (BRASIL, 2008).

Mesmo que exista um crescente interesse pela humanização na área da saúde e o interesse de secretarias de saúde para implantar a PNH, isso em si não basta. Quando da implementação, é preciso

que exista uma avaliação de como as práticas se efetivam no cotidiano das experiências dos trabalhadores e como tais práticas impactam nos modelos de gestão. É exatamente este o mote deste estudo: a analisar a percepção dos trabalhadores da saúde em seus processos de trabalho e suas experiências cotidianas em uma unidade hospitalar. Para isso, foi preciso conceber um caminho metodológico cujo foco estivesse na percepção dos trabalhadores, conforme se descreve a seguir.

Caminhada investigativa: escolhas e processo

O que se apresenta aqui é um estudo feito a partir de uma pesquisa qualitativa realizada num hospital público. O instrumento de obtenção dos dados se deu por entrevistas semiestruturadas ocorridas no próprio local de trabalho com a equipe multidisciplinar. O grupo de entrevistados foi composto por representantes de categorias profissionais. Os profissionais entrevistados tinham de ter por tempo de serviço um período igual ou superior a cinco anos com carga horária superior a 20 horas semanais no setor. Assim, o foco eram os que estavam com mais tempo de atuação e que permaneciam por mais tempo no hospital. Em relação ao caráter qualitativo da pesquisa, é preciso ressaltar que o resultado não visa a generalizações; afinal, pressupõe-se aqui o conhecimento como um desafio, porque é “fruto do caminho interpretativo, eminentemente intersubjetivo” (MINAYO, 2009, p. 89).

Para acentuar um pouco mais o caráter transitório e limitado do conhecimento é que Bachelard (1996) enfatiza que o conhecimento da realidade jamais é imediato e pleno. O empírico torna-se claro quando o conjunto de argumentos se estabelece; já o científico se constrói na troca entre sujeito e objeto, feito nas próprias interpretações que causam o ato de viver, ser, estar, ver, pensar e sentir no mundo. Daí que o verdadeiro saber se dá por meio da observação que somos capazes de conceber, da investigação e discussão do que ponderamos saber e do que se almeja conhecer (BACHELARD, 1996).

Segundo Paim (2009, p. 74), os diferentes modos de ver e entender o SUS são fundamentais para que se possa superar as visões limitadas e reunir esforços para construir o SUS. É preciso partir da legislação, mas podendo aprofundar o processo de democratização da saúde. Isso porque existem diferentes perspectivas de ver o SUS: o SUS para os pobres, o SUS real, o SUS formal e o SUS democrático (PAIM, 2009, p. 73).

É, portanto, a partir deste ponto de vista que fica explícita ainda mais a importância de inserir no debate do SUS a humanização na lógica do cotidiano dos trabalhadores. Com isso será possível realizar uma interpretação com qualificação da óptica dos trabalhadores, ressaltando seus sentidos, suas vivências, para que o processo seja o foco principal. Nessa perspectiva, o que se busca aqui é entender os sentidos da humanização pelos profissionais de saúde, como se dispõem em seguida, quando da abordagem dos resultados deste estudo.

Análise dos resultados

O estudo se sustenta no aporte teórico freiriano nas categorias humanização/desumanização atrelada às categorias subjetivismo/objetivismo e a perspectiva dialética intrínseca da subjetividade e da objetividade. Para os limites deste trabalho, categoria se refere a um conceito que abrange elementos, aspectos característicos comuns ou relacionados entre si; portanto, o emprego do termo categoria é para estabelecer classificações, agrupar elementos em torno de um conceito (GOMES, 1994).

Em relação ao modo de organização e análise dos dados, foi preciso ter quatro eixos temáticos alicerçados nas questões da entrevista semiestruturada. O primeiro se refere à organização do perfil dos sujeitos entrevistados; o segundo aborda a concepção de humanização; o terceiro trata da humanização

e a relação com o trabalho profissional; e o último discute a humanização na interface com a gestão na visão dos profissionais de saúde.

Perfil dos profissionais

Neste primeiro eixo, apresenta-se o perfil dos sujeitos entrevistados, para realizar uma caracterização do estudo conforme demonstrado a seguir.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados

Entrevistados (E)	Profissão	Idade	Tempo de atuação	Tempo de formação	Situação
E 1	Médico	42	12	13	Concursado
E 2	Psicólogo	30	05	08	Concursado
E 3	Enfermeiro	52	09	28	Contratado
E 4	Terapeuta Ocupacional	44	07	20	Concursado
E 5	Fonoaudiólogo	42	08	18	Concursado
E 6	Nutricionista	33	08	09	Concursado
E 7	Assistente Social	34	05	11	Concursado
E 8	Farmacêutico	32	05	11	Concursado
E 9	Técnica de Enfermagem	39	08	12	Concursado

Fonte: entrevistas oriundas da pesquisa de campo.

Quanto aos detalhes do perfil dos nove entrevistados, sete são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto à idade, um dos entrevistados está acima dos 50 anos. Cinco deles estão na faixa de trinta anos e três estão na faixa de quarenta. Quanto ao tempo de inserção no hospital, apenas um deles está há mais de 10 anos. Oito têm entre cinco e nove anos de atuação. Dessas informações iniciais nota-se que a maioria é contemporânea à implantação da PNH enquanto política e às iniciativas realizadas na instituição até o momento.

Já sobre o tempo de formação, um deles tem 28 anos de formação, um tem vinte anos e os demais, sete, têm entre oito e treze anos de conclusão de seus cursos de graduação, com a exceção de dois entrevistados que concluíram seus cursos após o advento da PNH. Mesmo assim, pela incipiência do processo, muito provavelmente receberam pouca influência dos preceitos dessa política em suas formações. É possível, inclusive, que sete deles tenham se formado sem sofrer influência da PNH, o que não os isenta de alguma apreensão do conceito de humanização.

Como se vê no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no ano de 2003, quando a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada, já existiam ações e programas com foco na humanização, como o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Entretanto, esses programas, de modo geral, não mantinham articulação entre si e tinham caráter fragmentado. Passaram a ter uma abordagem legal e política somente a partir de 2003 (BRASIL, 2008).

Somente um dos entrevistados, o que tem mais tempo de formação, é contratado pela Secretaria de Estado da Saúde. Os demais são concursados. Ser contratado significa estar à mercê da oferta e da procura de mão de obra, menos segurança no vínculo empregatício e estar mais vulnerável às consequências das crises econômicas e políticas de maneira mais contundente, o que pode gerar insegurança e insatisfação no trabalho, fator preponderante de adoecimento para o trabalhador. É possível verificar isso nas falas a seguir:

É preciso ter mais igualdade entre os funcionários, contratados e concursados [...] existe uma discriminação entre quem é concursado e quem é contratado. Até na questão dos diretos [...] os contratados vivem na corda bamba sem saber o que vai acontecer [...]. (E3)

Além disso, ser contratado implica estar em condição vulnerável, enfraquecido para aderir ao movimento de humanização, principalmente porque esse movimento postula mudanças profundas na relação entre gestores e profissionais de saúde, como o estabelecimento de uma postura mais crítica em face das relações de poder no processo de trabalho.

O avanço tecnológico leva à substituição dos trabalhadores por máquinas em diversas atividades (HANDY, 1995, p. 31). Se readmitidos, passam a receber um salário, em média, 30% menor do que o salário anterior. Nesse contexto, há uma grande indagação: como se poderá garantir a sobrevivência das pessoas em tais condições? (THUROW, 1997, p. 28).

Então, o trabalhador, pra se manter, pra sobreviver... pra não enlouquecer... tem que aprender a fazer o que é possível dentro das condições da realidade. (E1)

O hospital está uma verdadeira casa da mãe-joana. Por quê? Porque aqui tem gente que faz o que quer do jeito que quer na hora que quer. Quem tem as costas quentes! Humanização aqui existe pra quem é amigo de médico, diretor ou dos políticos... isso pra funcionário e pra paciente. (E9)

Assim, a contemporaneidade provoca profundas mudanças no mercado de trabalho. Mattoso (1995) chama atenção para a insegurança do trabalho, que engloba a insegurança no mercado de trabalho, no emprego, na renda, na contratação, na representação, na defesa do trabalho e na organização sindical. Isso necessariamente afeta o posicionamento político dos trabalhadores de maneira geral, em especial no processo de humanização. Uma vez que esse processo é pautado pelo fim das relações verticais e hierarquizadas, são poucos que arriscariam realizar enfrentamentos e, com isso, pôr em risco seus empregos. E, assim, muitos se submetem a uma relação de emprego subalternizada, até mesmo atrelada à filiação política partidária como alternativa estratégica de sobrevivência.

Os sentidos da humanização

O objetivo deste eixo é analisar os sentidos gerados e atribuídos pelos entrevistados à humanização na óptica cotidiana do trabalho.

Para sete dos entrevistados, o sentido da humanização é subjetivista e, por conseguinte, da PNH, ao relacionar a boa vontade do trabalhador na atenciosa assistência ao usuário. Portanto, apresentam um entendimento voltado muito mais para o bem-estar do paciente (usuário do serviço), de uma maneira unilateral, evasiva e psicologizante da humanização, pois desconsidera os aspectos objetivos que envolvem a materialidade das ações de humanização. Como se pode ver nestes relatos:

Entendo que seja o tratar o paciente com respeito, atendendo as necessidades básicas do paciente. (E3)

Seria todos os profissionais trabalharem com um objetivo, que é a melhora do quadro clínico do paciente e o bem-estar do mesmo. Propiciar a ele que tenha um acolhimento, que se sinta bem e seguro e, conseqüentemente, a cura. (E4)

Nesta visão está imbricada uma lógica subjetivista de (auto)motivação e de bom desempenho dos trabalhadores da saúde, com pouco entendimento das necessidades objetivas da cogestão, da corresponsabilização e da sua condição de sujeito artífice do processo. Por outro lado, a PNH também vem sendo entendida no sentido de reforçar a lógica individual objetivista no trabalho em detrimento de uma política de cunho institucional que resguarde coerência com os princípios, diretrizes e dispositivos da humanização, como declara um dos entrevistados:

[...] quanto à forma que se produz humanização [...] a humanização é feita de uma forma individualizada, depende do profissional [...] então, não é via de regra, entende? Pois a instituição em si não proporciona uma real humanização. É necessário, mas como humanizar um atendimento num corredor lotado, sem condição de atender o paciente dignamente? Como fica a humanização do profissional para prestar um serviço de qualidade como é aprendido durante sua qualificação? Só conhecer já basta? As iniciativas são muito principiantes ainda, eu acho. (E5)

Apenas um dos entrevistados apresentou um entendimento dialético entre condições objetivas e subjetivas que envolvem a humanização, conforme se verifica em sua fala:

[...] entendo que seja uma política nacional de acolhimento e de um trabalho mais digno e esclarecido pro trabalhador e paciente. Há que se lembrar do trabalhador também. Eu não tô fazendo um favor pro paciente, mas ele tem direitos, com dignidade, dentro das condições existentes [...]. (E1)

Nesse relato verifica-se o terreno em que se movem as categorias humanização/desumanização atreladas às condições materiais e subjetivas do processo de trabalho em saúde. Ou seja, a humanização está além da vontade individual, pois se dá em condições de trabalho concretas tanto para trabalhador quanto para usuário. Faz-se necessário, portanto, observar a intrínseca relação dialética da relação subjetividade/objetividade em movimento no cotidiano do trabalho que não pode ser restrita somente a um polo de âmbito pessoal, da vontade ou da visão objetivista, estrutural e fatalista que se tenha do SUS. Portanto, Um grande desafio da humanização enquanto política é desvincular-se da associação com uma humanização piedosa, ligada a movimentos religiosos e filantrópicos, operando com um conceito de humano como homem bom e caridoso. A humanização vem carregada de muitos sentidos idealizadores (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Como ressalta a entrevista a seguir:

[...] a mudança deve ser interna, pessoal, mas acredito que pode e deve ser propiciada pelo setor de humanização. É um trabalho ingrato esse da humanização, mas se você se propôs a fazer, deve continuar e acreditar nisso, senão, seria faz de conta. O que poderia melhorar são as condições de trabalho, de respeito ao direito fundamental da pessoa. A comida, o banheiro limpo, o que falta, bem, desrespeita o ser humano. (E1)

Essa fala aponta uma percepção dialética da humanização e, portanto, a visão subjetivista despolitiza o caráter transformador da política no âmbito do processo de trabalho em saúde ao reduzir a política a um mero bom trato com o usuário e como responsabilidade pessoal do trabalhador, descolado das condições objetivas em que se realizam as ações em saúde, como a falta de condições dignas de trabalho.

É visível que se trata de três visões, uma subjetivista (levando em conta os posicionamentos subjetivos e psicologizantes), uma objetivista de cunho estruturalista fatalista e uma dialética que leva em conta as tensões entre as condições de trabalho e as condições concretas da humanização.

Ações de humanização e o trabalho da equipe

Neste eixo o foco é a investigação na efetivação da humanização no trabalho. A análise parte da apreensão dos trabalhadores a respeito das ações realizadas e como isso se dá no trabalho cotidiano da equipe na realização de seu processo de trabalho em relação à humanização/desumanização.

Três dos participantes da entrevista declararam que desconhecem as iniciativas realizadas no hospital sobre humanização. Essa informação causa estranheza, porque existe um setor responsável pelo desenvolvimento das ações da PNH local: o setor de humanização. Sobre o trabalho em equipe, seis apontam que só saber ou saber pouco sobre a humanização não resolve os problemas de desumanização do serviço. Contudo, essa óptica pode conduzir a uma postura fatalista dos avanços que a PNH propõe na transformação do cotidiano do trabalho.

Sim... vejo que todo mundo, inclusive eu, deveria saber mais sobre isso [...] mas vejo também que é importante saber sobre humanização, mas precisa também pôr em prática para se obter resultados. Só saber, não adianta... entende? Bem, eu nunca vi um trabalho de humanização aqui que eu ache adequado [...]. (E4)

Eu vejo os grupos de trabalho [...] debates, oficinas, mesas-redondas. São trabalhos bem elaborados em sua teoria e que, na verdade, são pouco utilizados na prática. (E7)

É perceptível que as respostas apontam para uma dificuldade de aceitação ou pouco reconhecimento das ações e pouca compreensão mais profunda da política, resultando num entendimento desfocado dos objetivos e das possibilidades da humanização, levando à descrença por parte dos trabalhadores a respeito da PNH:

A humanização que eu vejo aqui é falha. Pois não é justo ver idosos numa maca cheia de formiga... (tem formiga nos pacientes!!!) e não poder fazer nada?! E aí escutar dos diretores que as mudanças não se fazem da noite para o dia. Como é que o hospital prega a humanização se não dá condição pra ser executada? (E5)

Essas dificuldades encontradas têm lastro em uma postura fatalista acerca da transformação, o que enfraquece o papel político de denúncia e organização dos usuários e profissionais. A proposta da humanização é contrária ao modelo privatista neoliberal, apontando na direção que se aproxima de um “conceito experiência” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Isso significa dizer que a humanização vai se efetivar no concreto das experiências do dia a dia dos serviços, em novas experiências do humano, que não é aquele humano idealizado nem das condições ideais. Tal conceito é sustentado a partir da compreensão da necessidade de enfrentamento das realidades existentes quanto às precárias condições de trabalho e dificuldades de acesso universal e equânime aos serviços de saúde e à atenção integral.

Por isso, a humanização vem como estratégia para modificar o quadro de desqualificação dos trabalhadores, de precarização das relações de trabalho e visa romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas, para que com isso se possam inaugurar novas possibilidades de construção de um cenário coletivo e crítico por parte tanto dos trabalhadores quanto dos usuários. Este movimento *da e na* realidade é potencialmente gerador de mudanças de posicionamento e construção de uma nova consciência. Em parte, isso se faz a partir do conhecimento adquirido na formação universitária; porém, sabe-se pouco a respeito. Será que a formação dos profissionais da saúde destoa dos programas governamentais? Isso poderia ser tema para um outro estudo.

Gestão cotidiana da humanização

Este eixo tem por objetivo analisar como os trabalhadores percebem humanização na relação com a responsabilidade por mudanças no processo de trabalho e a gestão do serviço.

A PNH aponta para a indissociabilidade entre os modos de gerir e os modos de cuidar numa tríplice aliança entre trabalhadores, gestores e usuários da saúde, os quais estão profundamente imbricados, sendo corresponsáveis e cogestores da política de saúde (BRASIL, 2008).

Dois entrevistados veem a equipe como responsável na relação de trabalho com humanização, mas esperam que a gestão tome as iniciativas e as decisões, conforme segue:

Penso que a responsabilidade seja dos atores... funcionários da saúde junto com os gestores, em parceria. Acho que poderia começar por melhorar a atuação do gestor... (E2)

Acho que a responsabilidade é de todos, mas o exemplo deveria vir de cima, da secretaria e da diretoria, colocando o tratamento dos pacientes com qualidade acima dos interesses de classe. (E6)

Dois veem a responsabilidade centrada ainda na gestão, numa visão objetivista, que revela o fatalismo imbuído nas seguintes falas:

Acho que a responsabilidade seria do Estado, dos diretores da instituição. Eles que têm condições pra mudar alguma coisa. (E3)

[...] principalmente dos gestores e administradores e dos profissionais que comprem a causa... Bom... eu não vejo a humanização aqui... o que vejo é uma cultura clínica, organicista, ortodoxa, sem cultura de humanização. (E4)

Essas falas expressam uma concepção da transformação pelo alto, uma via um tanto prussiana, que desloca o protagonismo dos sujeitos (profissionais e usuários) na luta por transformações humanizadoras do serviço. Neste sentido, Freire (2005) aponta que os próprios oprimidos hospedam o opressor dentro de si, prejudicando o processo libertador. Para se libertar da opressão, os oprimidos necessitam saber que são, de alguma maneira, também seus próprios opressores ao não se articularem politicamente rumo à libertação. Os opressores somente irão mudar pela ação dos oprimidos, jamais por iniciativa própria dos opressores.

Aliás, neste sentido, Campos (2007) diz que do trabalho se vive e pelo trabalho se morre, isso explicita que algumas condições de trabalho matam, e o fazem rapidamente. E como principal estratégia de defesa do trabalhador, uma forma de libertação, é o aumento do seu poder sobre o processo de atuação. Como? Pela cogestão, gestão participativa. E para que isso ocorra, os trabalhadores necessitam compreender a si e ao contexto onde estão inseridos, enfrentando conflitos e estabelecendo alianças com outros segmentos sociais. A politização é medida fundamental para melhorar a saúde do trabalhador.

Quatro entrevistados identificam que o processo de humanização perpassa pela responsabilidade de todos os envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), conforme ilustra a fala a seguir:

A responsabilidade da mudança, bem, eu acho que é de todos! Mas eu vejo ainda refém de atitudes pontuais, sem qualquer relevância global e coletiva. Precisa

pensar numa melhoria na saúde produzida aqui. Desde a estrutura física, as condições de trabalho, enfim... tudo. (E8)

Verifica-se que a óptica dos trabalhadores no quesito responsabilidade e gestão, em especial no que se refere à humanização, ainda está em fase inicial. Existe uma apreensão ainda incipiente de que a humanização deve ser imposta pela gestão, evidenciando que não se tem a apropriação do sentido de emancipação do trabalhador que a PNH carrega. A humanização ainda não é vista como uma estratégia política, como aponta Campos (2007).

O trabalhador, enquanto sujeito corresponsável pelas transformações de suas condições de trabalho, e mesmo o usuário, enquanto corresponsável pela qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde, ainda são figuras pouco visualizadas na realidade objetiva. Ainda se tem um longo caminho pela frente até que se materialize aquilo que se conhece como cogestão, uma gestão compartilhada dos serviços de saúde. Essa descrença é oriunda do contexto cultural brasileiro, que é marcado pelo autoritarismo ainda persistente. Isso produz, entre outras coisas, uma cultura de sujeição revelada em diversas atitudes de passividade.

Algumas considerações

Demonstrar como vem se dando a humanização no cotidiano dos trabalhadores de saúde é o mote que norteou esse trabalho. Todavia, nesse movimento investigativo o objetivo não era o de esgotar os sentidos da humanização produzidos na unidade pesquisada. Por isso, não havia como pressuposto inicial a pretensão de gerar respostas ou apontar conclusões do assunto. Antes, trata-se de perspectivas iniciais, uma vez que é um assunto pouco estudado no estado do Tocantins e também se faz necessário considerar que o tema é ainda incipiente no campo das políticas de saúde.

Como a PNH aponta vários meios de enfrentamento ao poder imbricado nas relações de trabalho em saúde em seu rol de diretrizes, a humanização, como política pública, explicita a necessidade de cogestão; valorização do trabalho e do trabalhador; fomento da grupalidade; coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo. Essas diretrizes são elementos que precisam ser alcançados pelas ações de humanização. Essas ações, por sua vez, necessariamente não devem ficar apenas sob a responsabilidade do setor da humanização ou da gestão. É imprescindível que partam da iniciativa própria dos trabalhadores que sofrem os efeitos da desumanização.

Conforme demonstrado no trabalho, a maioria dos servidores é concursada; todavia, existe uma relação precarizada de trabalho, especialmente quanto ao modo como os trabalhadores olham para si próprios: a maioria se vê de maneira subalternizada, o que reforça a visão neoliberal privatista, segundo a qual cada um deve fazer seu trabalho da melhor forma, e o paciente é o foco das atenções. Além disso, também é possível notar que há pouca ou nenhuma concatenação da formação, em nível de graduação, dos profissionais entrevistados com os preceitos da política de humanização. Esse é um detalhe que acentua a dificuldade de operacionalização da PNH na prática, porque sem entendimento prévio e sem o conhecimento teórico e técnico da política mais difícil se faz a prática da humanização na saúde. Para reverter esse quadro, é preciso um trabalho cujo foco seja a formação – em humanização – e empoderamento dos trabalhadores de saúde.

Ainda sobre os entrevistados, há preponderantes três pontos de vista. O primeiro é subjetivista, aponta o trabalhador como responsável absoluto e somente naquilo que pode realizar sozinho. Esse ponto de vista produz uma visão messiânica da humanização. É urgente a superação desse sentido de humanização, sobretudo porque o agente do trabalho é um ente oculto com força própria. Ao contrário dessa perspectiva equivocada, o que se advoga aqui é algo plenamente realizável, que se dá a partir

da apropriação e ação dos trabalhadores e dos usuários. Para isso, portanto, basta que se proponham a sair de sua condição de oprimidos e assumam sua corresponsabilização junto à gestão da saúde.

O segundo ponto de vista aponta para uma apropriação objetivista. Esta, por sua vez, induz no trabalhador um comportamento alheio ao processo: pode fazer seu trabalho da melhor forma possível, mas a responsabilidade é da gestão. Assim, a humanização se mostra como uma entidade alheia ao seu poder de decisão. Esse comportamento acarreta uma postura de baixo envolvimento cogestor – pouca interação entre gestão e trabalhadores. Isso se dá porque a negação da cogestão como um processo inerente ao SUS é uma postura de não corresponsabilização e, portanto, baixo envolvimento e, assim, baixo teor emancipatório. É nesse sentido que a transformação, a libertação da opressão está além das possibilidades do trabalhador. Daí a imensa necessidade de as ações da humanização promoverem a compreensão de que o movimento de humanização é eminentemente político e que essa convicção constitui uma força transformadora em potencial.

Já no terceiro ponto de vista, o posicionamento é mais dialético, pautado no movimento ininterrupto da realidade, passível e possível de transformações e libertações. Nesta visão, o trabalhador se percebe como agente de transformação, porque assume a corresponsabilização pelo processo de trabalho. Ele sabe que, se fizer parte do movimento e se posicionar frente aos processos políticos de enfrentamento da realidade, a possibilidade de mudanças e de melhorias aparece e é possível de se materializar.

Há também dificuldades na materialização das ações de transformação da realidade, ainda que a humanização apresente-se como uma estratégia do SUS para melhorias tanto nas condições materiais de trabalho quanto nos serviços de saúde. Um exemplo é o paradoxo existente nos posicionamentos que apontam a gestão como a principal responsável pelas mudanças ao mesmo tempo em que os trabalhadores se percebem como subordinados e responsáveis pela realidade do processo de trabalho e do serviço prestado ao usuário.

Esses posicionamentos subalternizam o trabalhador e colocam a gestão como a principal responsável pelas decisões e mudanças; além disso, enfraquecem o potencial político transformador da política. Nisso, é como se o oprimido hospedasse o opressor dentro de si ao não se libertar de posicionamentos mentais reacionários. Isso se reflete numa realidade estagnada quanto à efetivação da humanização enquanto política. É importante o fomento de ações coletivas e articuladoras que possam resultar num processo de mudança, por meio da união dos esforços em rodas de conversa; em pactos coletivos; em associações; no fomento da grupalidade, coletivos e redes; em grupos de trabalho humanizados; na valorização do trabalho e do trabalhador.

É preciso enfatizar que a concepção de humanização centrada na ideia da simples boa vontade em atender bem ao paciente é uma concepção reducionista, porque na humanização está embutida a presença da desumanização nas relações de trabalho e na produção de saúde no SUS. E se há desumanização, há opressão e oprimidos, oprimidos estes que não devem aguardar na passividade que os problemas nos serviços de saúde se resolvam por si só ou se agravem a cada dia. É imprescindível que se promova o entendimento – via formação crítica – de que a humanização se concebe a partir de um engajamento político de enfrentamento das más condições de trabalho, da precarização da assistência, da desvalorização do trabalhador de saúde, da gestão reacionária da coisa pública, das improbidades, da centralização do poder, entre tantas outras questões a serem combatidas.

Referências

BACHELARD, G. *Le matérialisme rationnel*. [2. ed. Paris: PUF, 2000]. Edição Portuguesa: *O materialismo racional*. Tradução de João Gama. Lisboa: Edições 70, 1990.

_____. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

- _____. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.
- 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. 2005.
- _____; _____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília: Editora MS, 2008.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARVALHO, M. C. B. de. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 2000.
- CASTEL, Robert. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, Mariângela; BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita (Org.). *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 2000.
- _____. *Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 5. ed. Tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 2005.
- COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde, In: _____. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- HANDY, Charles. *A era do paradoxo: dando um sentido para o futuro*. São Paulo: Makron Books, 1995.
- HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.
- MATTOSO, Jorge. *A desordem do trabalho*. São Paulo: Página Aberta, 1995.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. de S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2009, p. 83-91.
- ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-571.
- _____. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élda Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Brasília, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.
- RIOS, I. C. *Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão*. São Paulo: Áurea, 2009.
- SILVA JR., A. G.; ALVES, C. A. *Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas – modelos de atenção à saúde da família*, 27-41. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- THUROW, L. *O futuro do capitalismo: como as forças econômicas moldam o mundo do amanhã*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.