



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

DOUTORADO EM PSICOLOGIA



## **Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de saúde em um hospital público**

Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos

Orientadora: Prof. Dra. Mônica Lima

Orientador: Prof<sup>o</sup> Marcus Vinicius Oliveira Silva (*in memoriam*)

Linha de Pesquisa: Cognição e Representações Sociais

Salvador – BA

2017

**Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos**

Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de  
saúde em um hospital público

Tese apresentada ao Programa de Doutorado  
em Psicologia Social da Universidade Federal  
da Bahia como requisito parcial para a obtenção  
do título de Doutor em Psicologia Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Mônica Lima

Orientador: Prof<sup>o</sup> Marcus Vinicius Oliveira  
Silva (*in memorian*)

Salvador – BA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de saúde em um hospital público**

Doutoranda Lúcia Robertta Matos Silva dos Santos

**BANCA AVALIADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Lima de Jesus  
(Orientadora – Universidade Federal da Bahia)

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Antônio Marcos Chaves  
(Membro interna à universidade – Universidade Federal da Bahia)

---

Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Degmar Francisco dos Anjos  
(Membro externo à Universidade – Instituto Federal da Paraíba)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Ramos Daltro  
(Membro externo à Universidade – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Saskya Campos Tavares  
(Membro externo à Universidade – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

*Para meus pais, Lúcia e Roberto.*

*Meus eternos mestres que fortaleceram toda minha trajetória de vida*

*e*

*para todos aqueles que cruzaram meu caminho e me fizeram olhar para além do visível  
na saúde pública do país: olhar para o outro e suas perspectivas biopsicossociais.*

**Bernardo**

**(Poesia de Manoel de Barros, cantada por Crianceiras)**

“Bernardo já estava uma árvore quando eu o conheci.  
Passarinhos já construía casa na palha do seu chapéu.  
Brisas carregavam borboletas para o seu paletó.  
E os cachorros usavam a fazer de poste as suas pernas.  
Quando estávamos todos acostumados com aquele bernardo-árvore,  
Ele bateu asas e avoou.  
Foi para o meio do cerrado ser um arãquã.  
Sempre ele dizia que seu maior sonho era  
Ser um arãquã para compor o amanhecer”.

*Meu filho, Bernardo, você já é meu amanhecer!*

## AGRADECIMENTO

Àquele que me permitiu adentrar na temática que apresento neste trabalho, meu orientador Prof. Dr.º Marcus Vinícius de Oliveira Matraga (*in memoriam*). Sem seus encontros e desencontros, sem os diálogos e silêncios das nossas orientações não chegaria neste momento final de pesquisa. Ao mesmo tempo, ao amigo que curtamente ganhei na vida acadêmica, que tanto me inquietou e me mobilizou para reflexões do invisível da sociedade. Nossas orientações de pesquisa cessaram repentinamente, mas sua energia de vida continua presente. Marcus Vinícius, presente!

À Prof.ª Dr.ª Mônica Lima, minha segunda orientadora. Ela que me aceitou para continuação do trabalho de doutoramento e que lindamente orientou-me e me aconselhou nas orientações, e como falamos, nas nossas desorientações. Sem ela, eu não conseguiria dar andamento ao trabalho. À também amiga que ganhei de presente, com suas palavras singelas e tocantes para a vida e academia.

À Prof.ª Dr.ª Liliana Santos, pelos apontamentos na qualificação e pela forma doce e carinhosa com que trata os temas debatidos.

Ao Prof. Dr.º Degmar Francisco dos Anjos, pelas orientações e direcionamentos na realizados de curta, média e longa distância na qualificação. Ao mesmo tempo ao meu amigo com o qual conversamos e deleitamos em reflexões de vida.

Ao Prof. Dr.º Marcelo Magalhães Andrade, pela oportunidade de conhecer um professor sensível e amigo no estágio docência. Pelas aulas ministradas e pela oportunidade de acompanhar um professor que reconhece e fortalece o ensino universitário com qualidade.

Àquelas que faziam parte do núcleo de pesquisa LEV (Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental –IPSI/UFBA), Marinês Oliveira e Daniele Carmo, pelos nossos encontros, risadas e aconselhamentos.

Aos diretores do Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa (HMMPAB-PB) que permitiram a realização do estudo e ao conjunto de amigos e servidores que por longos anos estiveram construindo comigo um trabalho de força e garra na assistência humanizada em saúde.

Aos amigos e anexos do núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde (NPVPS-PB), família que construí ao longo do mestrado e que perdurará no meu coração.

À gestão e professores das Faculdades Integradas de Patos (PB) por me proporcionar um espaço de ensino de qualidade e por trabalharem incessantemente na busca de uma academia que faz do ensino a base para a vida.

Ao meu amigo da Universidade Federal da Bahia, Carlos Aguiere (Caliche) pela oportunidade e conhecer uma pessoa iluminada, íntegra e responsável e pelas reflexões para a tese e para a vida e a minha tutora Jennifer Sá, pessoa através da qual me aprofundei na língua espanhola e que tivemos longos momentos de descontração.

Aos meus amigos Carcarás, bem como amigos baianos, sergipanos, paraibanos e argentinos, que foram deixando marcas registradas em minha vida, marcas da importância de ter uma rede de amigos sólida, favorecendo no companheirismo e afeto a todo instante.

A toda minha família pela união, pelo amor, pela ligação que sempre tivemos, mesmo à distância, durante tantos anos entre os caminhos da Paraíba, Bahia e Argentina. A vocês agradeço pelo que sou, aprendi e pelo que construímos, uma família linda,

amorosa, cuidadosa e unida. Obrigada Renata, Fabio, Fabrício, Mateus, meu sobrinho que está no ventre, Lidiane, Davi, Monalisa, Lisandra e a Rogério.

Ao meu filho, Bernardo, que nasceu para iluminar e alegrar mais minha vida. Com ele, minhas linhas ficaram mais vivas, meu sorriso ficou mais aberto e minha forma de ver a vida só continua a ser uma só: alegre!

Aos meus pais, Lucia Matos e Roberto Silva, pelo que sou e pelos somos, amigos e companheiros. Agradeço pelos direcionamentos de vida, pelos conselhos e pelos caminhos que deixaram seguir. Se hoje sou o que sou, devo a vocês.

À Deus, meu pai do celeste, por ter me iluminado, dando-me força para seguir caminho. Obrigada, Senhor, por tudo nesta vida! O Senhor é meu bem maior!

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender os sentidos subjetivos configurados por trabalhadores de saúde de uma rede hospitalar acerca das práticas de humanização. Parte da ideia que a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe a transformação dos padrões de relações estabelecidas pelos trabalhadores e a produção de mudanças nos processos de trabalho nos aspectos que provocam relações não humanizadas. Trabalhamos com o caminho das políticas públicas brasileiras, bem como com o pensamento do trabalho em saúde. Unificando a estas temáticas a tipologia das tecnologias em saúde, sendo elas leve, leves duras e duras, cujo foco principal do estudo seria as tecnologias leves, dos vínculos, das relações que fazem a saúde acontecer no meio interacional de trabalhadores. Este estudo utiliza como recurso teórico a Teoria da Subjetividade de González Rey e se trata de um estudo qualitativo realizado na cidade de Cabedelo (Paraíba), em um hospital municipal que atende diversas especialidades e presta serviço de urgência e emergência, além de contar com serviço ambulatorial e maternidade. Participaram dezessete profissionais de saúde que concederam entrevistas semi-estruturadas, foram baseadas na dinâmica conversacional e constituídas de três eixos temáticos: aspectos familiares e formação profissional, relação do profissional com o trabalho e compreensão acerca da humanização e da PNH. A análise ocorreu através da técnica de análise de conteúdo em distintas etapas: constituição do corpus, leitura flutuante, codificação e recortes, categorização do corpus, análise de sentidos subjetivos e tratamento dos resultados. Os resultados foram divididos em dois grandes momentos, sendo o primeiro de análise dos olhares sobre as trajetórias dos sujeitos retratando a trajetória dos participantes e o olhar da pesquisadora e o segundo momento analisamos cada uma das categorias temáticas enunciadas e seus sentidos. Na análise de dados advindos dos(as) profissionais surgiram quatro eixos temáticos e algumas categorias: 1- formação (motivação e processos de formação); 2- trabalho (sentido do trabalho, sentido de ser profissional da saúde, aspecto positivo, aspectos negativos e desejo por mudanças); 3- sentido da humanização (sentido de humanização, sentido de serviço ideal, vivência humanizada, vivência não humanizada e compromisso social em saúde) e 4- política nacional de humanização-PNH (conhecimento sobre PNH, sentido da PNH, sentido das relações profissionais, sentido da ambiência, enfrentamento com o subjetivo). Neste contexto, concluímos que as trajetórias dos sujeitos de pesquisa, suas vidas e escolhas profissionais influenciaram nos seus sentidos subjetivos. Observamos de forma geral que a subjetividade social dos participantes é historicamente configurada pelos seus cenários sociais, que seus sentidos de trabalho, de humanização e da Política Nacional de Humanização ao mesmo tempo que fazem parte de uma subjetividade individual, singular da prática particular de cada sujeito. Como considerações finais, podemos observar que os trabalhadores receberam a PNH e que a Política já modificou o perfil dos profissionais de saúde e as práticas de saúde e tem seguido uma trajetória de luta pela igualdade e justiça de serviços, por uma saúde ampla, mais humana, igualitária e solidária.

**Palavras-chaves:** Sentido subjetivo, humanização, tecnologia relacional e PNH.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was at the subjective sense attributed by health professional on the humanization practices. The National Humanization Policy (NHP) is part of the idea that proposes a transformation of the patterns of relations established by the workers and changes in the work processes in which they provoke non-humanized relations. We work with the path of Brazilian public policies, as well as with the thinking of health work. This typology was weak and strong, whose main focus of the study would be as weak technologies, the links, the relationships that make a health act in the interactional environment of workers. We use González Rey's Theory of Subjectivity as a theoretical basis. The study was a qualitative study that was performed at the municipal hospital (Cabedelo, Paraíba). This hospital offers ambulatory care, maternity, emergency and emergency services, in addition to having many specialties. Semi-structured interviews were done with seventeen health professionals. The questions were based on the conversational dynamics and had three thematic axes: family aspects, professional training and relationship with work, as well as knowledge about humanization and NHP. The analysis used the technique of content in different steps: constitution of the corpus, floating-reading, codification and cutouts, categorization of the corpus, subjective senses evaluation and treatment of results. The results were divided into two main moments, starting with the evaluation of the interviewee and researcher about the trajectory of the participant. After there were analyzed each of the thematic categories and their meanings. In the data analysis, four thematic axes and some categories emerged: 1 training (motivation and training processes); 2 - work (sense of work and health professional, positive and negative aspect, as well as desire for changes); 3 - the sense of humanization (a sense of humanization, ideal service, a humanized experience or not, and a social commitment in health) and 4 - NHP (knowledge about NHP, sense of NHP, professional relations, ambience, confrontation with subjective). In conclusion, the trajectory of research subjects, their professional lives and choices configured our subjective senses. In general, we observed that the social subjectivity of the participants is historically configured by their social scenarios. The senses of work, humanization and National Policy of Humanization of these scenarios are part of an individual and singular subjectivity of the particular practice. Moreover, we can observe that the HNP was received by the workers, has been developing actions that have already modified the profile of health professionals and practices. The NHP has fought for equality and justice of services, more wide, humane, egalitarian and supportive health.

**Keywords:** Subjective sense, humanization, relational technology and NHP.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es comprender los sentidos subjetivos atribuidos por trabajadores de la salud de la red hospitalaria sobre las prácticas de humanización. Se parte de la idea de que la Política Nacional de Humanización (PNH) propone la transformación de los estándares establecidos por los trabajadores y la producción de cambios en los procesos laborales en los aspectos que causan relaciones no humanizadas. Percibimos el camino de las políticas brasileñas, así como el pensamiento del trabajo en salud, unificando a esta temática el análisis de la micropolítica del trabajo vivo en acto en la salud y la tipología de las descritas como leve, leves duras y duras, cuyo foco principal de estudio serían las tecnologías leves, de los vínculos, de las relaciones que hacen que la salud se desarrolle en el medio internacional de los trabajadores. Utilizamos la Teoría de la Subjetividad de González Rey como base teórica y se trata de un estudio cualitativo que se llevó a cabo en la ciudad de Cabedelo (Paraíba), en un hospital municipal que atiende diversas especialidades y presta servicio de urgencia y emergencia, además de contar con un servicio ambulatorio y con una maternidad. Participaron diecisiete profesionales de la salud que concedieron entrevistas semiestructuradas. Estas se basaron en la dinámica conversacional y se componen de tres ejes temáticos: aspectos familiares y formación profesional, relación del profesional con el trabajo y comprensión sobre la humanización y la PNH. Este análisis se realizó mediante la técnica de análisis de contenido en distintas etapas: constitución del corpus, lectura flotante, codificación y recortes, categorización del corpus, análisis de sentidos subjetivos y tratamiento de los resultados. Los resultados se dividieron en dos grandes momentos: el primero es el análisis de las miradas sobre las trayectorias de los sujetos retratando la trayectoria de los participantes y una mirada de la investigadora. En el segundo momento analizamos cada una de las categorías temáticas enunciadas y sus sentidos. En el análisis de los datos provenientes de los profesionales surgieron cuatro ejes temáticos y algunas categorías: 1- formación (motivación y procesos de formación); 2- trabajo (sentido del trabajo, sentido de ser un profesional de la salud, aspecto positivo, aspectos negativos y deseo de cambios); 3- sentido de la humanización (sentido de humanización, sentido de servicio ideal, vivencia humanizada, vivencia no humanizada y compromiso social en la salud) y 4- política nacional de humanización-PNH (conocimiento sobre PNH, sentido de la PNH, sentido de las relaciones profesionales, sentido del ambiente, enfrentamiento con lo subjetivo). En este contexto, concluimos que las trayectorias de los sujetos de investigación, sus vidas y elecciones profesionales configuraron en los sentidos subjetivos. De forma general, observamos que la subjetividad social de los participante se ve históricamente configurada por sus escenarios sociales, que sus sentidos de trabajo, de humanización y de la Política Nacional de Humanización al mismo tiempo que forman parte de una subjetividad individual, singular de la práctica particular de cada sujeto, también comparten un sistema social complejo. Como consideraciones finales, podemos observar que los trabajadores recibieron la PNH y que la Política ya modificó el perfil de los profesionales de la salud y las prácticas de la salud, además de seguir una trayectoria de lucha por la igualdad y justicia de los servicio, por una salud más amplia, más humana, igualitaria y solidaria.

**Palabras claves:** Sentido subjetivo, humanización, tecnología relacional y PNH.

## **SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO</b>	17
<b>CAPÍTULO I</b>	36
<b>DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: CAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO</b>	
1.1 – História da saúde brasileira: lutas políticas e sanitárias	38
1.2 – Caminhos da Política Nacional de Humanização (PNH)	67
<b>CAPÍTULO II</b>	92
<b>TRABALHO EM SAÚDE E O USO DAS TECNOLOGIAS DO CUIDADO: FORTALECENDO AS TECNOLOGIAS RELACIONAIS</b>	
2.1 – Trabalho em saúde	92
2.2 – Tecnologia em saúde	101
2.3 – Campo médico: a medicina na crítica social	109
<b>CAPÍTULO III</b>	113
<b>OLHARES PARA AS BASES TEÓRICAS DA SUBJETIVIDADE DE GONZÁLEZ REY</b>	
<b>CAPÍTULO IV</b>	122
<b>OLHAR SOBRE O MÉTODO</b>	
4.1 – Tipo de estudo	122
4.2 – O campo de pesquisa	126
4.3 – Sujeitos de pesquisa	129
4.4 – Instrumentos	133
4.5 – Procedimento para produção dos dados	134
4.6 – Análise dos dados	136
4.7 – Aspectos éticos	140

<b>CAPÍTULO V</b>	142
<b>RESULTADOS - OLHARES SOBRE A TRAJETÓRIA DOS SUJEITOS</b>	
5.1 –Trajetórias dos sujeitos	142
5.2 – Minha percepção das trajetórias dos sujeitos como pesquisadora	169
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>OLHARES SOBRE OS SENTIDOS SUBJETIVOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	178
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	238
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	252
<b>APÊNDICES</b>	266

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Imagem representativa da cidade de Cabedelo (PB)	128
Figura 2. Eixos e categorias temáticas do estudo profissionais de saúde)	179

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Dados sócio demográficos dos participantes	133
Quadro 02- Etapas do percurso da coleta de dados	137
Quadro 03 - Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Formação	139
Quadro 04 - Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Trabalho	139
Quadro 05 - Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Sentido da Humanização	140
Quadro 06 - Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Sentido da PNH	140

## LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Alames	Associação Latino-Americana de Medicina Social
IAHP	Associação de Políticas de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
Sucam	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
FUNRURAL	Fundo de Assistência e previdência ao Trabalhador Rural
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
PPA	Plano de Pronta Ação
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
POI	Programação e Orçamento Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
CONAMGE	Conselho de Empresas Médicas de Grupo

NOB	Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
MAS	Assistência médica supletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Supletiva
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNH	Política Nacional de Humanização
RHS	Rede de Humanização em Saúde
CTT	Composição Técnica do Trabalho
TM	Trabalho Morto
TV	Trabalho Vivo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
CFP	Conselho Federal de Psicologia

## APRESENTAÇÃO

### CARTOGRAFIA DA MINHA TRAJETÓRIA

Amor à primeira vista ou, para ser mais precisa, amor à primeira aula. Foi assim que no ano de 1999 conheci na prática a interlocução entre Psicologia, saúde, sujeito e sociedade. Foi através da disciplina na graduação, intitulada “Psicologia Aplicada a Saúde”, lecionada pela professora Laura Kumamoto do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que meus olhos brilharam. Naquele momento, eu ainda era uma caloura em segundo período do curso, iniciante, tudo novo e atraente. A disciplina era optativa, mas algo me chamou atenção e, embora houvesse muitas disciplinas obrigatórias a cumprir, eu queria de qualquer maneira fazer esse curso. A ementa parecia sensível, aplicativa e relacional. Foi quando eu encontrei os conceitos sobre humanização: aqui eu me vi mais humana.

Apresentada à matéria, fiquei encantada e me sentia impulsionada por um sentimento de felicidade e de encontro, mas longe de saber que ali era meu real caminho de luta e trabalho. Eu me debruçava nas leituras e discussões com afinco e trocava ideias com colegas de outras áreas, visto que a matéria era aberta aos cursos como Enfermagem e Fisioterapia. Ao final do semestre, a professora iniciou um projeto de extensão universitária intitulada “*Apoio a criança hospitalizada: uma proposta de intervenção lúdica*” em que pude participar desde sua fase de elaboração inicial. Este foi realizado no setor de pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e tinha como objetivo proporcionar às crianças melhor enfrentamento a hospitalização através da ludicidade.

Realizamos muitas discussões teóricas, tanto sobre a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, como sobre o processo de hospitalização, acolhimento e sobre o

estar doente no mundo infantil. A partir de então, a literatura sobre processo de humanização invadiu minha mente de forma apaixonante e já podia observar que profissionais que lidam com a saúde não poderiam ser mais um portador de diploma, donos de um jaleco, profissionais que sentiam um empoderamento por ter no seu carimbo a sigla de “Dr” na frente, por exemplo, “Dr. José, Dra. Maria”, seja qual fosse a área de atuação. Estes, sim, deveriam ser sujeitos que entendem as necessidades dos outros sujeitos que, assim como nós, sofrem, angustiam-se, temem a reclusão social e, sobretudo, entendem e acolhem as dores que uma hospitalização gera. Neste momento, tive uma confirmação: aqui é meu lugar. Não sabia onde especificadamente, se atendendo, discutindo, escrevendo, ensinando, mas certamente seria lidando com atenção especial e cuidadosa, na escuta acolhedora, na interlocução com demais profissionais de saúde, nas discussões científicas sobre o tema, no respeito à dignidade de cada ser, principalmente aquele que sofre em um leito de hospital.

Meus caminhos continuaram seguindo o curso de Psicologia, tanto como extensionista como voluntária da UFPB durante meus quatro anos e meio de curso e depois de formada, apresentando-me em encontros, congressos e jornadas. Percebi que havia outros trabalhos científicos da área sendo realizados e algumas práticas expostas em diálogos nacionais e tudo isso me tocava. Dessa forma, passei a querer entender como inúmeros trabalhadores de saúde tinham uma atenção tão desumanizante, ofereciam um tratamento de forma dura, fria ou indelicada, desrespeitando as pessoas que estão, internas em leitos de hospital em sofrimento físico, psíquico e social pelo rompimento afetivo de suas vidas cotidianas.

Nesse sentido, refletia sobre como psicólogos(as) atuavam de forma a minimizar o sofrimento do adoecimento e da hospitalização e como agir para fazer um serviço integrado, multi e interdisciplinar, uma vez que o cuidado em saúde não existe por um

fazer, senão por fazeres de muitos trabalhadores em ação integralizada. E no decorrer da graduação, encontrei-me e me reencontrei por várias vezes com a Psicologia no hospital, sendo apresentada a Angerami-Camon que produziu grandes contribuições a área, dando voz em literaturas diversas como *“Psicologia da saúde”*, *“Psicologia Hospitalar: teoria e prática”*, *“Psicologia no Hospital”*, *“O doente, a Psicologia e o hospital”*. Encontrei aqui a noção que a atuação da Psicologia no contexto hospitalar colaborou e colabora para a humanização das práticas de profissionais de saúde, sendo atualmente o papel do psicólogo imprescindível na rede de atenção ao cuidado integral.

Minhas reflexões e esforços na área seguiam em todo processo de ensino-aprendizagem e só eram reforçados com o passar das experiências que foram muitas, pois me dei a oportunidade de conhecer o subjetivo de homens, mulheres e crianças em diversas serviços. Assim, vivenciei outros projetos de extensão universitária de que participei como Projeto de “Serviço de Escuta Psicológica” com a professora Ynalygia de Figueiredo Gomes e Projeto “Educação Popular e Atenção à Saúde da Família” com Prof. Dr. Eymard Mourão Vasconcelos, além de fazer estágio curricular em Psicologia Clínica com a Prof. Ms. Marísia Oliveira da Silva. Mais que em livros e discussões, vi, nos olhos e nos apertos de mãos, sujeitos que precisavam ser acolhidos dentro de sua subjetividade.

Embora com algumas experiências acadêmicas, meu caminho se encaixava como quebra-cabeças, era daquele lugar que eu queria falar: do hospital. E como um filme, recordo-me: *“não me deixe aqui sozinho, só falo com o doutor com você aqui do lado”*. Essa foi uma das falas de um dos casos mais marcante da minha experiência enquanto extensionista, um adolescente interno na Pediatria do HULW, diagnosticado com intersexo, em crise existencial, processo de internação longínqua e inúmeras tentativas de avaliações clínicas e cirúrgicas. Ele não era um código internacional de doença (CID) e

nem um estudo de caso, era um sujeito que precisava ser olhado como tal e, como não o era, escondeu-se, mudo, por semanas de internação dentro do seu lençol, branco e sem vida. E dentro do lençol ele me chamava, e dentro do lençol eu era a ponte entre ele e toda a equipe. A partir daí, eu já percebia: as equipes de saúde precisam ver que a subjetividade existe por trás de números e pranchetas.

Os esforços não eram poucos. Havia leituras diversas, eu me envolvi em monitoria na universidade, eu queria aprender e discutir. Sim, perdemos muitos pacientes, como a sequência de três irmãos, todos eles acometidos com uma síndrome que afetava os homens da família e que o prognóstico também tinha um número: 18 anos de vida para todos. Foi um, depois o outro, depois o outro. Para muitos profissionais eram números de leitos, para outros já era “João”, “Ricardo” e “Manoel” com isso uma plantinha foi regada quando as equipes clínicas já identificavam mais que doença, mas sim, sujeitos. É disso que quero falar.

E focada, realizei concurso em 2003 para área da saúde, antes mesmo de terminada a graduação, sendo convocada em 2004. Iniciei meus trabalhos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cabedelo, área metropolitana de João Pessoa, sendo remanejada para o Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa após inúmeras tentativas minhas junto aos órgãos competentes. A justificativa da recusa era sempre a mesma, “*não precisa de psicólogo no hospital*”, e a minha explicação era insistente, “*temos que humanizar a assistência e proporcionar atenção biopsicossocial aos usuários, familiares e trabalhadores da instituição*”. Chegando, eu era a única psicóloga da instituição e tentava diariamente mostrar a práxis do profissional psicólogo. Entretanto, o reconhecimento da área não foi tão fácil, a subjetividade dos sujeitos não era tão reconhecida no processo de saúde-doença-cuidado, senão somente meros órgãos feridos que precisavam de atenção, assim como em inúmeros hospitais em nível de Brasil.

A batalha foi longa. Realizei inúmeras visitas técnicas institucionais em hospitais de todo Estado da Paraíba para poder conhecer a realidade da área, documentos, protocolos, serviços especializados, experiências exitosas. Enfim, tentei conhecer como seria uma atenção hospitalar integral, na qual sujeitos fossem reconhecidos dentro de suas necessidades. E assim foi: setor instituído, sempre mais psicólogas chegando. Ao final de 2004, ao expor as ações do serviço em reuniões multiprofissionais junto a gestores e Secretário de Saúde, fui convidada por este a assumir a chefia do setor. O significado não teve relevância somente em cifras salariais, mas na extrema felicidade pelo reconhecimento e pela luta incessante pelo cuidado em saúde humanizado para todos os usuários que, assim como eu e você, têm o direito de ser atendidos por um sistema de saúde integral, de qualidade, multi e interdisciplinar.

Cada profissional que chegava para integrar a equipe era fruto de inúmeras solicitações e justificativas e um trabalho diário me fazia amar ainda mais o que eu tinha conhecido na academia. E com o tempo, os congressos a nível nacional e internacional já faziam parte da rotina, essas discussões eram essenciais para um diálogo dos fazeres e dos desenvolvimentos científicos da área. Dando andamento, os convites para as palestras começaram a vir, sempre recebidos com muita satisfação e regados a muitas leituras teórico-metodológicas. Era desgastante, mas proveitoso.

Passados alguns anos, certas inquietações ocorreram-me dentro do trabalho no hospital e desejei realizar especialização em saúde pública no final de 2004. Esta foi devesas importante para meu aperfeiçoamento pelo seu conteúdo amplo e diagnóstico da situação da saúde pública do nosso país. Como produção final, busquei compreender um pouco melhor sobre algo na minha prática de trabalho, busquei compreender os aspectos emocionais envolvidos nas cirurgias de histerectomia. Uma pesquisa que foi duplamente difícil, primeiramente pela escassez de pesquisas científicas relacionadas aos aspectos

emocionais e depois porque passei a me questionar mais ainda sobre as relações entre o procedimento e todo o sofrimento subjetivo das pacientes.

Realizada outra pós-graduação em 2005, agora em Psicologia Hospitalar, tentei buscar conhecimentos que agregassem melhorias na minha prática, na atenção dada aos usuários e na minha gestão. Neste momento, pude aprofundar melhor meus conhecimentos sobre a importância da humanização na atenção hospitalar e a noção de que o sujeito é inseparável de seu corpo, que uma vez realizada uma amputação, do dedo anelar que fosse, extirpava-se ali, uma parte daquele sujeito. Os conhecimentos e experiências neste curso foram muito satisfatórios, o que reforçava cada vez mais que o caminho estava certo, fazer diferente, discutir mais, disseminar mais.

Continuando a minha dedicação a atendendo nas suas diversas alas, psicólogas eram solicitadas pela equipe de médicos, anesthesiologistas e enfermeiros para atender as pacientes que estavam “nervosas” na sala de pré-operatório de cirurgia de histerectomia. Lá, o discurso era: *“vou fazer porque é o jeito, tanto sangramento, vou ficar sem nada por dentro, oca, fria, é capaz de meu marido se separar”*. Como? Como tantas angústias não foram ouvidas e compreendidas como sofríveis e aclaradas tecnicamente para essas mulheres? Então, partindo dessa prática, nasceu em 2006 minha proposta de mestrado, eu queria investigar o que estava por trás do bio, por trás de quedas de pressão repentinas, das angústias desesperadoras, daí pesquisei os processos de enfrentamento e as repercussões psicossociais da cirurgia de histerectomia.

No transcorrer do mestrado, meu contato com a academia e área docente foi muito feliz. As peças se encaixavam mais ainda. Neste momento, tive o prazer de encontrar com a Professora Dra. Ana Alayde Werba Saldanha, uma pessoa que como eu veio de uma prática em saúde e que lindamente me apresentou a teoria do *Coping* de Foulkman e Lazarus. Nessa teoria, compreendi melhor como os sujeitos enfrentam a situação difíceis

na vida, como no estresse ou hospitalização, por exemplo, e passando por esforços cognitivos e comportamentais para controlar determinadas situações estressoras pelas quais poderiam estar passando (Foulkman & Lazarus, 1984). Conclui com a reflexão de que a cirurgia é realizada, o órgão é curado, mas o subjetivo fica sofrido. Aqui, o que seria somente objetivo e pontuado na retirada de órgão que causava sangramentos e dores fortíssimas, representaria o sofrimento de mulheres quanto à perda da autoestima e feminilidade: sentimento de mutilação.

Com os cursos, as aulas em faculdades em cursos gerais, a docência na Universidade Federal de Sergipe como substituta, buscava refletir sobre os sujeitos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dentro da minha realidade e as demais de que havia experienciado, pois acreditava e apostava que a saúde já estava avançando no olhar mais amplo ao ser humano. A minha vida seguia trabalhando enquanto psicóloga cada vez mais sensível às realidades dos sujeitos, aos sofrimentos não vistos e dolorosos para além dos sintomas físicos, porque não se pode cindir o objetivo e subjetivo dos sujeitos, eles andam juntos.

Apesar de o subjetivo não ser tão reconhecido pelos profissionais da área médica quanto nós psicólogas desejamos, os meus esforços por um olhar mais apurado cresciam. Entre projetos e acompanhamentos de pré, trans e pós-operatórios; entre estudos sobre trabalhos de partos humanizados, entre fóruns, encontros, pesquisas e congressos interdisciplinares para discussão de práticas de ações humanizada, enfim, entre tantos fazeres, o desconforto seguia buscando dar o lugar à subjetividade em serviços hospitalares de saúde do SUS.

Havia em mim a necessidade de refletir junto aos demais profissionais das mais diversas áreas e isso se deu quando participei de comissão para Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), onde era vice-

presidente e tive contato com todas as categorias profissionais. Com a proposta de ação em promoção, proteção e acompanhamento à saúde integral da mulher e da criança, as ações no hospital onde trabalhava foram sendo realizadas ao longo do tempo para aquisição do Título “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”. Havia uma mudança nos sentimentos dos profissionais, os pacientes passavam aos poucos a ter nome, a serem escutados e acolhidos. Via-se a conexão dos aspectos de corpo-mente-sociedade dos sujeitos e os profissionais aos poucos esforçavam-se para tal olhar. E somente isso já fazia sentido, os profissionais estavam sendo sensibilizados. E não fui eu quem viu o resultado, foram os usuários, em cada consulta, em cada visita, acolhedora e menos sofrida. A noção de sujeito que tinha direito de ser escutado e respeitado dentro de sua integralidade repercutia durante meus atendimentos e aulas. Para mim, estes sujeitos poderiam, sim, ser atendidos dentro de um sistema que leva em consideração a dignidade do ser humano.

Sem nem sonhar, realizei uma especialização em Saúde da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Instituto de Ensino Hospital Sírio Libanês em 2012, entrando em contato com um processo de conhecimento que ampliaram minhas análises sobre a saúde no Brasil e que me instigou a um futuro doutoramento. Aqui tive contato com as mais importantes temáticas sobre a saúde do país, analisando as condições de saúde e os sistemas de atenção com Eugênio Vilaça, em que pudemos mergulhar nos tensionamentos para podermos refletir acerca de fragilidades e potencialidades do SUS. Fui apresentada às visões de tecnologias de saúde e seu reconhecimento do subjetivo como tecnologia leve enquanto ferramenta de gerenciamento das relações, como elaborou Emerson Merhy. Afinal, o sistema já tinha em excesso ferramentas duras como os equipamentos frios e sem afeto.

Nesta fase, ainda fui reforçada o quão seria importante os caminhos do acolhimento, vínculo e do cuidado integral para a humanização das relações de serviço por Everton Soeiro e Antônio Carlos Lira e como a educação permanente poderia ser uma

ferramenta potencializadora para um trabalho em equipe, envolvida no cuidado, no aprender a aprender coletivamente e na construção de um fazer em saúde compartilhado Ricardo Ceccim. E em meio a esse convite a reflexão sobre a educação permanente, Laura Feuerweker fez-me pensar que o processo de educação permanente também é uma busca pela humanização das práticas de saúde, numa interação entre o aprendido, o refletido e as experiências reais, quando o cotidiano das pessoas é um disparador de conhecimentos. E quais os sentidos das práticas desses profissionais? O fazer por fazer não basta para um cuidado humano em saúde, pois a academia produz e reproduz o que já está lá, construído cientificamente, mas os sentidos são de cada profissional, no trabalho, por ele e para ele. Então, restou-me pensar em mais que práticas profissionais, sobretudo no sentido dessas práticas, na sensibilidade do fazer em cada ato.

Um mundo aos olhos em discussões nacionais, boas discussões em uma realidade de um sistema fragmentado, operando de forma episódica e reativa, voltado somente para situações de urgência, focado em elementos isolados, em indivíduos, no não-sujeito, ou seja, no paciente (Mendes, 2011). Mas cair, jamais. Resistir e pensar no caminho ao cuidado integral era mais uma jogada da vida.

E trabalhando, atendendo usuários, vendo demais colegas de diversas áreas fazendo suas atividades, continuei meu traçado. Minhas inquietações somente aumentavam, pois observava que os sujeitos do SUS continuavam com pouco reconhecimento pelo que sentiam, mas pelo que mostravam aos olhos. A dor, os ferimentos, a cirurgia eram tratadas, mas as tristezas e o psíquico eram esquecidos. Era preciso fazer entender um pouco mais, existe um humano na frente dos procedimentos clínicos, que o “*próóximo*”, forma pela qual muitos técnicos de saúde chamam os pacientes da fila, tem nome e emoções. É preciso dar importância ao humano. Mas como humanizar o humano?

Isso não era pontual e nem de regiões do país, era histórico. Claro que há sistemas públicos que são referência em tratamentos cada vez mais humanizados, como o Hospital de Câncer de Barretos. Claro que em meu ambiente de trabalho também havia profissionais que eram muito cuidadosos e preservam uma atenção humanizada. Entretanto, não é uma realidade em todo o país, pois observamos que de forma geral a saúde sempre é mais focada nas questões emergenciais, uma ideia que tem que ser analisada e adequada. E, sem desanimar, recordo-me de uma das reflexões de Vilaça quando reinterava a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o que está acontecendo com a saúde no mundo, dizendo que *“os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”* (2003, p.34).

Como produção final desse momento de formação, desenvolvi o tema intitulado *“Humanização em saúde no curso de gestão das clínicas do SUS”*. Este momento me fez repensar todas as discussões e reforçava em mim o pensamento de que não adianta pensar pequeno, eu deveria olhar mais cuidadosamente a questão da humanização, os sujeitos precisam ser olhados de forma mais humana, precisam de um cuidado diferenciado, nele e por ele. Preciso pensar no sistema. Com isso, meus olhos focavam o cuidado hospitalar na dimensão subjetiva, analisando ruídos subjetivos e de serviços. Portanto, essa fase não foi mais uma especialização, foi uma fase de certificação que eu deveria me apegar na visão subjetiva dos trabalhadores de saúde.

E nestes caminhos traçados, cheguei ao doutorado em Psicologia Social na Universidade Federal da Bahia (UFBA), momento em que saí da prática profissional e tive a felicidade de conhecer e ser orientada inicialmente pelo Prof. Dr. Marcus Vinicius de Oliveira Silva. Com ele tive que me desconstruir, sair do formato de caixinha quadrada

e pensar a saúde de maneira mais ampla, para além do Oiapoque ao Chuí, contextualizada em uma perspectiva sócio-histórica e política, transpassando oceanos para ver de onde viemos e para onde vamos. Com o ele também imergi nas discussões sobre a desigualdade social brasileira e na invisibilidade de muitos homens e mulheres de nossa sociedade, os pobres, esquecidos, os da margem, os que sofrem. Estes são esquecidos, humilhados, mas tem angústias e sentimentos. Serão também os pacientes os esquecidos? Pelo próprio nome, “paciente”, fico segura que sim.

Aprofundei-me nas pesquisas sobre a saúde pública brasileira, bem como na compreensão dos caminhos e descaminhos de uma medicina biologicista, auxiliando-me a compreender que lugar do subjetivo encontra-se sempre em segundo plano para as forças capitalistas e dominadoras da área biomédica.

A partir dele, entrei em contato com a Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey que dá visibilidade a dimensão subjetiva e que capta sentidos subjetivos de todas as produções da atividade humana (2012). Com meu orientador, também imergi nas leituras sobre trabalho em saúde, podendo observar que na relação entre sujeito e trabalho é fundamental analisar a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências, e no caso do trabalho em saúde, a finalidade é sempre o sujeito, este que está inserido num contexto sócio-histórico (Zago, 2011).

De início, aprofundei-me no mundo do trabalho, discutido por Carl Marx, quando o homem transforma um objeto para fim de um produto por meio de ferramentas, leituras essenciais para compreensão de como o homem se relaciona com o mundo (Souza Jr, 2008). E lendo sobre processos de trabalho em saúde, identifiquei-me com os novos modos de pensar a saúde, um contraponto com a modelo hegemônico vigente biohospitalocêntrico.

Assim, propondo estudar os sujeitos da saúde, fui convocada ainda pelo professor Marcus a conhecer mais intimamente a teoria das Tecnologias de cuidado de Emerson Merhy. Confesso que foi um feliz encontro com as tecnologias duras, leves e leve-duras e posso afirmar que um encontro verdadeiro com a temática das tecnologias relacionais, ao qual tenho mais intimidade. Embora a saúde que continua com suas ferramentas duras para utilização objetiva, mas se basearia na ferramenta leve-relacional, quando o modelo principal seria o encontro, o estar com, o vínculo, enfim, o compromisso do cuidado em favor da vida (Merhy, 1998).

Neste momento, entre idas e vindas, de leituras cada vez mais aprofundadas para uma construção de um trabalho que fosse envolvente academicamente, conduzi meu foco de pesquisa para investigar os sentidos subjetivos produzidos por profissionais de saúde sobre a humanização.

A partir de então, acreditei que seria possível estudar os sentidos subjetivos configurados por profissionais de saúde sobre a humanização, como os enfrentamentos, concepções, perspectivas de futuro, dentro da Psicologia Social Histórico-cultural e através da Teoria da Subjetividade. Compreendi, então, que a subjetividade é um sistema complexo, dentro de uma gênese histórico-cultural do sujeito, dando espaço tanto para a dimensão social como a individual, na qual as experiências adquirem “*sentido e significado dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual*” (González Rey, 2003, p. 202). O sentido subjetivo seria uma união de fatos psíquicos, em um processo dinâmico e fluido da mente humana, fixados pela palavra, sendo variável e processual (González Rey, 2003). E como a subjetividade é um sistema complexo afirma ainda que o sentido é uma unidade na qual circulam diversas emoções (González Rey, 2012).

Por outra sorte do destino, tive como nova orientadora a Prof. Dra. Mônica Lima de Jesus que me fez imergir no mundo do “eu”, quem sou eu nas linhas escritas dessas sentenças? Ela me fez mergulhar na minha história, cartografando minha vida, como diz Prado Filho e Teti (2003), dialogando com as minhas relações, meus enfrentamentos, meus processos de subjetivação e minhas práticas de liberdade. E me reforçou que cartografando demonstraria meu presente e tal qual Deleuze referia, essa viagem me possibilitaria uma crítica no meu tempo e daquilo que sou.

Vi que o espaço de discussão sobre a humanização não poderia ser em torno dos processos desumanizantes, o sistema precisa de motivos de mudança, de ideias e pontos de reflexão que levem adiante a capacidade de melhoria dos serviços de saúde pública. Não podemos negar que há muitos processos desumanizantes ainda sendo desenvolvidos em todo o país, mas são aqueles que dão certo que devemos reforçar e tratar como mola propulsora para novos fazeres em saúde. O SUS que cresceu, desenvolveu-se e adicionou um sentido humano onde antes não havia espaço para dimensão subjetiva da prática de saúde. E questionamos, então, sobre vários pontos: qual o papel do profissional de saúde no SUS que dá certo? Quais as práticas realizadas pelos profissionais de saúde que influenciam em demais práticas humanizantes nas equipes multidisciplinares? Era o SUS que dá certo na perspectiva de profissionais de que eu estava buscando.

Neste doutoramento, refletimos sobre os processos de humanização na assistência na perspectiva dos profissionais de saúde. Compreendemos melhor os fatos na perspectiva de vários profissionais, como os entrevistados, médicos, psicólogas, assistente social, recepcionista e condutor. Na profissão médica, por exemplo, observamos que ela foi historicamente caracterizada pelo poder, autonomia e liberdade e depois que seguiu os caminhos flexnerianos, com as divisões da educação médica, seu foco de desenvolvimento era individualista, biologizante, concreto, da cura e do corpo

(Machado, 1997). Os médicos que foram considerados os mais “desumanos” dentre todos os profissionais, pois são eles quem dizem: “seu filho morreu” e dá as costas para os familiares, ou quem pergunta o sintoma do usuário anotando no prontuário com sua caneta prata e rica. Nesta perspectiva, a formação médica está fundamentada em tal subjetividade social que configura sentidos subjetivos desumanizadores, como dirá um dos nossos entrevistados.

Mas os tempos mudaram, muitas práticas também e o foco hoje é ampliar ações humanizantes. Talvez eu esteja iludida com as grandes possibilidades de práticas multi e interdisciplinares em saúde e da importância da atenção interdisciplinar no cuidado. Nesta atenção interligada está o psicólogo, ele que intermedia e faz renascer os aspectos psicossociais dos sujeitos que estão ou foram adormecidos pelos modelos reducionistas das academias das escolas de medicina e outras ciências de saúde. Confesso, aqui, meu orgulho de tentar, seja atendendo, pesquisando ou dando aulas. Minha motivação é estar no lugar da Psicologia pesquisando sobre os sentidos subjetivos e a humanização. Sei que é uma luta, e não estou só, todos juntos fazem o SUS que dá certo. E aqui, rememoro de um poema de Carlos Drummond de Andrade (Mãos Dadas, 1940) que traduz meu sentimento:

*Não serei o poeta de um mundo caduco.  
Também não cantarei o mundo futuro.  
Estou preso à vida futura e olho meus companheiros.  
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.  
Entre eles, considero a enorme realidade.  
O presente é tão grande, não nos afastemos.  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

*Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,  
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,  
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,  
não fugirei para as ilhas nem serei raptado por serafins.  
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,  
a vida presente.*

Profissionais tem que entender que as dimensões objetiva e subjetiva do processo saúde-doença-cuidado caminham juntos. As questões subjetivas estão em todos os lugares, nos consultórios, nos leitos, na poesia, na ciência. Há sujeitos que sofrem, mas há também profissionais que podem dar espaço ao humano, ao afetivo, ao singular, à subjetividade.

A partir de então, vimos na teoria da subjetividade de Fernando González Rey (2012) e outros(as) autores(as) a possibilidade de uma contribuição de uma das perspectivas da psicologia social para a compreensão da humanização da saúde, dando voz aos profissionais de saúde que trabalham no contexto da Política Nacional de Humanização. Reforçamos nossos olhares nos sentidos e significados configurados pelos sujeitos, compreendendo o sujeito como ser que é constituinte e constitutivo e que faz parte dos processos culturais de uma sociedade. Além do mais, demos mais importância às relações dialógicas de uma conversação, nas qual se manifestam expressões simbólicas dos sujeitos, sendo, portanto, uma maneira de estudar a subjetividade.

Desta forma, pensamos nos participantes, como os médicos, enfermeiros, assistente sociais e também psicólogas. Em se tratando das psicólogas, vale ressaltar que ao longo de sua história na atenção psicológica no ambiente hospitalar, elas tiveram participação ativa no processo de reconhecimento da importância dos fatores subjetivos no processo de saúde e cuidado humanizado. Falamos no feminino, pois são elas, as mulheres, a grande maioria representativa desta categoria profissional (CRP, 2013). E falo da luta histórica da Psicologia em hospitais, pois desde a década de 1950 já havia trabalhos na área de saúde, mesmo com a regulamentação do trabalho da psicóloga na saúde datando de 1961, com a pioneira Matilde Neder (Sebastiani, 2003).

Atualmente, muitos hospitais, principalmente do SUS, já tem uma vasta rede de áreas profissionais, sejam médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, arte educadores, enfim, já mostra que os caminhos para o cuidado ultrapassam a antiga visão de cuidado da saúde como a cura do órgão. O psicossocial já faz parte de alguns olhares e tende a ser cada vez mais reconhecido. E chegando para dar efetividade às diretrizes do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) tenta reforçar que o sujeito tem que ser respeitado, acolhido e atendido de acordo com suas necessidades, fazendo uso de tecnologias e dispositivos organizacionais disponíveis (Brasil, 2000; 2004a). Entretanto, quando se trata das práticas profissionais, vemos muitas realidades destoando no querer humanizado, mesmo com as academias fazendo seus ajustes curriculares, onde uma ou duas disciplinas são inseridas, ou mesmo com capacitações e sensibilizações no sentido de fazer ver o sujeito e não o paciente.

A busca atual da saúde é o cuidado integral, dentro dos aspectos biopsicossocial e cultural de que os sujeitos necessitem. E, mais que cura, busca-se uma atenção cuidadora, baseada no compromisso dos profissionais, na ação multidisciplinar e no desenvolvimento de uma ação mais acolhedora. Portanto, consideramos importante a existência de estudos que visem dar visibilidade aos sentidos subjetivos de profissionais como médicos e psicólogos acerca das práticas de humanização em hospitais e do poder de protagonismo dos sujeitos.

Neste particular, buscamos refletir sobre: Como profissionais de saúde desenvolvem sentidos subjetivos nas práticas de saúde em contexto de trabalho hospitalar que conta com o Programa Humaniza SUS?

Assim, este estudo tem como objetivo geral:

Compreender os sentidos subjetivos configurados por trabalhadores de saúde de um hospital acerca das práticas de humanização.

Para alcançá-lo, operacionalizamos a investigação a partir dos seguintes objetivos específicos:

- I. Descrever as trajetórias de vida de trabalhadores de saúde de uma rede hospitalar;
- II. Entender como aspectos da formação profissional configuram sentidos subjetivos sobre humanização em contexto hospitalar;
- III. Descrever como trabalham os profissionais de saúde na rede hospitalar,
- IV. Entender os sentidos subjetivos constituídos pelos profissionais de saúde sobre humanização na Política Nacional de Humanização (PNH) e
- V. Entender como os sentidos subjetivos se configuram nas práticas profissionais.

Para tanto, iniciamos o primeiro capítulo abordando sobre o desenvolvimento geral da saúde pública pública/coletiva. Aqui explanamos mais detalhadamente sobre a evolução sociopolítica e econômica da realidade brasileira para podermos ter uma compreensão sobre o desenvolvimento das políticas públicas de saúde até o momento que hoje trabalhamos com uma Política de Humanização. Realizamos isto em dois momentos. Em um primeiro tópico tratamos das lutas políticas e sanitárias, os movimentos sociais que mobilizaram para uma saúde diferenciada e o desenvolvimento e avanço das políticas de saúde.

Nesta ocasião, retratamos os pensamentos históricos sobre a saúde, a compreensão extremamente médica do adoecimento e o nascimento da clínica. Mais detalhadamente dissertamos sobre o caminhar das políticas de saúde nas conjunturas históricas do Brasil, desde a República Velha com seu sistema agrário e uma saúde voltada somente para classes altas, a Era Vargas com o nascimento do Instituto de Aposentadoria e Pensão

(IAP), a era do autoritarismo com uma saúde voltada para a capacidade produtiva e com o nascimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a Nova República com o início da reforma sanitária e caminhos para um Sistema Único de Saúde (SUS) até a Constituinte, com a efetivação da reforma sanitária, a Constituição de 1988 e a preconização de saúde como direito universal.

Em um segundo momento, traçamos os caminhos da Política Nacional de Humanização, descrevendo historicamente as concepções de humanização, a inserção da temática nas Conferências Nacionais de Saúde, bem como a compreensão e aceitação de seguidas Políticas de saúde comprometidas com a boa atenção à saúde voltado ao cuidado integral. Nesse momento, dissertamos sobre a evolução de Políticas que pensaram na humanização, a importância das Conferências Nacionais de Saúde até o nascimento da Política Nacional de Humanização com seus princípios (bases constitutivas), diretrizes (orientações gerais) e dispositivos (ações/práticas).

Nesse caminhar, descobrimos que um dos focos de mudança da PNH era o comportamento do trabalhador, o sujeito que sente, pensa, age no trabalho. A partir de então, as reflexões emergiram em como e porque agem os sujeitos e, neste caso, foram os sujeitos que trabalham neste contexto de saúde. Para poder compreender o mundo do trabalho e, especificadamente do trabalho em saúde, apresentamos e debatemos no segundo capítulo conceitos referentes ao trabalho em saúde e as tecnologias de cuidado. Tratamos, inicialmente, a relação sujeito e trabalho, desde a compreensão inicial de Carl Marx que o homem é transformado pela ação de seu trabalho, passando até a compreensão mais específica do trabalho em saúde de Donnangelo (1975), analisando saúde e sociedade, e mesmo por Christophe Dejours (2004) quando trata do engajamento do homem no seu saber-fazer, refletindo e reagindo a situações diversas do trabalho, bem como com Mendes Gonçalves (1992) quando aborda o trabalho em saúde dentro de seus

aspectos dinâmicos e relacionais. Em outro tópico, discutimos a noção de tecnologia em saúde com as contribuições de Emerson Merhy (2003), tratando sobre as ferramentas tecnológicas em saúde.

No terceiro capítulo, apresentamos o aporte teórico da teoria da subjetividade proposta por Luiz Fernando González Rey. Neste momento, explanamos como este autor compreende a subjetividade, sendo considerada um sistema complexo, organizada por sentidos e significados em diversos momentos da vida do sujeito. Apreendemos que a subjetividade reconhece a complexidade da realidade e o sujeito é um ser formador e formado pelo social e individual ao mesmo tempo, influenciado pela cultura. Além do mais, foi nesse capítulo que detalhamos mais como os sentidos subjetivos se formam pelos processos do simbólico e do emocional na vivência humana.

A seguir, trouxemos no quarto capítulo o método, definindo lócus de pesquisa, participantes, justificando a importância da análise da implicação de Renê Barbier, os instrumentos, procedimentos, análise de dados e aspectos éticos.

No capítulo quinto, apresentamos os participantes do estudo com algumas discussões. Para tanto, expusemos em um primeiro momento as histórias dos participantes, havendo uma nomeação por meio de pseudônimos que remetiam a pessoas da saúde pública/coletiva. Em um segundo momento, discorremos de reflexões sobre o estudo.

No capítulo sexto, surgem as análises e discussões sobre os sentidos subjetivos de profissionais de saúde acerca da humanização.

## CAPÍTULO I

### DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: CAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA E DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo, apresentamos um histórico do desenvolvimento da saúde pública brasileira que passou por evoluções sociais, políticas e econômicas. A saúde pública do Brasil advém de um longo caminho na tentativa de compreensão da arte do curar. Entender a realidade da saúde brasileira é, também, compreender os caminhos tomados pela ciência de saúde até chegar à compreensão da saúde pública atualmente, esta que se desenvolveu, criou pernas, Programas e Políticas e que continua seus esforços na tentativa de uma saúde melhor para os cidadãos.

Quando se fala de saúde, remontamos a pensamentos históricos quase sempre objetivados a curar, conectada por avanços e descobertas. Remetemos também a saberes historicamente refletidos, retratados e readaptados a novos pontos de pensamento, como do filósofo francês Foucault, no *Collège de France*, em sua cátedra referente à “*História dos Sistemas de Pensamento*” que desenvolveu reflexões críticas acerca da relação entre o Saber e o Poder. Na obra “*O Nascimento da Clínica*”, buscou compreender a racionalidade anátomo-clínica que permeou a consolidação do saber médico na modernidade, em que o principal objeto investigativo configurava-se na doença ou no corpo do ser que adoece (Foucault, 1977).

Do Iluminismo para o século XIX, Foucault (1977) concentrou-se nas questões de saber e poder, um momento de ascensão da Ciência, cujos pressupostos metodológicos eram fortemente positivistas e empiristas, trazendo como base a prova, a experimentação e a análise. Assim, objetivou compreender o saber médico, descrevendo a doença e o corpo como o principal foco de atenção da medicina. Segundo o filósofo, o nascimento

da clínica deu-se no fim do século XVIII, momento em que a medicina moderna passou por modificações teóricas e práticas sob organização do momento científico de empirismo para ter acesso a Ciência. Eis que a doença e o corpo foram o objeto soberano da clínica positivista, voltando-se para a objetividade e abstraindo a pessoa doente, a experiência e o subjetivo do corpo enfermo. “*A experiência clínica - do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade - foi tomada como um confronto simples, sem conceito, de um olhar sob o corpo.*” (Foucault, 1977, p.13).

A soberania do olhar médico foi vista com suspeitas por Foucault, observando que entre o corpo doente e a doença existia um doente que precisava ser reconhecido, muito embora a regra absoluta fosse desvelar órgão. Era a instituição da visibilidade que explicava a origem e o caminho das mazelas e conseqüentemente, o médico e seu astuto poder e discurso objetivante e redutor, indicava a terapêutica melhor para o corpo sofredor.

Da Antiguidade ao Renascimento, o poder sobre a vida era de responsabilidade da igreja, através dos sacerdotes, cuja poder advinha do céu, com atribuição da imortalidade. Após os estudos científicos, a vida estaria nas mãos dos médicos, com uma medicina que conhecia o caminho das doenças e buscava a saúde. Souza (1998), remete suas reflexões para Foucault retratando que esse saber médico era articulado com o social, que caminhou em corredores hospitalares caracterizados pela miséria e morte no século XVII e no século XVIII com os hospitais já articulados num processo de ensino e prática hospitalar (Souza, 1998).

Assim, o olhar do médico interpretava somente os sintomas, acompanhava o sistema de classificação das doenças com seus manuais padronizantes e o desenvolvimento de uma medicina dissecante e micro observável. O objeto desse médico não pode ser apenas o corpo, expressão primeira da doença no campo observacional,

então exigido pelo método empírico-positivista do mensurar, prever e controlar. Deveras importante também seria o dono do corpo adoecido, este que também expressa um corpo simbólico, com sua subjetividade, reflexo de um ser humano que é atravessado pela cultura.

Neste sentido, buscou-se compreender o desvelar da saúde dentro de seu percurso histórico, na tentativa de poder compreender a saúde pública brasileira. Seria uma saúde diferente, melhor ou pior? É, pois, uma saúde que acompanha os percursos históricos de uma medicina que não se apaga e, sobretudo, de uma saúde biograficamente arraigada em contextos políticos-sanitários desse país chamado, Brasil.

### **1.1.História da saúde brasileira: lutas políticas e sanitárias**

Historicamente, a saúde no Brasil vem de um percurso de lutas sociais e políticas.

Internacionalmente, a saúde desenvolve-se enquanto área de estudo e de produção de conhecimento, também conhecida como Políticas de Saúde, tomando espaço das discussões com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, vinculada com a Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, a área de estudos da saúde pública passa a ser vista como saber organizado, tendo um conjunto de fundamentos, métodos e técnicas para intervir em saúde. É certo que na antiguidade também se tratava de saúde, entretanto não de uma forma complexa e inter-relacionando a saúde pública e medicina (Paim, 2003).

Segundo Paim (2003), discussões sobre a Saúde Pública e Medicina já se desenvolviam antes da Revolução Industrial na Europa e América do Norte, demonstrando quão uma Medicina Social era necessária, estreitando os limites entre saúde e social, uma vez que cada vez mais se entendia que a saúde de um povo tinha relação com a responsabilidade social. Havia uma diferença no entendimento do cuidado

da coletividade, diferenciada desde a Europa com a Aritmética Política de Londres, com o higienismo da França, enfim, o caráter social das doenças propagou-se e levou a uma discussão sobre a promoção da saúde (Souza, 2014).

Assim, o termo Saúde Pública começou a ser discutido na Inglaterra, quando da industrialização e urbanização que desencadearam em condições diferenciadas na saúde de trabalhadores e Edwin Chadwick realizou um relatório investigativo, levando a um Ato de Saúde Pública de 1848 (Souza, 2014).

Esse movimento do cuidado da saúde das populações no âmbito internacional é importante para compreender as políticas de saúde do Brasil e, assim, a emergência da Saúde Coletiva, ideia surgida no Brasil nos anos 1970.

Souza (2014) afirma que a Saúde Pública é conceituada como ciência e arte de tentar compreender o social, vigiar, monitorar e controlar danos à saúde. Tem na sua concepção a ideia de prolongar a vida e promover a saúde física e mental da comunidade, tomando como base sempre a saúde e ação coletiva, como objeto de trabalho os problemas de saúde e como instrumento de trabalho a epidemiologia tradicional e o planejamento normativo.

A Saúde Coletiva tem como objeto de trabalho as vem de um movimento contra hegemônico de crítica ao modelo sanitário brasileiro, após movimentos da Medicina Social, Medicina Preventiva e Comunitária, direcionados a grupos populacionais específicos. A Saúde Coletiva tem como objeto de trabalho as necessidades de saúde e como instrumento de trabalho a epidemiologia social, planejamento estratégico e a gestão democrática.

Na América Latina os andamentos da saúde coletiva ganharam força na década de 1970, com os princípios básicos da Medicina Social, já em desenvolvimento em outros países. Com tal desenvolvimento, ganhavam forças investigações de reflexão promovidas

por instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e a Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP). Entretanto, no caso brasileiro, deu-se ênfase na dinâmica de classes e movimentos sociais diante do Estado, que perante as crises de autoritarismo e questões políticas acirradas, desenvolve-se um quadro diferenciado de atenção à saúde nas políticas aqui existentes (Paim, 2003).

Os estudos sobre as Políticas de Saúde, de forma geral, atendem a diretrizes, planos e programas de saúde, abrangendo as áreas de relações e exercício do poder e condução de políticas públicas em Saúde Coletiva. Assim, as Políticas de Saúde podem ser definidas tanto como diretrizes para a saúde, como direcionamento de poder, como uma forma de intervenção do Estado sobre as questões de saúde da sociedade (Paim, 2003). No caso do Brasil, o desenvolvimento das políticas de saúde deu-se de acordo com movimentos conjunturais como República Velha, a Era Vargas, Autoritarismo, Nova República e Constituinte.

No início do século XIX, o Brasil vivenciava momentos de epidemias. Depois da escravidão os imigrantes procuravam trabalho e o capitalismo começara a tomar a vastidão no tempo e espaço. Os ricos eram tratados por médicos particulares, enquanto os pobres eram tratados por curandeiros, benzedeiros, pela filantropia ou mesmo pela igreja. Havia uma preocupação com a saúde da população, não por questões individuais e o bem dos povos, senão para limpar os males da sociedade, para o bem da camada mais abastada, cujo poder operava e os militares tratavam como uma questão de polícia, obrigando a realização de vacinas, prendendo revolucionários, intimidando a população aos fazeres eugênicos da época (Souto, 2004).

Na República Velha (1889-1930), o país era exclusivamente agrário. Trabalhadores do campo e seus familiares não tinham atenção à saúde, os lucros das produções de café, borracha, açúcar e outras matérias primas serviam às necessidades da nova ordem econômica capitalista. Neste momento, o Estado manteve as condições necessárias para o capitalismo industrializado (Paim, 2003).

Assim, a burguesia começou a assumir papel ordenador da saúde através do Estado, sendo uma classe dominante, comandando a economia e fazendo parte da rede política. Havia uma hierarquia de classes (com as divisões de funções e responsabilidades), bem como a alienação da divisão do trabalho advinha de uma ideologia das classes dominantes. Traçava-se, então, o caminho da saúde na era capitalista: dirigida pelo Estado, em meio a avanços econômicos de uma medicina capitalista, voltada ao liberalismo e ao individualismo e em uso quase que exclusivo de uma classe mais abastada (Souto, 2004).

Na ideologia liberal, o Estado só precisa intervir quando o indivíduo não consegue sozinho ou se a iniciativa privada não resolve. Ou seja, não era preciso intervir em saúde. Isso só foi se modificando com o avanço das indústrias, com as populações sendo cada vez mais usadas, quando operários começaram a realizar movimentos trabalhistas que os ajudassem. Desta forma, o Estado encabeçava essas ações para resolver essas questões e para manter o poder, normatizando e organizando a produção e distribuição de serviços à população em geral (Paim, 2003).

Da escravidão severa ao capitalismo acirrado, quando a saúde sequer tinha espaço nas mesas de discussões políticas, senão como mais uma forma capitalizada de investimentos financeiros. Com os movimentos dos trabalhadores, o Estado começou a realizar ações de saúde, intencionado às escuras com questões de cunho econômico para

não afetar as redes lucrativas até então existentes realizando campanhas contra epidemias na capital republicana como a de febre amarela.

O médico Oswaldo Cruz foi convidado para combater as epidemias pelo governo de Rodrigues Alves, após chegar de viagem de Paris, trazendo consigo ideias que estavam sendo realizadas na Europa, realizando inicialmente campanhas contra varíola. Esse momento foi conhecido pelas vacinas obrigatórias, organizadas como guerra, militares tratando da saúde como questão de polícia, todos tinham que ser tratados, tudo saneado, era uma proposta de limpar centro, tirar pobres do cortiço e curar os males de saúde da sociedade (Paim, 2003).

As condições de vida da população industrial eram insatisfatórias, havia greve de operários em 1917, surto de gripe espanhola em 1918 e o governo não fez nada pela saúde pública. Os movimentos sociais urbanos cresciam em contrapartida com o crescimento industrial que seguiam anos seguintes, até que entre 1922/23 os tenentes revoltaram-se e tomaram o Forte de Copacabana. Para diminuir tensões, iniciou-se a ideia de caixa e aposentadoria e pensões, financiadas pelos trabalhadores, governo e união. Os trabalhadores teriam assistência médica e de aposentadoria. Com conhecimentos de Dr. Paula Souza que voltou de curso nos Estados Unidos da América sobre a atenção à saúde em centros especializados, a saúde poderia ser entendida como social e educativa. Assim, encerrar-se-ia o espírito de polícia na saúde com guardas e inspetores até então utilizado, passando a ter como principal foco da atenção à saúde na família.

Diante desses movimentos sociais, o Brasil importou ideias europeias para tentar resolver as problemáticas brasileiras. Mas Oswaldo Cruz e Paula Souza refletiram sobre as discrepantes questões sociais que os continentes tinham? Será que a realidade brasileira comportava as medidas tomadas em Paris para serem trazidas para o Rio de Janeiro? Uma questão não foi observada: as desigualdades sociais que separavam as realidades Brasil-

França, evidenciada por questões tanto econômicas como sociais e políticas. Portanto, aqui iniciara o histórico acesso diferenciado a recursos simbólicos e materiais, caracterizando o contexto no qual as pessoas foram constituindo suas subjetividades e suas práticas (Santos, Mota & Silva, 2013).

As desigualdades sociais repercutem na constituição da subjetividade tanto social como individual, pois a subjetividade apresenta um caráter sistêmico e compreende a expressão do sujeito como manifestação da subjetividade individual, susceptível a mudanças a depender do contexto da subjetividade social. (Santos, Mota & Silva, 2013, p.703)

Compreendendo um pouco melhor o processo de importação de modelos europeus, em específico franceses para o Brasil, Milagre Junior e Fernandes (2013) apontaram a existência de vários fatores que não foram refletidos para a adaptação à realidade do Rio e do Brasil. França vivia era uma *Bella Epoque* do momento europeu na segunda metade do século XIX, crescendo demograficamente, industrialmente e economicamente. Através do Barão Haussmann pode-se dar uma nova versão a cidade parisiense com demolição de ruas e construções antigas, organização da capital sobre a geometria de bulevares, contenção da periculosidade da população.

Estando o Rio em situação diferente, crescendo entre morros e cais da cidade e com problemas específicos, como Milagre Junior e Fernandes (2013, p.25) afirmam:

Dentre as mudanças ocorridas no Rio de Janeiro durante a passagem do século XIX, três se destacam: a primeira é a gradual abolição e as consequências desse fato, como aumento da mão de obra livre, êxodo rural e imigração; outro ponto é o desequilíbrio entre os sexos, já que se tem uma maioria masculina solteira e a decorrente baixa de famílias regularizadas (o que levaria a uma crise moral); um último ponto importante é o acúmulo de pessoas sem ocupação, mais conhecidos como desempregados, vadios ou ociosos.

Diante dessas preocupações, as autoridades não ficaram estáticas, as vacinas compulsórias, reformas higienistas etc., tudo com a intenção de modernizar o Brasil, acabando com o estigma colonial que assombrava a cultura “civilizada” e espelhada na Europa. Entretanto a realidade política era de interesses regionais e de apaixonados por um novo Brasil, os republicanos. O comum era o desejo pela transformação do país conforme os modelos norte-americanos e franceses, o que levou Pereira Passos, Saldanha da Gama e Oswaldo Cruz a terem influências francesas. O último, em específico, viveu na cidade espelho e Pereira Passos enquanto prefeito do Rio, juntamente com o Governo Rodrigues Alves remodelou a paisagem da “cidade cais” para uma cidade moderna, pavimentando ruas e avenidas, ornamentando praças (Quinze de Novembro, Onze de Junho, Tiradentes dentre outras), abrindo túneis dentre outras realizações e regulando costumes da época.

Mudanças rápidas e visíveis, no lugar de duradouras e introjetáveis na cultura brasileira, negando aspectos da brasilidade, abraçando a civilização europeizada e rejeitando um passado colonial atrasado. A tentativa foi válida, mas falha. Isso porque foi uma modernização buscada de fora para dentro e, que segundo Needell (1993), citado por Milagre Junior e Fernandes (2013), não passou apenas de uma “*máscara europeia*”, mas com um núcleo brasileiro, não condizente, portanto, com a modernidade desejada.

Nesse momento da República Velha o Estado interviu com maior intensidade na saúde. Houve a então “Reforma de Oswaldo Cruz” em 1904 e a “Reforma de Carlos Chagas” em 1921 que implantava um novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e ampliava ações em saúde, como atenção a crianças e controle de tuberculose e hanseníase. Assim, afastou-se a noção de uma saúde como caráter religioso para ser capitalista, ligado à produção econômica e assumindo uma função mais executiva e burocrática.

Como resposta social aos conflitos da década de 1920, também emergiu a “Lei Elói Chaves”, organizando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) que eram organizadas por empresas e administradoras e financiada por empresários e trabalhadores (Paim, 2003; Mendes Gonçalves, 1993).

Em épocas de grandes inquietações, Prestes tenta tomar o poder em 1924, cujos tenentes querem reformar o país, entretanto esse movimento causa temor da população e em 1930 Getúlio Vargas toma o poder presidencial, sendo conhecido como “pai dos pobres”.

Nesse momento, o Brasil continua vivendo épocas de doenças, transição demográfica e a crescente crise do café e agricultura de forma geral, sendo vencida pelas oligarquias agrárias, ou seja, pelas mudanças exigidas com o capitalismo industrial. Instala-se uma iniciativa de política nacional de saúde que passa a ser organizada de forma institucionalizada pelo Ministério de Educação e Saúde, enquanto a medicina previdenciária e a saúde ocupacional eram tratadas pelo Ministério do Trabalho, já demonstrando o quão fracionado os serviços de saúde iriam ser no Brasil (Paim, 2003).

A política avança com o planejamento de constituintes por volta dos anos 1930, momento em que foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), em que os trabalhadores contribuem com pouco do salário para ter direito a assistência após trinta anos de contribuição, além de aposentadoria e pensões depois de uma vida de trabalho. Com isto, o Estado começara visualizava o montante de arrecadação que receberia, o que seria importantíssimo para servir de financiamento industrial no país.

Assim, os serviços de saúde passaram de ação de polícia como era na época de Vargas e passa a ser de educação sanitária, organizadas pelo Ministério de Educação e Saúde. Nessa fase, surge o combate a endemias rurais, cria-se a Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), organização de saúde que tem preocupação social, vai onde a saúde

pública não chegou, essa organização vai, descobria doenças e combatia-as, como foram Carlos Chagas e Vilas Boas. Mas havia um país a ser descoberto. Depois este serviço passa a ser Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e depois Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (Paim, 2003; Brasil, 2013/08/23).

Em 1945 o Brasil vive grande influência americana que instituía redes hospitalares como centro geral de saúde, muitos médicos em um só lugar, tudo equipado e moderno. Era o embrião da ideia de hospital no Brasil como meio de resolução de quaisquer questões de saúde, mesmo que os sujeitos fossem vistos como membros, tratados por médicos especialistas. Mostrava-se o esforço pelo avanço, por uma medicina mais avançada, mais equipada e melhorada. Uma propaganda americana que investia a todo custo em empreendimentos vantajosos pelo capitalismo avassalador e globalizante. Somente em 1953, Getúlio Vargas criou o Ministério da Saúde para fortalecer ações em medicina preventiva, havendo campanhas sanitárias e programas específicos de tubérculos, para mulher e criança, hanseníase e outros, e havendo também a criação outros centros como manicômios, asilos, locais aonde iam pessoas não beneficiadas pelos planos previdenciários e quem não poderiam pagar (Mendes Gonçalves, 1993)

Por volta de 1964, a medicina previdenciária desenvolvia-se com o crescimento dos IAP's dos trabalhadores em geral (marítimos, transporte, bancários e servidores do Estado) que utilizavam da Previdência Social, ficando sem serviços os trabalhadores informais. Os laboratórios médicos arrecadavam cada vez mais lucros e a medicina liberal avançava muito mais para a camada pagante da sociedade, ou para os serviços do Estado que convenia com os IAP's, apresentando-se aí a capitalização do setor da saúde, mesmo com os esforços do Ministério da Saúde por uma ação pública, municipalizada e para todos (Paim, 2003; Mendes, 1993).

Quando da época do autoritarismo (1964-1984), a saúde brasileira apresentava ainda indicadores críticos em saúde, com alta mortalidade infantil, doenças de trabalho, de Chagas, febre amarela, meningite. Enfim, embora o país estivesse numa época de crescimento, o quadro sanitário ainda estava por melhorar, sendo o cuidado de saúde voltado para o corpo do trabalhador, visando sua boa capacidade produtiva (Mendes, 1993; Paim, 2003).

Havia tensões populares que levaram ao Golpe militar de 1964, instaurada em uma ditadura por 21 anos, havendo repressão, concentração da renda, urbanização desenfreada e a saúde levada ao privatismo. Os IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, momento através do qual o sistema privatista apresentou possibilidade de expansão, visto que era momento de “milagre econômico” e ação intensa da tecnoburocracia estatal e consolidação dos serviços médicos particulares e continua expansão da clientela previdenciária. Entretanto, houve também benefícios para os trabalhadores e suas famílias, tendo como característica a ampliação da cobertura previdenciária, preponderância da assistência curativa, individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública e permanência da capitalização da medicina.

Somente em 1971, estenderam-se aos trabalhadores rurais, pelo Fundo de Assistência e previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que em 1972 se pode incluir os empregados domésticos e autônomos (Mendes, 1993).

No mesmo caminho em que ações eram construídas para atenderem a Previdência Social, havia uma crescente demonstração de desigualdade no acesso qualitativo e quantitativo das populações urbanas e rurais, bem como de populações assistidas e não pela previdência. Assim, a população tinha diferentes formas de assistência, seja ela pela previdência e suas ações contratadas, seja pelo privado, ou mesmo por aqueles que não

tinham nenhuma assistência garantida, senão pelo Estado. Este crescente aumento do plano privado decaiu em 1974 com o fim da expansão econômica e começo de outros pensamentos sociais com novos atores em saúde (Mendes, 1993).

Quem poderia ter acesso aos serviços de saúde? Todos ou parte da população? Neste momento, observa-se a desigualdade na assistência, tendo atenção à saúde quem trabalhasse e contribuísse com a previdência ou quem pudesse seguir para os sistemas privados. Isso poderia ser um “contínuo desigual” já existente no país, caminhando junto com a desigualdade social, uma desigualdade na saúde. Segundo Santos (2011), a estrutura social de um país exerce influência também na distribuição de chances de saúde, classes sociais diferentes tem distribuição. Enfim, o que leva a distribuição desigual da saúde é a distribuição diferenciada de poderes e direitos sobre os recursos do país.

A desigualdade ou disparidade na distribuição do estado de saúde é um tipo particular de diferença ou de importantes fatores influentes que potencialmente podem ser alterados; é uma diferença em que grupos sociais em desvantagem sistematicamente experimentam pior saúde ou maior risco de saúde que grupos em vantagem. Os indivíduos devem ser caracterizados de acordo com marcadores de vantagem social subjacente. (Santos, 2011, p. 29)

Mas o país avançava, criava-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 pela Lei 6.036 que separa a área previdenciária da área do trabalho, implantando o Plano de Pronta Ação (PPA) também em 1974 para os serviços de saúde (público ou privado) atender a qualquer pessoa da população em situação de urgência. Este fazia o gerenciamento das relações da Previdência com diferentes prestadores através de diferentes formas de pagamentos, o que alavancou o sistema privatista, a partir de convênio-empresa. O primeiro convênio-empresa realizado foi entre a Previdência e a Volkswagen em 1964, cuja empresa era responsável pela saúde dos prestadores, recebendo subsídio do governo para tal, o que se tornou um sistema amplo entre o Estado

e o empresariado, iniciando, assim, a atenção médica supletiva (Paim, 2003, Mendes, 1993).

Com a constante crise na saúde, discutida também na V Conferência Nacional de Saúde em 1975, o Governo propõe um Sistema Nacional de Saúde, pela Lei 6229/75, em que as responsabilidades seriam divididas pela União, Estados e Municípios. Entretanto, esta ação foi embargada pela força empresarial, sendo criados vários serviços verticais como: saúde materno-infantil, programa de Meningite, Esquistossomose, de Imunização, de Saneamento, de Alimentação e Nutrição. Enfim, vários programas que agiam separadamente. Em 1977, surge o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) para dar base jurídico-legal ao sistema de saúde. Assim, no Governo de Geisel (1977) surge o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Lei 6360/76) e Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Paim, 2003). Nesta década, houve forte influência do reducionismo, avanço da medicina assistencialista privatista ou mesmo por ações para grupos de riscos. Entretanto trabalhos pilotos foram surgindo nas universidades (como na Universidade de Campinas - UNICAMP e em Monte Carlos com a medicina comunitária) como movimento contra-hegemônico da saúde, lugares estes onde se difundem pensamentos críticos originarão as bases político-ideológico da reforma sanitária brasileira (Mendes, 2003).

Com essas iniciativas, a medicina começou a ampliar suas possibilidades a nível federal, com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), por técnicos dos projetos, depois se adaptando a outras regiões do país, ampliando as redes ambulatoriais. Assim, a reforma sanitária faz sua investida, os anéis burocráticos previdenciários perdem espaço para movimento de trabalhadores e sindicatos e espaços de reflexão e críticas que possibilitam novos olhares para a saúde do Brasil. A exemplo disto estão a CEBES que surge em 1976 e em 1979 a ABRASCO,

desenvolvendo palestras, encontros, debates, simpósios posicionando-se como alternativa para o modelo médico vigente (Mendes, 1993).

Portanto, a saúde na década de 1970 foi o ápice do sistema privatista, do sistema contratado e conveniado, bem como o poder do núcleo ideológico da burocracia previdenciária. Mas ao final da década a crise do Estado afetou o sistema e a necessidade da reforma sanitária formou um movimento de luta para um modelo que alterasse perfis de morbimortalidade, que tivesse custos menores e que pudesse ser melhor coordenado com satisfação dos usuários, prestadores de trabalhadores da saúde em geral (Mendes, 1993).

É certo que as discussões sobre a saúde no Brasil nasceram de reflexos de outras discussões de nível internacional, como a Declaração de Alma-Ata, visto que já havia um forte movimento pela atenção primária e uma saúde mais contempladora de camadas menos favorecidas e com menos custos. Isto foi acordado em Alma-Ata, em 1978, já expressando a necessidade de saúde para todos os povos, observância da chocante desigualdade nos Estados que deve ser minimizada e da necessidade de ação individualizada para além da saúde e da cura, senão para contextos amplos dos sujeitos e todas suas necessidades (Alma-Ata, 1978).

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Alma-Ata, 1978, Parágrafo VI).

A crise na saúde se estendia, havia iniciativas e projetos de melhoras para a saúde pública, mas a busca incessante do capitalismo era pelo lucro e, então, queda de serviços públicos, quando houve uma crise na Previdência Social. Assim, o Governo de Figueiredo, em 1980, lançou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), denominado inicialmente como Pró-Saúde, teve com base no PIASS e foi discutido na VI Conferência de Saúde. Este que era um novo projeto de alavancagem da saúde, propondo universalização dos cuidados de saúde, unificação de setores públicos e privados para melhoria da saúde geral, ampliação de cobertura e sistema hierarquizado, regionalizado, integrado e com ação da comunidade. Neste momento havia uma orientação para a atenção primária de saúde (APS), sistema de referência e contra-referência, ações preventivas e curativas, entretanto, este plano não seguiu adiante devido aos esforços do setor privado que agia contra qualquer desenvolvimento significativo da saúde pública, porque perderia espaço lucrativo (Paim, 2003; Mendes, 1993).

Seria mais uma década de crise econômica e instabilidade, passando por um período de redemocratização, quando o Estado detinha uma crise orgânica, a nível internacional. A Previdência Social continuava em crise, sendo a assistência médica particularizada o motivo maior da crise, visto seu interesse neoliberal de ganhos na saúde, além das graves denúncias de fraudes. Assim, para combater esse momento, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) pelo Decreto 86.329 de 2 de Setembro de 1981, regulamentando que o serviço particular passasse por serviços contratados pelo INAMPS, bem como implementou a autorização da internação hospitalar (AIH) e possibilitou a Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. Essas tentativas organizativas se formaram para redução de gastos, especialmente na atenção hospitalar, exigindo melhoria na produtividade, qualidade dos serviços prestados, eliminação de filas ociosas na previdência e criação de auditoria médico-assistencial, sob

revisão do MPAS, Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Estas últimas que fundaram o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (Mendes, 1993).

Segundo Mendes (1993), as AIS's eram caracterizadas como um programa de atenção médica e foram impulsionadas pelo governo e estabeleceram uma cultura de atenção médica, em que o Estado era o maior prestador de serviço da rede privada e tiveram suporte do MPAS/INAMPS. Depois de Nova República, quando a concepção de saúde é pensada como direito universal e dever do Estado, as AIS's, enquanto programa, são pensadas para ser um Sistema Unificado de Saúde (SUDS), proposta esta que já vinha sendo debatida a nível acadêmico-institucional e governamental. Às ações integradas unificou-se com a Programação e Orçamentação Integrada (POI) que valorizava ações preventivas e participação social e das secretarias de saúde, enfim, seria a perda do papel controlador do INAMPS, início de descentralização, integralização de ações e maior participação de Estados e Municípios.

As “diretas já” derrubam o regime autoritário em 1985 e o Governo de Tancredo Neves iniciou uma reforma sanitária com ajuda de forças políticas racionalizadoras da CEBES e ABRASCO que debatiam a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) para todos, tema debatido na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Neste evento, criou-se uma Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) para realizar uma rede de saúde básica e que tivesse coordenações de vários ministérios (Cebes, 1980, Paim, 2003, Mendes, 1993).

Foi nesta Conferência que os debates se ampliaram e a partir do qual a reforma sanitária mobilizou usuários, profissionais e todos membros da sociedade em prol de uma reforma consistente e capaz de realizar mudanças significativas no quadro sanitário do país. Assim, retratava o relatório que sobre a saúde:

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Brasil, 1986, p. 65)

A VIII Conferência foi um marco na história da saúde brasileira, modificando a história no processo de mudanças na política nacional de saúde. Segundo Fleury (1994),

Reforma Sanitária, ao materializar um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, levou à sobrevalorização dos aspectos formais, que, ainda que imprescindíveis, não são suficientes para a garantia da concomitância dos processos reais, em uma cultura em que o mundo da norma legal e o mundo da vida nem sempre se correspondem. (p. 47).

“O relatório concebe, neste contexto, a ideia de reestruturação do sistema de saúde brasileiro numa ótica de direito e não mais um benefício como retorno a contribuições, rompendo assim com um modelo clássico excludente” (Zilbovicius, 2005).

Com a Nova República, os movimentos sociais requeriam a democratização da saúde, debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, ensejando ampliação do conceito de saúde, com direito de todos, em um Sistema Único de Saúde. Este momento foi marcante para o país, pois houve uma ampliação de conceitos e definições em saúde, o que serviu de base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986, p.1)

O país saiu do momento autoritário, buscando um pacto democrático que definisse um novo padrão de desenvolvimento e padrões jurídicos-institucionais e sociais que superassem os problemas já existente. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) surgia de forma mais representativa, acreditava-se na viabilidade técnica de fazer uma saúde diferente com a proposta de fortalecer e expandir o setor público. Após a VIII Conferência, as AIS's transformaram-se em Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que apoiavam a organização da saúde por instância tripartite, federal, estadual e municipal, com o auxílio de conselhos municipais e estaduais de saúde, ou seja, descentralizando para estados e municípios ações de saúde, com instrumentos jurídicos já em discussão como a integralidade, regionalização e democratização. Com o tempo, mais recursos eram repassados aos estados e municípios, controlava-se as fraudes existentes e se aperfeiçoava a POI. Isso desestruturou o INAMPS a partir do momento que desconcentrou recursos do Estado e proporcionava a cobertura de serviços a hospitais e laboratórios e quaisquer outros serviços que a população precisasse (Paim, 2003; Mendes, 1993).

Embora o INAMPS tentasse retomar forças para voltar a detenção de poder na saúde, sua saída do cenário político institucional foi progressiva, mesmo com tentativas de reconstrução, mudanças de seus presidentes, ou mudança de Ministros da Saúde. O Ministro da Saúde Jader Barbalho tentou redimensionar o SUDS com apoio do CIPLAN e do MPAS, o que garantiu a continuidade das propostas do SUDS. Entretanto, a disputa da direção do INAMPS para se incorporar ao Ministério da Saúde e os problemas do próprio SUDS em não mudar o modelo assistencial vigente, fez com que decaísse sua força política, cuja avaliação realizada em São Paulo, diagnosticou que era ineficaz e insuficiente para o sistema de saúde pública do país (Mendes, 1993).

Foi com a promulgação da Constituição de 1988 que foi garantido o direito a saúde e instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988; Paim, 2003, Mendes, 1993).

Uma proposta que requeria políticas públicas intersetoriais, assegurando universalidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde, em uma rede hierarquizada e regionalizada, era uma proposta de ação integral, não agindo somente na cura, mas na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

O SUS tem atribuições que perpassam responsabilidades médicas, senão tem ampliado horizontes de atenção, sendo tanto preventivas como assistenciais. São elas:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Brasil, 1988).

Desta forma, pode-se observar um período de grandes mudanças na reforma sanitária brasileira no período compreendido entre 1985 e 1988, e o final da década ainda contou com o redirecionamento oficial de finanças do nível Federal para Estados e Municípios com a criação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, o que dava um novo tom de gestão em saúde, um formato mais descentralizado (Paim, 2002). Além do mais, essa época de estruturação do SUS foi acompanhada por uma forte globalização

e avanço neoliberal que modificam os sistemas de saúde do norte, baseados no modelo do “Welfare State”, travando e causando tensões e lentidão de forma indireta nos processos de reformas sanitária do Brasil, bem como de países da América Latina (Zilbovicius, 2005). Soares (2003) aponta que o objetivo do neoliberalismo era privatizar o mercado, os setores públicos e tentar minimizar a ação do Estado, fato este ocorrido no Brasil ao final da década de 1980, em época de ajuste global da economia, conhecido como “Consenso de Washington”, avassalando o potencial econômico dos países.

Na década de 1990, a situação de saúde melhora, muito embora haja um descrédito no SUS mediante crise financeira no país. O Presidente Fernando Collor lança a Lei Orgânica da Saúde, pela Lei 8080/90 que regula condições de organização e funcionamento de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde e a seguir lança a Lei 8142/90 que regula a participação da comunidade no SUS. Portanto, estes mecanismos foram disparadores de mudanças no projeto de ação em saúde, muito embora ainda houvesse ambiguidades na disputa pelo poder em saúde e o setor privatista tentasse a todo custo inserir seus dispositivos cada vez mais modernos e atrativos da atenção médica supletiva que ainda resistia dentro de um projeto neoliberal baseado em privatização (com subsídio do Estado), em descentralização (desde que não interferisse muito do poder do Estado) e em focalização (focando os gastos em grupos com mais necessidades) (Paim, 2003, Mendes, 1993).

Com a presidência de Collor houve drástica redução de verbas para o SUS, causando um caos geral. O modelo médico continuava medicalista, centralizado e burocrático, fato também debatido na IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, que mesmo diante de constante crise na saúde, instala o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Collor foi deposto em novembro de 1992 por impeachment sendo sucedido por Itamar Franco que defendeu a reestruturação da saúde, entretanto, o SUS ainda sofria grande

descontinuidades investidas pelos empresários, fortalecendo a ideia de ineficiência do SUS. Mesmo assim, avança na influência da sociedade civil, na municipalização, na reativação de movimentos de cidadania (Paim, 2003).

Segundo Fiori (1991, citado por Zilbovicius, 2005),

Os sanitaristas no governo e na constituinte, ao proporem a universalização do direito a saúde e ao tentarem adequar as estruturas estatais às novas responsabilidades, desconhecera inicialmente e acabaram parcialmente derrotados pelo avanço inexorável da crise mais profunda que acompanhava o processo de redemocratização: uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise (p. 49).

O setor privado ainda crescia, mediante a prestação de serviços médicos complementares, planos de saúde, convênios com hospitais e clínicas com o SUS e capturavam clientelas do sistema público que já tinha uma qualidade superior. Ora, o SUS passara a atender toda a população, não somente aqueles que trabalhavam e pagaram sua previdência, embora a qualidade dos serviços prestados fosse de qualidade ruim, expulsando segmentos mais capitalizados e o operariado que poderiam pagar por uma atenção médica supletiva, então mais eficiente. Isso era “o universalismo excludente”, ao mesmo tempo em que a década de 1980 iniciara sua universalização da saúde para todos, excluía parcelas que se sentiam não assistidas que iam para o serviço privado, os grupos com melhor posição na hierarquia social e econômica, mas que também usava a assistência pública (Mendes, 1993).

As verbas de convênios eram diminuídas, havia equipamentos especializados e mais modernos no setor de saúde privado, isto quando não havia o descredenciamento formal ou informal da rede privada com o INAMPS, ou seja, hospitais mantinham o

convênio, mas, de fato, não disponibilizavam quando da necessidade (Mendes, 1993). Isto remete aos tempos atuais, 2014, quando o sistema público ainda mantém certos convênios, entretanto, os usuários têm muitas vezes que entrar com recursos na justiça para serem atendidos. Portanto, o sistema já mostra como era seu caminhar pela própria raiz de construção, mudanças, crises, fraudes, descontinuidades, etc.

Na década de 1980, o país via a saúde em um sistema neoliberal, com subsistemas de alta tecnologia, de sistema médico supletivo e do setor público, distribuídos de forma heterogênea, ou seja, com contradições em verbas, em clientela e em tecnologias. Segundo Mendes (1993), desde sua chegada ao cenário de saúde brasileira e principalmente no final da década, o neoliberalismo apoia a participação do Estado como financiador das altas tecnologias, da atenção a doença, do crescimento de planos de saúde, seguro-saúde, cooperativas médicas, medicina de grupo etc.

O país viveu uma “cartelização” das empresas médicas e da saúde supletiva como um todo, surgindo para sua defesa o Conselho de Empresas Médicas de Grupo (CONAMGE) e um código de ética, uma Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE), o Decreto-Lei n.73, de 21 de novembro de 1967 pelo Sistema Nacional de Seguros Privados, surgindo os primeiros Comid e Itaú Seguros em 1978, seguidos de Sul América Nacional em 1987 e em 1967 surgindo as cooperativas médicas, representadas basicamente pelas UNIMED’s (Mendes, 1993).

Enfim, foram jogos de marketing e comunicação de massa em um exercício liberal da medicina ligada ao Estado. Enquanto isso, na base, está o sistema público, de todos e para todos, inclusive os de assistência suplementar, subdividido em instâncias federais, estaduais e municipais, com diferenças discrepantes de forma quantitativa e qualitativa dos serviços prestados. E mais, sob efeito de mais de uma década de um caráter

hospitalocêntrico e privatista, mantido pelo projeto neoliberal e representado, até então, de forma negativa pela população (Mendes, 1993).

Como se vê, um processo de desigualdade pairava sobre a distribuição dos serviços de saúde à população desde muito antes do surgimento do SUS. As empresas médicas que faziam parte do sistema de atenção médica supletiva só poderiam dar conta de uma camada da população que dispunha de capital para pagar tais serviços.

Então, seria o SUS um *continuum* de desigualdade social? Uma desigualdade que segundo Rousseau, é de tipo moral ou política, pois diz respeito a uma convenção estabelecida nas relações de privilégios entre as pessoas, ao contrário da desigualdade física que consiste na diferença de idade, da força do corpo etc. Utiliza o SUS quem não tem atenção médica supletiva de planos e seguradoras ou quem precisa de alta tecnologia disponível no serviço público. Segundo Santos (2011), a existência de desigualdade socioeconômica na distribuição de saúde é observada pela diferença de serviços prestados à população, bons para uns e, para outros, um serviço inferior. Ou seja, os grupos mais privilegiados obtêm vantagens e com isso, supostamente estarão menos expostos a riscos à saúde, enquanto os de grupos com menos poder aquisitivo ou *“pessoas de estrato socioeconômico inferior tendem a estar em desvantagem no amplo conjunto de fatores de risco biomédicos, ambientais, comportamentais e psicossociais que medeiam a relação entre as condições sociais e a doença”* (Santos, 2011).

Fernando Henrique Cardoso chega a Presidência nesse contexto (1998-2002), continuando apenas o neoliberalismo de governos anteriores e deixando a população mais necessitada com assistência de saúde de má qualidade, fato discutido na X Conferência Nacional de Saúde. Esta tratara a saúde como uma questão de qualidade de vida, entendendo o momento de crise, de avanço neoliberal, de desemprego, empobrecimento e observa a disposição de “Estado Mínimo” para as políticas sociais e de “Estado

Máximo” para o capital internacional. Mas, sobretudo, reforçava a necessidade de retomada das políticas sociais de proteção da cidadania, de tentativa de retomada das forças para uma disposição de serviços de qualidade para toda a população (X Conferência Nacional de Saúde, 1996).

Ainda em 1996, publica-se a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOB-96) que tentava atender ao princípio da boa qualidade e boas relações entre equipe-paciente-familiar-comunidade, apostando no vínculo entre os atores dos serviços (Paim, 2003).

Ainda no Governo de FHC, o modelo de atenção do Programa Saúde da Família (PSF) é ampliado passando de 847 para 3500 equipes, em que os municípios seriam os responsáveis pelo financiamento. Com o interesse dos gestores pelas verbas destinadas para o programa, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 3.925/GM de 13/11/98 definindo o seu funcionamento que controlava e organizava repasses e acompanhamento de recursos. Nesse mesmo governo, o Ministério da Saúde, sob a gestão de José Serra, a assistência médica supletiva (AMS) foi regulada e em 2000 aprovou-se a Lei 9.961 criando a Agência Nacional de Saúde Supletiva (ANS) que é um órgão de regulamentação, controle e fiscalização das atividades das assistências supletivas no país, garantindo que o setor privado tivesse regras a cumprir, seria uma força bloqueadora do capitalismo a qualquer custo.

Nesta conjuntura, o Brasil obteve avanços como a criação da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), adoção do cartão do SUS, aprovação da Lei de Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99), bem como a realização da XI Conferência Nacional de Saúde em 2000.

Enfim, segundo Paim (2003), as políticas de saúde no Brasil no início do século XXI teve sua história arraigada do sistema campanhista, cujo pensamento de política

pública emanou depois de tentativas de popularizar o que o capitalismo estava consumindo, com seu modelo médico-assistencialista, altamente hospitalocêntrico e centrado nas doenças, com estratégias de avanços como AIS-SUDS, a construção do SUS após a constituição de 1988. O brasileiro luta para ter direitos ao sistema de saúde e, embora o Estado participe na gestão dos serviços, ainda há fragmentação da assistência, centralização da gestão e reduzida participação dos cidadãos.

O SUS é um sistema ainda em construção, como afirmou Paim (2003), demandando certa “engenharia política” para construção de um sistema capaz de mover sujeitos e suas participações sociais e que tenha viabilidade na sua operacionalização. Nesse sentido, o começo foi lançado e seu caminho é o hoje, pois cada sujeito pode ser capaz de mudar e refletir os valores sociais, políticos e econômicos a que a saúde está relacionada.

Fazemos um adendo a perspectiva atual em que o Brasil vive, pleno século XXI, aproveitando o caso cubano e a oportunidade de discussão sobre o momento em que o Brasil vive o “Médico sem Fronteira”. Não é o caso de uma discussão sobre a eficácia do Programa de governo, senão reflexões sobre uma saúde considerada de qualidade e em contextos políticos e sociais diferentes e que deu certo. Cuba é um dos países referência em saúde do mundo, compondo um dos fatores prioritários nas ações do governo que é obtido através de medidas de políticas sociais (González Rey, 2012; Rojas Ochoa, 2011). Concentra uma grande variedade de fatores de saúde pública que talvez sejam algumas das justificativas para os bons resultados em saúde no país, incluindo a promoção da saúde, atividades de atenção primária e ação intersetorial sobre os determinantes de saúde que talvez seja algumas das justificativas para os bons resultados em saúde no país (Pagliccia & Pérez, 2012; Spiegel & *et al.*, 2012).

Considera-se importante as grandes contribuições dos avanços tecnológicos e programas desenvolvidos no último meio século. Entretanto, referencia-se êxito consistente pela vontade política, fatores educacionais (desde mesmo a alfabetização), trabalho na literatura, cultura e artes, bem como pela participação social, em especial nas comunidades de base. Segundo Rojas Ochoa (2011), em seu artigo “Políticas Sociales y salud de la población”, o bom trabalho em saúde requer construções de bases consistentes e um trabalho na atenção básica, ampliando a prática assistencial e fazendo mais e melhor o método clínico. A esse respeito, afirma:

Recordemos el valor incomparable del método clínico, que asegura una relación médico-paciente más humanizada, más solidaria, más gratificante para el paciente, más provechosa por sus resultados para el médico, pues le da más calidad a su trabajo con un menor costo al hacer uso racional de los exámenes complementarios y de los medicamentos (Rojas Ochoa, 2011, p. 365).

Cuba passou por algumas fases até chegar ao modelo atual em saúde, como inicialmente nos cuidados gerais na promoção da saúde diretamente e da saúde de forma não direta, como com a alfabetização e saneamento etc. Seguiu por uma segunda fase correspondente a década de 1970 e 1980, cujo foco concentrou-se em risco, com programações destinadas a grupos populacionais em relação à saúde-doença, processos associados a doenças mentais comuns, e em apoio à promoção da saúde integral e intervenções preventivas. E passou por uma terceira fase, sinalizada em 1991 pelo Ministério Cubano de Saúde Pública com um plano estratégico de objetivos, metas e diretrizes para a melhoria da saúde da população cubana em 1992-2000 (Spiegel & *et al.*, 2012).

Focada na saúde primária, com participação social e comunitária diante de necessidades espaciais locais, a saúde desenvolveu-se, e na frente das cortinas de uma

saúde brilhante, havia sua história de país revolucionário, enfraquecido, doente e excluído, como afirma Osa (2011, p.93):

Historicamente, desde o triunfo da Revolução de 1959, a ação da colaboração médica cubana internacional foi marcada, fruto do magistério de Fidel Castro, pelo atendimento humano e solidário em resposta a necessidades de saúde de países que sofreram catástrofes e desastres naturais, com falta de pessoal de saúde para oferecer atendimento à população, ou por falta de condições de instalações médico-sanitárias para levar a assistência até lugares distantes.

O país teve que sair do caos por conta própria, agarrando-se nos sujeitos, seus maiores e melhores sustentadores de uma ilha sozinha, separada da modernidade, com escassos recursos tecnológicos comparados com países da América Latina e de países em pleno vapor do capitalismo. A margem do tal desenvolvimento do século enfrenta com garra, força, desejo político e humanização das formas gerais de atenção e cuidado, as pessoas são a riqueza do país.

Sem fins lucrativos, baseada na qualificação da saúde da população, essa saúde cubana não ficou por si, ela compartilha o que tem fora de suas fronteiras, ela disseminou-se por várias partes do mundo, 40 mil trabalhadores de saúde estão em mais de 68 países. Em especial, os médicos cubanos realizaram uma colaboração nos programas de Aliança Bolivariana, beneficiando pessoas com problemas de visão, um reconhecimento da solidariedade médica por um mundo mais justo e igualitário. Ainda segundo Osa (2011), Cuba difunde país a fora a visão social e vocacional de profissionais que compartilham o saber científico no mundo onde prevalece a injustiça.

Aqui chegou a representação de Cuba, o Programa “Mais Médicos”. Programa instituído pela Lei N.º 12.871 de 22 de outubro de 2013 teve como objetivo a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, especificadamente, resolvendo os problemas na assistência médica da atenção básica de saúde (Garcia, Rosa & Tavares,

2014). Foi criticado fortemente por entidades médicas como “vocação escravagista” do Brasil que faz uso de uma medicina duvidosa (Amador, 2014), como forma autoritária e de descaso   saúde (Ribas, 2013) e uma forma falaciosa de tentar resolver grandes gargalos da saúde brasileira, que são a ausência de infraestrutura e de gerenciamento eficiente; também há falta de recursos financeiros, de interesse sincero e de sensibilidade dos governantes (Salles, 2013).

No entanto, o programa baseia-se na redistribui o de profissionais por equipamento de saúde, o que gera controvérsias na sociedade brasileira, visto que retratos estatísticos do sistema de saúde evidencia m  rela o médicos por habitante no país. Conforme o Ministério da Saúde, o Brasil tem um  ndice de 1,8 médicos/mil habitantes, sendo usado como base o  ndice do Reino Unido (referência em saúde pública na aten o básica), que é de 2,7 médicos/habitantes (Brasil, 2013; Garcia, Rosa & Tavares, 2014). Nesse sentido, seria uma soluço em curto prazo para solucionar demandas existentes, e a longo prazo seria o trabalho intensivo na forma o do profissional médico, com mais cursos formadores e melhor qualifica o das universidades e residências.

Sobre este tema o Brasil vive um momento de debates de “mais”: mais saúde, mais qualidade, mais civilidade (Pereira, 2013). Uma forma o mais direcionada para as políticas de saúde pública brasileira já vem sendo desejada, investimentos em infraestrutura e melhoria das equipes seria um trabalho para anos à frente. Mas a saúde precisa de hoje. As vagas preenchidas pelo programa são comumente de difícil preenchimento, em locais distantes, sem acesso e redes de aten o e onde profissionais recém formados não querem ir, com seu status sócio-econômico privilegiado que o permitiu acessar boas escolas e cursinhos pré-vestibulares e, por isso, adentrou nas poucas faculdades de medicina no país. Claro que a realidade vem modificando com as atuais mudanças no sistema educacional do país, um avanço no fim do túnel.

Campos (2013a), em meio a estas discussões, faz uma análise da situação de atual de saúde do país e a relação com a importação de profissionais médicos. O que ele diagnosticou foi a necessidade de avanços em termo de reavaliação dos parâmetros curriculares para os estudantes saírem preparados para uma atenção a família e ampliação da formação em rede de faculdades públicas, e não privadas como tem sido cada vez mais estimuladas em todo país. Observando que quase 25% dos brasileiros fazem uso de serviços de saúde privatizados, logo ficou direcionado que quase 55% dos profissionais médicos são absorvidos pela rede privada. Então, concluiu: “*falta SUS*”. Falta um sistema que não coadune com contratações emergenciais, tratando a ferida só assoprando. Tem-se que cuidar em ampliações de faculdades públicas, não as privadas, de residências médicas com estágio na atenção primária, de tempo normalizado de formação médica de seis anos, não de oito, como pensado, cuidar, enfim do profissional reforçando o caráter integral e humanista de quem vai trabalhar com gente, não máquina. Falta um SUS que foi proposto como modelo organizacional para a escolha brasileira de “*direito universal a saúde*”. E completa sua crítica:

Falta enfrentar o entrave do subfinanciamento... Falta realizarmos uma radical reforma do modelo de funcionamento da assistência à saúde em geral e da assistência médica em particular... O SUS é uma adaptação tupiniquim da tradição dos Sistemas Públicos e Universais de Saúde que surgiram na Europa a partir da segunda metade do século XX. Estes países inventaram a atenção primária com base em médicos e enfermeiros generalistas, encarregados do atendimento clínico e preventivo de toda a população e não somente dos pobres. Os hospitais e especialistas funcionam articulados, integrados, em rede com a atenção primária. Os serviços de urgência e de saúde coletiva são complementares... Falta, vale insistir, uma ampla e generosa política de pessoal: repensar a formação, carreiras com responsabilidade, condições de trabalho adequadas, e educação permanente. (Campos, 2013a, p.3)

Nesse caminhar, construções e ideações são sempre bem vindas. Assim, observando que a sociedade vem desistindo do SUS pela crescente fragmentação e perda de eficácia (Campos, 2011), Gastão Wagner de Souza Campos entende que o SUS

caminha para uma nova proposta, por ele intitulada de “*SUS Brasil*” tornando o SUS uma autarquia pública, como tem divulgado por meio do artigo intitulado “*Faltam R\$ 55 Bilhões por Ano na Saúde*”, publicado no jornal *O Globo*, bem como nas entrevistas concedida à Revista da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, matéria intitulada como “*O Desenvolvimentismo não nos Protegeu*” e na Revista a Região e Redes “Regionalização é o futuro do SUS”, todos em 2013 (Campos, 2013b, 2013c, 2014; Menezes, 2014).

Este seria um modelo de gestão tripartite, com organização federal, estadual e municipal e seria uma alternativa para os problemas das privatizações e a burocracia do sistema atual. O “*SUS Brasil*” enfrentaria a fragmentação existente no SUS, minimizando as barreiras para a assistência qualificada e para as reais necessidades de saúde de cada região do país. As bases da autarquia seriam as regiões de saúde, não os municípios, precisaria de autonomia do poder executivo e constituiria sua política pessoal bastante unificada, com diretrizes nacionais e carreiras nas grandes áreas de saúde como atenção básica, atenção especializada hospitalar, vigilância à saúde, urgência e emergência, etc.

Sua concretude não traria gastos a mais para os cofres públicos, visto atender as necessidades regionais, entretanto diagnosticaria os entraves existentes em usos irracionais das verbas. Além do mais, seria uma implantação construtiva, através do Conselho Nacional de Saúde, com força para ir, por exemplo, para uma Conferência de Saúde, como houve na VIII Conferência em 1986.

Embora haja uma legislação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP para combater a fragmentação com SUS, e a proposta de gestão executiva regional, isto não resolveria os problemas de fragmentação atual dos entes da federação, nem da fragmentação entre público e privado existente entre hospitais, principalmente com as seguidas contratações de serviços prestados que só agrava o caso. Entretanto, a

autarquia teria um secretário regional de saúde, indicado pelos municípios e secretaria estadual, capacitado para tal, bem como teria suas decisões tomadas por consenso, onde as gestões tripartites, bipartites, conselhos regionais e municípios teriam poder de veto, e, portanto, todos tomariam decisões e participariam dos planejamentos em saúde. Segundo Campos, é um movimento para construção de um sistema mais integrado, forte e que atenda as reais demandas da sociedade.

Entendendo a realidade brasileira, dentro do histórico de desigualdade na distribuição de saúde, foi preciso advir algo que pudesse reconhecer essas disparidades sociais e de saúde e que reforçasse a necessidade de uma saúde para todos, dita no SUS, mas sendo de qualidade, responsável, acolhedora, mais humana (Campos, 2013b).

## **1.2 Caminhos da Política Nacional de Humanização (PNH)**

Historicamente a terminologia “humanização” teve sua primeira menção no campo da sociologia médica norte americana com Howard (1975), que relacionou a desumanização com a noção de que pessoas são tratadas como coisas (*people as things*). Nesta visão, os sujeitos não eram reconhecidos como pessoas, mas como coisas, objetos, sem sentimentos e sensações (como dor, medo, raiva, ansiedade). Tudo era desconsiderado, acarretando em impessoalização e inexistência de relações afetivas (Salim, 2014).

De acordo com Rios e Schraiber (2014), na década de 1940 o modelo hegemônico de hiperespecializações da medicina predominava com avanços tecnológicos, auxiliando na cura e tratamento de doenças, deixando à margem o aspecto de áreas humanas na composição da biomedicina. Tal movimento auxiliava na compreensão da necessidade de

inserir os aspectos psicossociais ao modelo biomédico, tornando as áreas técnico-médicas mais sensíveis as questões emocionais e subjetivas.

Segundo o dicionário Aurélio, o termo “humanização” advém de “humano” que demonstra uma pessoa bondosa e humanitária, fazeres ligados ao paternalismo e ao assistencialismo. Esse termo tem sido bastante utilizado nas últimas décadas na área das políticas públicas brasileiras como forma de mudança nos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, indicando um novo relacionamento e entendimentos dos sujeitos, observando o humano na sua capacidade singular e inseparável construída sócio-culturalmente.

O termo humanização tem origem do latim *humanus* e uma pessoa humanista pode ser considerada aquela que dá valor às questões da vida e valores humanos. Considerado com raízes na Grécia Antiga, o humanismo foi marcado com preocupações em épocas de Renascimento e Iluminismo e teve em Sócrates a marca do nascimento da temática, uma vez que ele foi condenado à morte por colocar em dúvida a existência dos deuses, refletindo sobre os problemas humanos. Também teve origem estóica que contribuiu com as ideias humanistas pela forma de ver a natureza, a solidariedade e a felicidade. Cícero, um dos grandes estóicos, elevou o humanismo a um patamar mais elevado na filosofia quando sintetizou: “para a humanidade, a humanidade é sagrada”. Assim, tanto Sócrates como Cícero foram revolucionários, concebendo a ideia de que os seres humanos são responsáveis pela sua vida e não os deuses (Deslandes, 2006).

No Renascimento, o humanismo segue dando relevância ao viver com prazer e usufruindo coisas boas. As artes e conhecimento tiveram transformações com sensibilidade para o humano e a beleza das formas, tendo em Leonardo da Vinci um grande símbolo dessa época. No Iluminismo, século XVIII, consagrou-se as ideias do Renascimento com a liberdade de expressão e tolerância religiosa. Voltaire foi a grande

expressão da época, visando o esclarecimento e a razão. Nesta época nasceu a Declaração dos Direitos Humanos na qual a sociedade europeia consagrou a liberdade, fraternidade e igualdade, um legado para a humanidade (Deslandes, 2006).

Em épocas de pós-industrialismo, as questões mais centrais era a ciência e a técnica, levando a um retrocesso do posto do homem, com o menosprezo da subjetividade e das emoções. Segundo Deslandes (2006), o lugar da Medicina reforçou o desinteresse pelo enfermo e sua condição daquele que espera, a pesquisa científica preocupada com o cuidado somente com o corpo humano e o plano do capital e do negócio lucrativo.

Aplicavelmente, Deslandes (2004) afirma que é um termo bastante utilizado nos últimos anos mediante várias ações em saúde que acoplam os aspectos subjetivos, mas não existe uma definição clara que retrate um fazer técnico respaldado em aspectos psicossociais e globais dos sujeitos. Para Fortes (2004), o termo pode estar sendo utilizado mais fortemente nos últimos anos, mas o fato é que a humanização tem modificado consideravelmente suas iniciativas mediante as lutas pelos direitos dos pacientes, com as várias proposições governamentais realizadas a partir do final da década de 1990.

Na área de saúde, a humanização refere-se a práticas comprometidas com a produção de saúde de forma otimizada e uma produção de sujeito (Campos, 2000), atendendo as suas necessidades e de todos aqueles envolvidos no processo de saúde, sejam eles usuários, familiares, trabalhadores ou gestores. Desta forma, passa a ser entendida como forma de dignidade e respeito ao ser humano, enfatizando as questões éticas, culturais e, sobretudo, subjetivas (Deslandes, 2005; Vaitsman & Andrade, 2005).

Para Benevides e Passos (2005a, 2005b, 2005c), a humanização é o próprio processo de produção de novos territórios existenciais, mais que a retomada ou valorização da imagem idealizada de homem. Ainda neste tocante, vários autores pesquisaram as diversas concepções da humanização, como pode ser demonstrado:

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 nessa lógica. (Deslandes, 2004, p.11)

A humanização como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa nos “maus-tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas. (Deslandes, 2004)

Para entender sobre essa temática, Seoane (2012) averiguou discursos de profissionais no contexto ambulatorial e de PSF sobre a percepção da humanização. Em análise do tema, a autora observa as seguintes percepções:

- **Percepções sobre humanização exclusivas dos ambulatórios** – Autonomia, alteridade, trabalho em equipe, avaliação de risco, acesso ininterrupto,
- **Percepções sobre humanização exclusivas da ESF** – Respeito à privacidade, vínculo, cuidado, prevenção e promoção da saúde e
- **Percepções sobre humanização exclusivas dos ambulatórios e ESF** – Integralidade, direitos dos usuários, relação entre profissionais e usuários, valorização profissional e ambiência.

Neste estudo, observamos que a humanização esteve mais ligada a integralidade das ações e as práticas entre todas as categorias na produção do cuidado. Ao mesmo tempo reforça a ideia que a humanização tem o papel de sensibilizar trabalhador e usuário, proporcionando respeito e responsabilidades mútuas.

Enfim, são percepções diversas e fragmentadas, sem um fio condutor único que possa nortear uma definição clara e objetivamente a práxis, demonstrando que a conceituação sobre a humanização é imprecisa e ampla como retratou Deslandes (2004).

Deslandes e Passos (2005a) apontam que a proposta da humanização chegou como forma de efetivação do SUS, mas não deixou claro um conceito único para a todos pudessem se nortear, causando uma imprecisão na conceituação dos sujeitos. Assim, afirmam:

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (Benevides & Passos, 2005a, p.390)

No contexto histórico brasileiro, a temática da humanização surgiu em meio a movimentos políticos no Brasil, com as Leis 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8142/90 que desencadearam a obrigatoriedade de fazer valer a saúde para todos, como retratava a Constituição de 1988.

Com a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2000, intitulada de “*Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*”, a humanização passava a ser mais visualizada, mais em termo de nomenclatura que metodológico e conceitualmente, na tentativa de aproximar as ações de saúde às necessidades de um, cuidado especial ao usuário com garantia de acesso, qualidade técnica e com resolutividade.

Em 2001, o Ministério da Saúde formulou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de aprimorar as relações entre

profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (Brasil, 2001). Tentou dar relevância a dimensão subjetiva e apontou para uma reorganização dos hospitais públicos para condições mais adequadas de atendimento ao usuário. Foi um programa que tentou promover uma nova movimentação cultural das condições no atendimento à saúde no Brasil e reforçar o binômio “tecnologia e fator humano” (Brasil, 2001). Neste momento, insere-se a humanização na saúde que, segundo Pasche (2014), ganha força com as discussões de Eliane Ribas, Gastão Wagner de Souza e Regina Benevides, no final de 2002, na tentativa de melhorar a assistência hospitalar.

Segundo Deslandes (2004), essa “mudança cultural” seria qualquer alteração na cultura de forma lenta ou gradual ou total (rara) e não poderia vir somente com cursos de capacitação aos profissionais, e sim com mudanças a nível organizacional, bem como na mentalidade dos profissionais de saúde. Viria, pois, com *“um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”* (Ayres, 2005, p.550). Ou seja, a humanização precisa de um equilíbrio entre o que já se tem das tecnociências com os projetos associados de felicidade dos indivíduos e comunidades em geral.

Com a PNHAH dissemina-se a reflexão sobre boas práticas de saúde dependentes de sujeitos em diálogo e profissionais em processo constante de “comunicabilidade”. Assim, ancorada na linguagem como referência para a humanização, a PNHAH não problematiza as relações sociológicas de algumas impossibilidades comunicacionais, como os jogos de relações de poder, de gênero, de status que devem ser levadas em conta no estabelecimento dessa comunicação no cotidiano institucional. Reconhece a questão positivista da objetividade como uma impeditiva da comunicação para a humanização (Deslandes, 2004).

Não obstante a essas construções, a referida autora observa ainda conjecturas teóricas no *Manual* não tão humanizantes de atenção com compaixão, com promoção de felicidade e busca de informações básicas dos usuários e afirmou que “*para pensar as (im)possibilidades comunicacionais entre os sujeitos na organização hospitalar é preciso pensar a própria cultura organizacional*” (Deslandes, 2004, p.12).

Questões como estas precisariam ser melhor analisadas, reforçando que os meios para alcançar a nova cultura em saúde baseariam em “tecnologias leves”, comprometidas, autônomas e bem assistidas, como arsenal em saúde. Que tecnologias são essas? São ferramentas humanas em ação que produzem vínculos, acolhimento e gestão na produção do trabalho e são necessárias para uma reestruturação produtiva na saúde. Para Merhy (2003), a transição tecnológica em saúde é caracterizada pela mudança nos modos de produzir saúde, impactando nos processos de trabalho.

Deslandes (2004) remeteu a ideia da comunicação-linguagem da PNHAH com a perspectiva gadameriana de hermenêutica, compreendendo que a linguagem é o elo para análise dos significados e é o que forma o homem como ser de relações: a linguagem é a “casa-do-ser”. O mundo só é mundo para os homens pela existência da linguagem. Então, só haveria humanização com a existência de comunicação, garantindo a palavra à dignidade ética, pois é através desta que os sujeitos expressam seus sentimentos, percepções, prazeres e desprazeres que só tem sentido de expressão se for reconhecida pelo outro, em construções de discursos (Ayres, 2005). A humanização necessita da ligação entre o ouvir e o falar, “as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes” (Oliveira, Collet & Vieira, 2006, p.281).

Reforçamos, nessa direção, a colocação de Ayres (2005) quanto ao sentido da humanização e sua relevância para a subjetividade.

Isto é, a humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2005, p. 550)

Assim, com a PNHAH, reconhece-se uma das primeiras aproximações da humanização na saúde tendo o foco no sujeito, ganhando força nos anos seguintes (...) *as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento* (Brasil, 2000, p.5).

Após a implantação da PNHAH, outras iniciativas também foram dirigidas pelo Ministério da Saúde para ampliar o campo da humanização na busca da qualidade na atenção ao usuário, como a Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Humanização da Assistência Obstétrica (Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher), 2001, dentre outros. Nestes programas, a humanização estava sendo trabalhada apoiando a ideia de qualificação e a satisfação com o usuário.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) para dar efetividade aos princípios do SUS, na equidade, integralidade e universalidade, tentando fortalecer as práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e favorecendo trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2004a). A PNH, então, adveio da evolução do PNHAH, esta que já trazia uma discussão de uma saúde diferente que vinha sendo colocada desde 1998 e que foi uma proto-ideia de humanização para a PNH. Tornou-se programa em 2000, foi aperfeiçoada

em 2003 e teve como base idealizadora Sérgio Arouca, Gastão Vagner da UNICAMP (no campo de gestão) e de Regina Benevides (no campo da subjetividade), parceria importante para as políticas públicas da PNH e das políticas pública em geral. Ambos articulam e potencializam a gestão do SUS para o desenvolvimento e ampliação das questões de saúde e gestão e inserem o tema da subjetividade como essencial para transformação social em saúde (Benevides & Passos, 2005b).

Para além de uma proposta de ação diferenciada na saúde, a PNH traz consigo uma reflexão norteadora de fazeres em saúde pública, sendo mais que um programa, senão uma política que opera transversalmente nas diversas instâncias de saúde, ultrapassando fronteiras em diferentes áreas do saber/poder (Brasil, 2004a). Uma política que agregava novos conceitos e modos de fazer, e que requeriria novos recursos. Explicita-se, aqui, a conceituação de transversalidade como traduzida por Passos (2014): *“colocar lado a lado os diferentes. É lateralizar a diferença que pressupõe uma certa aposta de gestão do comum: criar um espírito de comunalidade e entender que esse comum, doravante, não pode ser entendido como o “um” do homogêneo, na unificação uniforme, mas o “um” do artigo indefinido, como garantir saúde para qualquer um, como entender que o plano traçado pelo SUS é um plano da comunalidade ou o plano do comum, que significa que há uma diversidade nesse campo que deve garantir o acesso a qualquer um”*.

Tem a proposta de transformar processos de trabalho e modos de gestão em saúde e oportuniza o encontro de coletivos de trabalhadores, usuários e gestores para um fortalecimento de sujeitos críticos, construindo em seus lugares novos olhares em saúde, ocorrido na sua micropolítica (Garcia, 2014). A PNH dá oportunidade aos sujeitos de fazer novos modos de ação, através de espaços construídos em redes, de conversação, garantida nas relações, usando linguagem popular dos usuários, construída por e para eles.

Enfim, é uma política cujo o desafio é manter contatos e relações em prol de um fazer diferente, na qual humanizar os homens já não é o foco, já o são, mas as relações de atenção e gestão, pois estas podem ser duradouras.

Assim a PNH norteia modos de operar entre trabalhadores e instâncias de saúde, mesmo sendo observado que há fragilidade nas relações profissionais e nos usuários quanto ao lado subjetivo ligados aos aspectos de saúde. A humanização como política transversal produziria mais que saúde, senão sujeitos capazes de agir ativamente, em redes coletivas de saúde, trocando experiências e o fomentando protagonismos (sujeitos ativos e criativos), sujeitos corresponsáveis pelas práticas de saúde dispostas para si e para os seus e que possam transformar suas realidades sociais e de saúde (Brasil, 2004a).

A humanização na PNH seria uma base estruturante para as políticas públicas, estas que foram fruto de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira por uma distribuição mais igualitária dos serviços de saúde e que seguem os princípios da Constituição Brasileira de 1988, apostando na universalidade do acesso como direito a saúde de todos, sem excluir nem estranhar, na integralidade do cuidado, observando os sujeitos de forma única, global, singular, holístico e na equidade das ofertas de saúde.

Como se pode observar, a humanização veio ganhando espaço nas políticas públicas e o Ministério da Saúde afirma:

É nesse ponto indissociável que a humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS no cuidado à saúde implica mudanças na cultura da atenção ao usuário e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir direitos dos usuários e seus familiares, é estimular que eles se coloquem como protagonistas do sistema de saúde através de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (Brasil, 2004a, p.07)

A humanização, então, foi conceituada como “*como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva*” (Brasil, 2004a, p.7). É uma proposta de qualificação dos vínculos profissionais-usuário na produção de saúde e baseia-se numa aposta ético-estético-política: ética porque pressupõe a valorização suprema da vida; estética porque constrói caminhos que regulam a vida e os processos de saúde e subjetividades dos sujeitos e política porque é na polis que os processos sociais acontecem e onde precisa haver organização social para se operar as ações realizadas.

Assim, a PNH trata-se de uma política aberta, construída no cotidiano, pelo coletivo heterogêneo para ampliar o diálogo em torno de princípios, diretrizes e dispositivos. Está no caminho do que referiu Paim (2003) ao SUS, é uma engenharia em construção, e a PNH é uma “re-engenharia do verdadeiro humanizar”.

Por princípios entende-se que são bases constitutivas que impulsionam movimentos nas políticas públicas (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009). No plano da PNH, baseia-se nos seguintes princípios norteadores: “1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (Brasil, 2004b, p.9).

Utiliza-se de Diretrizes para sua implementação, sendo estas orientações gerais de determinada política para inclusão dos atores na gestão dos serviços (Santos Filho, Barros & Gomes, 2009). Dá relevância para o diálogo entre usuários trabalhadores e gestores, grupos de trabalho, clínica ampliada, sensibilização de equipes na questão da violência, da relação saúde-cultura local, gestão participativa e colegiados, implementação de sistema de comunicação e informação e educação permanente, defesa dos direitos dos usuários e ambiência (Brasil, 2006b).

Estas diretrizes se materializam nos serviços de saúde através de Dispositivos diferenciados para melhorar a atenção e as práticas de saúde. Estes dispositivos são arranjos de elementos, que podem ser material (como um manual) e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) através do qual se potencializa um processo. É uma poderosa arma que o coletivo tem para combater modelos da atenção e gestão que vão de encontro ao preconizado pela PNH. A construção destes dispositivos envolve sujeitos coletivos em suas práticas territoriais visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

São dispositivos da PNH:

- 1) Acolhimento com classificação de risco;
- 2) Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- 3) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- 4) Projetos de Construção Coletiva da Ambiência;
- 5) Colegiados de Gestão;
- 6) Contratos de Gestão;
- 7) Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
- 8) Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico;

9) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa,

10) Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde e

11) Grupo de Trabalho de Humanização.

Para Santos Filho, Barros e Gomes (2009), a PNH é um

“aporte e articulação de um conjunto de referenciais e de instrumentos, que tem como finalidade maior estar em meio aos processos de trabalho, no movimento de sua constituição, buscando ajudar a desequilibrar seus arranjos e produzir desvios nas relações instituídas, instigando novas composições, outras possibilidades de ser e trabalhar no âmbito da Saúde”. (p.605)

Assim, o MS propôs uma ideia de rede em saúde, construída pela conectividade que as ações tem entre si, com um processo de trocas contagiantes, uma verdadeira rede comprometida com a vida. Com essa ideia, nasce o conjunto de iniciativas da Rede de Humanização em Saúde (RHS), abrindo portas para as ações de programas de humanização. As redes em humanização são, portanto, os ambientes constituídos de sujeitos coletivos, agente plurais em saúde (Brasil, 2004; Passos, 2014).

São formas particulares de produção de saúde realizada por atores sociais espalhados em diversos níveis que possam agir em prol da efetivação do SUS, da qualificação das ações, do respeito ao outro, enfim, em prol da cidadania. A RHS dá visibilidade a uma atitude humanizadora nas ações, destacando que o aspecto subjetivo deve ser reforçado em todas e quaisquer práticas em saúde (Brasil, 2004).

Da RHS foram criados Cadernos que norteiam e levam a reflexões sobre fazeres, práticas, bem como a formação em saúde, a humanização na atenção básica e na atenção hospitalar. No primeiro Caderno (Brasil, 2010a), a temática trazida foi sobre a formação e intervenção em saúde, como tentativa de produzir mudanças concretas nas práticas em saúde, não apenas sensibilizações, passageiras e pouco profundas, mas uma formação

capaz de trazer à tona o que a humanização pode fazer nas vidas dos sujeitos, mudando modos de gerir e de cuidar (Brasil, 2010a). Assim, idealiza-se que novas formações em saúde tenham a base a construção de sujeitos e a produção de saúde de forma transformadora e que reverbere isto na intervenção de cada profissional, acarretando em uma formação potencializadora de coletivos habilitados a um fazer diferenciado (Brasil, 2010a).

Essas formações seriam o “incluir”, incluir os sujeitos nas ações em saúde, no planejamento, na implementação e avaliação. É sair dos lugares de conforto e participar mais ativamente, expressando-se, comunicando-se, ampliando redes de alcance. Isso porque a PNH também é um processo de inclusão de redes sociais, onde cada um tem perspectivas diferentes e esse encontro faz haver harmonia, sintonia, uma produção conflitiva, um incômodo que leva o movimento de reflexões. Eis, aqui, o Método utilizado pela PNH, o Método da Tríplice Inclusão, onde sujeitos participam no planejamento, implementação e avaliação dos processos de saúde e formação do trabalhador (Pasche, 2014).

Portanto, a formação em saúde chega à Política Nacional de Humanização de com teor disseminador de modos de agir que atinjam os processos de trabalho onde os agentes se encontram e se incluem. Para além das práticas, a intenção foi também que a formação em saúde produzisse subjetividades capazes de formar um movimento pela humanização mobilizando e mudando os serviços e as práticas de saúde (Brasil, 2010). E a inclusão do valor do “sujeito-agente” explicita o “um comum no coletivo” que está implicado em novas práticas de saúde, aquele que age, opera e constrói a si e os modos de viver.

Neste sentido, Passos (2014) retrata uma questão importante que precisa ser trabalhado na formação em saúde: a hierarquização e o corporativismo, maneiras hegemônicas, resquícios do modo antes PNH, onde as falas e trocas são circuladas de

maneiras restritas entre categorias específicas. A organização de saúde precisa de uma mudança no *status quo* do seu funcionamento, precisaria de um “*emparelhamento de códigos*”: colocar lado a lado os diferentes, categorias diferentes juntas em um plano pela comunalidade. Para o referido autor, a formação para o SUS se faz pela construção de sujeitos críticos habilitados a gerir o comum. Seria necessário formar sujeitos que possam extrair de situações de crises e/ou problemas adversos e modificar seu modo de fazer.

O segundo Caderno foi voltado para a Atenção Básica, reconhecendo o seu papel potencializador de ações em saúde nos territórios. A atenção básica lida com realidades distintas e tenta fazer com que os princípios e diretrizes do SUS e o próprio método de humanização seja eficaz. Claro que isso depende de equipes de saúde, unificadas, fortalecidas para enfrentar as necessidades adversas de saúde e para agir concretamente nos condicionantes do processo saúde-doença de suas áreas, de forma que a Política Nacional de Humanização seja aporte de reordenamento de processos de trabalho destas equipes (Brasil, 2010b).

Já o terceiro Caderno foi direcionado para atenção hospitalar, esta que representa uma das áreas mais discutidas e que concentra maior parte dos recursos e serviços ofertados de média e alta complexidade (Brasil, 2011). A Política Nacional de Humanização entende a representação que os hospitais têm na sociedade brasileira, que perpassa os meandros da saúde, senão por questões também sociais, culturais, assistencial, de emprego e pesquisa.

Na XIV Conferência Nacional de Saúde em 2012, a proposta de tornar as práticas de saúde mais humanizadas foi novamente pontuada, fosse pelo fortalecimento da Política Nacional de Humanização no SUS e sua expansão para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Previdência Social “pelo direito à saúde e à seguridade social” ou mesmo pelo fortalecimento das políticas já existente de humanização que valorizassem os

trabalhadores de saúde, fortalecendo a educação permanente, para a humanização da atenção e a corresponsabilização na relação profissional-usuário do SUS.

Nesse sentido, o tema da humanização vem sendo abordado em diversos setores e programas de saúde. Pesquisas divulgam ações de humanização sendo realizadas em áreas específicas com na psicologia (Heckert, Passos & Barros, 2009; Santos Filho, Barros & Gomes, 2009; Silva, Sá & Miranda, 2013), na enfermagem (Casete & Correa, 2012), fisioterapia (Lopes & Brito, 2009; Condrade, Aprile, Paulino, Karsch & Bataglia, 2015), na odontologia (Lima & Souza, 2010; Mota, Santos & Magalhaes, 2013), na própria área médica (Ayres, 2013; Rios, 2010), na nutrição (Moysés, 2003; Pedroso, Souza & Sales, 2011), na música (Seki & Galheigo, 2010) e em tantas outras áreas na saúde e demais áreas onde possa haver relações humanas e a necessidade de lidar de forma singular entre os sujeitos.

São práticas em contextos específicos, de saúde da mulher, do homem e da criança, em espaços de atenção básica (Trad & Rocha, 2011), NASF (Azevedo & Kind, 2013; Leite, Andrade & Bosi, 2013) e CAPS (Dimenstein, 2004; Reis, Marazina & Gallo, 2004) definidos e normatizados por instâncias longínquas das realidades desses grupos e espaços de saúde.

Isto seria o que Benevides e Passos (2005a) afirmam de “modismo”, com práticas em saúde cada vez mais padronizadas e modos de fazer chamados sintomáticos, paralisado, dividido em áreas e níveis de atenção e focadas no mercado e na qualidade dos serviços prestados ao cliente. O que os respectivos autores retratam é a deficiência conceitual e metodológica do que se chama humanização. Para estes, humanizar seria:

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, 2005a, p.391)

O necessário são práticas concretas de sujeitos que afetam e são afetados pelos seus movimentos coletivos, cuja mobilização tem o poder de transformar-se enquanto promotores de saúde e reconstrutores de realidades sociais e de saúde. Segundo Benevides e Passos (2005a), as práticas de saúde devem ser mais fortalecidas, sair da banalização de práticas individuais, deve-se rever conceitos e práticas humanizadas, trabalhando em equipes, em rede de saúde coletiva, buscando novas estratégias de ação mais descentralizada. Deve-se avançar, como indica Campos (2000), sair da mera intenção e propor saúde real, eficaz e humana, produzindo saúde e sujeitos autônomos e protagonistas no cuidar e gerir seus cuidados em saúde

Deve-se importar com os sujeitos em primeira instância, estes são o foco, e a saúde deles logo em seguida, visto que não há saúde nem reflexões respeitando-os e garantindo condições de trabalho aos operadores de saúde.

Com a PNH emerge a ideia de novos sujeitos e novos fazeres, mais que labores, formas de cuidar do outro de forma mais atenta, desde quem cuida a quem é cuidado, e aqui se insere o campo da gestão, pois também teria que ser introduzida como essencial para fazeres humanizados. A política de humanização, assim, é um caminho de ativamento, de energização que aciona os sujeitos a agirem de forma mais efetiva e responsável, participativa e geradora de reflexões de continuidades em saúde (Pasche, 2014), além de ativar a capacidade criadora e singular inseparável dos movimentos coletivos que constituem os sujeitos (Passos & Benevides, 2009).

O desafio da política da humanização é de sair da mera bondade terminológica e da escravidão de gênero, onde o feminino ocupa postos de cuidado; e de profissões, onde

determinadas profissões são mais responsáveis pelo cuidado humanizado que outras, como psicólogo/assistentes sociais etc. Sair do pensamento de bom tratamento, de ser respeitoso mera e simplesmente por tratar de pessoas, não basta, e identificar humanização com filantropia, ação humanitária ou religiosa também não era o caso (Benevides & Passos, 2005c). Era preciso novos fazeres, onde a gestão pudesse estar envolvida neste processos e onde sujeitos trabalhadores e receptores de cuidado pudessem interagir para fazer uma saúde diferente.

Era necessário reconhecer que a humanização por vezes funciona de forma sintomática, o que Benevides e Passos (2005a) chamam de sintoma que paralisa e produz sentidos já dados. Enquanto conceito-sintoma que a humanização teria, justificam:

É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem focar o cliente e “garantir qualidade total nos serviços” (Benevides & Passos, 2005a, p.390)

É preciso, portanto, que haja a inseparabilidade entre gestão e atenção. Produzir saúde é envolver os trabalhadores. Eles são gestores de seus próprios trabalhos e tem que se responsabilizar por eles, que inventam e reinventam o trabalho a cada dia. Os usuários fazem uso dos serviços de saúde e participam também responsabilizando-se pela sua própria saúde. O comprometimento da gestão é primordial para a universalização da atenção.

Que gestão se está tratando? A gestão que vai além de planos orçamentários e planejamentos econômico-administrativos que sirvam somente para regular a força e trabalho. A força de uma gestão fortalecida para um atenção especializada nas dimensões individuais de cada sujeito é o grande empenho da PNH. Assim, vê-se a possibilidade de

atenção equitativa que garanta a inclusão dos diferentes “eus” trabalhadores, usuários e gestores.

Seria uma mudança que pudesse condizer com um sistema público de saúde que garantisse acesso universal, equânime e integral para todos os cidadãos que na Constituição de 1988 reclama estes princípios. O texto de Benevides e Passos sobre a humanização como dimensão pública das políticas públicas trata disto: do movimento constituinte do SUS e do processo pelo qual o sistema público de saúde foi passando e através do qual a humanização se insere. Ora, a história da política pública brasileira manteve-se tradicionalmente tríplice, organizada de forma descendente, *Estado-governo-política pública*, em benefício do poder em vigor, do-e-para o Príncipe, de Maquiavel, e que foi refletida por Foucault para uma representação moderna do Estado. O novo pensar do poder seria a “*governamentabilidade*”, ou seja, o desbloqueio do governo “das coisas”, passando a uma arte de governar das-e-para as pessoas/famílias/casas (Benevides & Passos, 2005b).

Assim, a PNH apostou na organização governo-Estado-políticas públicas, sendo, neste último, onde se devem prevalecer as ações governamentais. Aí se resume a maior participação do público, da forma do coletivo, é uma expressão do público, da polis, do cidadão. Isso porque a humanização é um movimento das cidades, é um espaço que vai para além da saúde e não se resolve somente com portaria e institucionalização, mas com espaços cotidianos dos fazeres e práticas no trabalho (Benevides & Passos, 2005b; Pasche, 2014).

A PNH vem se desenvolvendo e desafiando para uma saúde melhor para todos. Na experiência concreta das ações, a PNH movimenta-se e constrói-se, como afirmou Varela (2003), por um “reencantamento do concreto”, encontrando nos caminho sujeitos autônomos e protagonistas. Uma construção no dia-a-dia do fazer em saúde. Como

retratam Benevide e Passos (2005c, p.406) quando tratam do enriquecimento das experiências cotidianas: *“Sim, a humanização é um conceito-experiência, um conceito-princípio, um conceito-síntese. É só pelo “re-encantamento do concreto” que o conceito de humanização deixa o domínio abstrato dos princípios para se atualizar como política pública agindo nos e pelos coletivos”*.

Um exemplo da movimentação e disseminação na época da concepção da PNH foi a criação do Prêmio David Capistrano que objetivou apresentar práticas criativas e inovadoras em saúde pública e recebeu aproximadamente 671 inscrições em duas semanas. O prêmio demonstrou o quão ativos e participativos os sujeitos do SUS passaram a se tornar, em um processo novo de usuários, trabalhadores e gestores, ampliando as possibilidades de gerenciamento dos serviços de saúde, para além do Estado. Foi uma demonstração do que essa política era capaz, de expandir por áreas diversas disseminando a reflexão de que todos podem e devem ser responsáveis por ações de saúde. Foi como um *“big ben em humanização”* que fez desenvolver de forma contagiosa o poder do contato, do círculo de diálogo e da participação responsável em saúde (Passos, 2014; Benevides & Passos, 2005b).

Segundo Pashe (2014), a PNH é uma política de inclusão de todos para todos, para falarem de sua experiência de serem trabalhadores de saúde, de falar das problemáticas de ser usuário de sua região. Não é falar somente, é falar e refletir do incomodo, do cuidar, da criação, de possibilidades de *“metamorfoses da PNH”*, ou seja, das possibilidades de contínua transformação que a humanização pode tomar mediante demandas e necessidades específicas, com novos e reflexivos fazeres na saúde de uma população.

A humanização na PNH é um devir, um constante aperfeiçoamento de práticas estabelecidas em cotidianos locais, às vezes regionais, as vezes nacionais, tudo depende

de qual cuidado se precisa: cuidar em saúde significa respeitar as singularidades, demandas individuais e sociais e atender os direitos quanto necessários.

E mesmo já havendo programas desenvolvidos na área de humanização, o questionamento continua: como humanizar? Como fazer essa metamorfose na saúde? Como transformar conjunto princípios e diretrizes em práticas cotidianas de cuidado? Humanizar os homens, estes que inclusive estão em momentos especiais, em situação de saúde, de cirurgia, dor, parto? São “comos” normativos exigidos pelo SUS, pois este precisa de políticas que digam o que é, o que faz, quais recursos, responsabilidades, metas, etc.

A questão não era mera e simplesmente humanizar, até mesmo porque as reflexões na época já vinham sendo discutidas em meio social, político e acadêmico. O tom da discussão da humanização era como fazer essa tal de humanização tão disseminada em alguns meios nas práticas cotidianas de cuidados. O desafio é fazer o cuidado, efetivá-lo. E para cuidar é preciso que pessoas estejam em sintonia com o fazer.

Neste sentido, um fazer com humanização não é um romantismo, que é tudo lindo, bonito, fácil de resolver. A sintonia que se requer na PNH são de todos os atores em saúde, unidos podem enfrentar as diversas situações reclamativas de um povo que sofre e quer resolver suas necessidades. Desta forma, a PNH foi uma iniciativa que propôs novas produções em saúde.

O que fazer com o estranhamento de tantos sujeitos quanto aos processos “desumanizantes”? A desumanização que usuários sentem quando são destratados, desrespeitados e vistos com insensibilidade; ao esperarem filas imensas sem nem serem avaliados; quando não encontram profissionais, para suas necessidades, quando estão em ambientes muitas vezes inapropriados e pouco acolhedores etc.

Vale aqui, tratar um pouco sobre a relação humanização-desumanização. Segundo Deslandes (2006), citado por Gomes e Schraiber (2011), a raiz da temática da desumanização está relacionada à relação desumanizadora entre médico-paciente. Uma relação de caráter impessoal e com insatisfação dos sujeitos em análise crítica desde a década de 1980, sendo avaliados dentro da prática médica, bem como em questões éticas. A partir de avanço da medicina social bem como produções internacionais e nacionais da época e das críticas a pessoalização e desumanização constituiu-se de um movimento crítico da humanização X desumanização na relação médico-paciente, este que adveio das décadas de 1970 a 1980 e avançou para um movimento teórico mais amplo que hoje retrata as práticas e serviços de saúde, baseando-se na integralidade da atenção e no cuidado em saúde como referenciais para sua análise.

As práticas desumanizadoras vêm sendo transformadas na contemporaneidade. Nesse tocante, Gomes e Schraiber (2011) entendem a dialética humanização-alienação como raiz de crises, baseando-se na ideia de alienação de Marx em que os homens reconhecem uma relação de reificação e estranhamento com seus produtos de forma tão autônoma que em determinado momento a situação sai do controle e produtores voltam-se contra produto.

Desta forma, afirmam:

Posto que o desenvolvimento da humanidade historicamente tem “caminhado sobre os trilhos” da dialética humanização-alienação, faz-se importante ressaltar o caráter ao mesmo tempo contraditório e unitário dessa bipolaridade, ou seja, a humanidade não tem se desenvolvido ora com caráter humanizador, ora com caráter alienador. Os dois aspectos opostos encontram-se tensamente unificados, e a complexidade gerada por essa tensão se expressa na concretude de diversos processos particulares da sociabilidade. (Gomes & Schraiber, 2011, p.346)

Trabalhar a relação humanização-alienação nunca pode ser isolada, sozinha, pois ela tem movimento, como humanização-ou-alienação, mas humanização-e-alienação, pois, somente assim, unidos, indissociáveis, polares e contraditórios, podem expressar a riqueza e contraditoriedade do real sob as relações sociais hegemônicas (Gomes & Schraiber, 2011).

As práticas desumanizadoras na perspectiva do MS são expressões reais de precárias condições de organização do trabalho e que a temática se desloca imediatamente para a questão de novas ofertas de formação profissional (Brasil, 2010).

É uma temática também bastante debatida no meio acadêmico. Segundo estudo de Silva, Chernicharo e Ferreira (2011), corroborando a concepção de sociedade antagônica de Luckacs, retratam que o tema da humanização emerge justamente na observância do seu contrário, a desumanização. Está que pode ser desde uma insensibilidade no atendimento, até mesmo a desvalorização do sujeito, a ausência de reciprocidade, o isolamento das pessoas, não respeito às diferenças, ou mesmo comunicações inadequadas, uso de apelidos e rótulos. Compreender a humanização é respeitar as singularidades dos sujeitos, visto suas idiossincrasias.

A PNH compreende a diversidade dos sujeitos, estes que são plurais e diversos espalhados em todo o Brasil. São tamanhas as diferenças que é fácil surgir o tema do não acolhimento do sofrimento do outro. Então, a PNH é uma política ontológica que trabalha os sujeitos nas suas diversidades. A PNH tenta fazer um movimento de mudança para melhorar e produzir uma saúde diferente, um movimento de força conjunta entre equipes, serviços, gestores trabalhadores. Mas um fazer em ação no trabalho, porque não há humanização senão na experiência das relações de trabalho e neste, pensa-se em ações de coresponsabilização, onde trabalhadores tem o poder do “sim”, ele pode falar da experiência de ser trabalhador de saúde nos seus locais de trabalho (Pasche, 2014). Falar

na roda de suas vivências, o que pensa e suas ideias de caminhos a seguir. Assim, pode ser possível inseri-lo nos planos de trabalhador como alguém capaz de pensar e resolver suas questões no trabalho.

Assim, é preciso fazer saúde para todos, da criança ao idoso, em quaisquer casos que se precise de cuidado, por conseguinte, de atenção e de uma boa gestão. A PNH é uma política de ativamento de conversas, de projetos, de programas colocando as pessoas em contato, um chamamento de reconhecimento de que a PNH é uma política ativa nos territórios e suas bases podem ser utilizadas em programas do governo. Sendo uma política transversal, o SUS ganha legitimidade, produzindo qualidade na atenção, cuidado e gestão para quem trabalha e para quem é cuidado no SUS (Pasche, 2014).

Mais recentemente, a PNH vem sendo discutida para redefinição de arranjos e novas pactuações de estratégias (Brasil, 2015). O momento está acalorado pelo receio de mudanças bruscas e encerramento de ações que já sendo realizadas pelo MS. Desta forma, há, sim, temores quanto às novas definições que a PNH tomará, visto ser um momento de mudança e readaptações. Entretanto, o MS vem transmitindo que está em fase de composição de novos arranjos, de potencialização da Política, com objetivo de “transversalizá-la às diversas políticas públicas nas regiões de saúde, território VIVO de construção de subjetividades, e sobretudo, do cuidado em saúde”.

Assim, o momento atual é de análise das duas dimensões da Política da PNH: 1) O apoio aos estados e municípios nas regiões de saúde com forte capilarização da PNH; 2) arranjo de gestão compartilhada que garantia a continuidade do capital simbólico da PNH, com forte indução na produção de conhecimento e tecnologias na gestão do cuidado com foco nas regiões de saúde. E mais recentemente o Coletivo Nacional da PNH reuniu-se para discutir esses arranjos no que tange a integração de políticas e áreas do Ministério da Saúde e sua interface com:

- *“O plano de trabalho dos Apoiadores Descentralizados e Referências Estaduais para o apoio, com foco nas regiões de saúde e RAS, articulando-o às demandas que diferentes serviços nos territórios têm feito à PNH;*
- *As demandas oriundas de áreas do MS, bem como à demanda da própria SAS, de que a PNH possa contribuir para a integração de áreas e políticas no MS”*  
(Brasil, 2015)

Mesmo com as atuais mudanças quanto aos caminhos da PNH, o caso brasileiro segue em busca de tornar a saúde mais sensível, humana, acolhedora. As políticas públicas são meios pelos quais a sociedade precisa se nortear para fazer uma prática eficaz, correta e de acordo com as necessidades da sociedade. Entretanto, faz-se necessário compreender que a PNH surgiu para suprir a falta de atenção equitativa e de qualidade para todos e, portanto, não resolveria as questões históricas de uma medicina capitalista em um país com severas desigualdades (Brasil, 2015).

## **CAPÍTULO II**

### **O TRABALHO EM SAÚDE E O USO DAS TECNOLOGIAS DO CUIDADO: FORTALECENDO AS TECNOLOGIAS RELACIONAIS**

Mais que espaços de máquinas e engenharias modernas de aço e equipamentos, os ambientes de trabalho são espaços de vivências entre sujeitos que se relacionam e trazem consigo suas histórias e suas configurações subjetivas.

Assim, continuo esta parte do estudo após apreciar a história das políticas públicas brasileira e o processo de constituição da Política Nacional de Humanização, contemplando o atual processo de reestruturação da PNH diante das atuais mudanças técnicas-políticas do país. Tento, neste momento, navegar sobre a temática de processos de trabalhos e, especificadamente, o trabalho em saúde.

Neste sentido, entender o trabalho em saúde é essencial para poder compreender os sujeitos e suas relações com o trabalho, bem como para compreender como o campo da medicina tem trilhado seus caminhos na busca de agregar seu arcabouço histórico de poder e as necessidades afloradas no século XXI da saúde como um bem maior e ligada as tecnologias relacionais no trabalho. Sigo, portanto, com as abordagens sobre o trabalho em saúde e as tecnologias de cuidado para compreendermos melhor os sujeitos de que estamos falando, o sujeito trabalhador do SUS.

#### **2.1 Trabalho em saúde**

Na relação entre sujeito e trabalho é fundamental analisar a maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências. Quando se trata da temática de trabalho, uma das maiores expressões acadêmicas está em Karl Marx, sociólogo que

elaborou grandes reflexões sobre o sentido e o funcionamento do trabalho humano e que compreende o trabalho como “*um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza*” (Marx, 1998, p.221). Ou seja, através do trabalho o homem é transformado pela ação do seu trabalho, bem como impetra seu poder sobre a natureza, transformando-a (Ferreira, 2008).

E para o melhor entendimento do processo de trabalho, Marx fez uma comparação sobre o trabalho de uma abelha e de um arquiteto na construção de uma moradia. No caso da abelha, trabalha por instinto, obedecendo comandos de seguir uma regra geral de produzir colmeia, favas, seguir ordens da rainha, ter tamanhos fixos e materiais a serem utilizados especificadamente. Esta obedece sempre regras seguidas a gerações sem haver mudanças na história da espécie. Ou seja, a colmeia será a mesma, pois obedece as mesmas regras básicas, de geração em geração. No caso do arquiteto, não. Este organiza mentalmente sua construção, reflete como desejará a moradia, grande, pequena, enfim, tem alguns interesses que devem ser prestados atenção antes mesmo da construção. Portanto, não há homem em geral, como nas abelhas, mas há homens históricos, socialmente produzidos, interessados em situações diferentes e organizam seus processos de trabalho para tal (Merhy & Onocko, 1997).

Assim, o trabalho pode ser conceituado como “*ato produtivo do homem*” a partir da reflexão de Mendes-Gonçalves (1992), citado em Merhy e Land (2011) de que o trabalho é um processo de construção espontânea de um “algo antes” que precisa ser trabalhado, transformando-se em “algo depois” ou ainda abordado como um pressuposto ontológico que organiza a razão social do homem que se relaciona com a natureza (Souza Jr, 2008).

Quando se trata da temática de trabalho, Marx (1998) afirma que no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a elaboração de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Ou seja, o homem trabalha com instrumentos para fazer produtos.

O trabalho constitui-se como mola propulsora de crescimento e desenvolvimento em torno do grande capital com o avançar do capitalismo. A nova divisão internacional do trabalho e da produção desenvolveu novas maneiras de processos de trabalho, com maquinários cada vez mais modernos, sofisticados, comandados pela microeletrônica e promovendo mudanças em toda esfera social. Já não era a força de trabalho forçada, mas uma versátil e volátil forma de produzir trabalho e conhecimento (Souza Jr, 2008).

Os grupos comerciais ganham força, investimentos internacionais ocorriam em todo mundo e nascia a sociedade da informação, da diversificação. A revolução tecnológica nos mundos atuais ganham poder, formam competências, correria para aprendizagens, formações e qualidade total e flexibilização. Isso, para Souza Jr (2008), somente reforça mais uma exploração da força de trabalho, a dizer pela maximização dos lucros, pela redução de valor das forças de trabalho, motor do capitalismo. E ainda aponta Daniel Bell como tematizador de uma “sociedade pós-industrial”, dando relevância à reflexão quanto a tecnologia mecânica e intelectual como propulsora da sociedade industrial, e Habermas e Offe com o “capitalismo tardio”, abordando questões sobre a inserção da ciência e da tecnologia na produção do capital moderno. Habermas e Offe definem a expressão teorizada, pois usa como contraposição ao capitalismo liberal de Marx (Souza Jr, 2008).

A teoria de Marx teve em Georg Lukács um dos adeptos contemporâneos que engendraram no século XX redimensionando sua concepção. Filósofo, impulsionado pela

necessidade de renascimento marxista, acreditava em uma nova fase marxista, baseada em uma crítica da dinâmica capitalista, equivaler-se-ia ao “O Capital do Século XX”. Para este, as obras de Marx precisariam ser recompostas e reativadas, deixando uma época de teorias pouco profundas. Para isso, redige *Ontologia* que é como um novo horizonte teórico-filosófico para o desenvolvimento do marxismo e afirma que para reconstrução das ideias de Marx era preciso uma “*ontologia fundada e fundante que encontre na realidade objetiva da natureza a base real do ser social e seja, ao mesmo tempo, capaz de apresentar o ser social em sua simultânea identidade e diferença com a ontologia da natureza* (Lukács, 1979, p. 64, citado por Duayer, 2013).

Assim como Marx relaciona o trabalho como meio através do qual o homem se relaciona com o mundo, Lukács desenvolve tal concepção, investigando a sociabilidade como forma de ser, ou seja, o homem é um ser social pelo trabalho. Ainda esclarece que o caráter fundante do trabalho está relacionado com a linguagem, a sociabilidade e a divisão do trabalho e que é uma categoria fundamentalmente intermediária entre o homem (sociedade) e a natureza (tanto orgânica quanto inorgânica), uma passagem do ser meramente biológico ao ser social (Duayer, 2013).

Tratando dos processos de trabalho, Marx (1998) compreende os processos de trabalho em três componentes: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. O processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade.

Mas não é objetivo desse trabalho atender as reflexões sobre as bases teóricas de Marx, senão tentar refletir sobre suas influências sobre a temática em saúde. Assim, foi com Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975), no final da década de 1960, que se iniciaram

estudos sobre o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social, o que amplifica os olhares sobre o trabalho e a saúde. Utilizou como referenciais teóricos os estudos sociológicos, analisou as relações entre saúde e sociedade, havendo vários desdobramentos no Brasil e na América Latina, como o desvelar de muitos estudos do sistema de saúde (que é o atual Sistema Único de Saúde) e a constituição de dois importantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde (Schraiber, 1997). Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, seguindo os caminhos de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular. Segundo Mendes Gonçalves (1992), “processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”.

Mendes Gonçalves (1992) estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e analisa, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. O mesmo aponta para duas categorias que são como elementos do processo de trabalho desde sua formulação original: *necessidades* (os processos de trabalho são também ‘re-produção’ das necessidades) e a categoria *saber* (expressar a intermediação entre ciência e trabalho, remete à dimensão tecnológica).

Outro aspecto desenvolvido por Mendes Gonçalves (1992) no campo da saúde foi referente aos aspectos dinâmicos e relacionais do processo de trabalho em saúde. Certo que os estudos iniciais baseavam-se nas articulações na estrutura social, mas neste momento fortalecem-se os estudos de processos de trabalho com abordagens teóricas

como Canguilhem (1982), e a escola de Frankfurt (Habermas, 1994, 2001), permitindo tratar mais positivamente e produtivamente os aspectos relacionais do trabalho em saúde, necessário para pensá-lo não apenas como estrutura de sociabilidade, mas como prática social.

Os pensamentos de Marx retratam sobre o processo de trabalho com fins para bens materiais, ou seja, um produto destacado, no tempo e no espaço (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 27). No caso de processos de trabalho em saúde a finalidade é a saúde dos usuários, um bem que não se pontua no tempo e no espaço, depende dos aspectos sociais e históricos. Por conseguinte, a necessidade de saúde do homem é social e historicamente determinada (Zago, 2011).

Tratando da categoria de trabalho, Dejours (2004) aponta que o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações. Observa que seu conceito pode versar sobre uma relação salarial, sobre emprego, ou mesmo sobre uma atividade de produção social, mas compreende como. Para Chirstohphe Dejours, “trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, *saber-fazer*, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc”. Enfim, perpassa uma questão financeira ou de empregabilidade, mas trata de relações estabelecidas que põe a personalidade respondendo a uma tarefa.

Traz contribuições sobre a psicodinâmica do trabalho, analisando as relações entre trabalho e subjetividade, conceituando como uma disciplina clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental ou como uma disciplina teórica que se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da

relação com o trabalho numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, a psicanálise e a teoria social.

Nesse ambiente de trabalho pode ocorrer tanto fatos prescritos quanto situações outras que surgem no fazer do trabalho e essa diferença entre o prescrito e a realidade concreta da situação se encontra em todos os níveis de análise entre tarefa e atividade ou entre a organização formal e organização informal. O real do trabalho leva a um sentimento de fracasso, um efeito surpresa desagradável, que é representado de maneira afetiva (Dejours, 2004). E isto são resquícios de reflexões de Marx, em as condições de vida da classe trabalhadora, quando traz as primeiras evidências do lugar do trabalhador, tratando de trabalho, condições de vida e adoecimento.

E para além do trabalho que leva a um fim, um produto, resultado final da produção humana, Ives Clot entende que o trabalho perpassa um mero resultado. Para este, tem-se que ir além e incluir o como foi feito, refeito e o que deixou de ser feito, ou seja, compreender o trabalho em todas as facetas de sua existência, dando relevância às funções psicológicas do trabalho. Assim, tenta compreender que o trabalho possui questões psíquicas importantes na relação do homem com sua atividade laboral. Segundo Lima (2006), o trabalho em Clot mereceria um estatuto diferente entre as diversas atividades exercidas pelo homem, preenchendo uma função psicológica específica, na medida em que promove uma ruptura entre as “pré-ocupações” pessoais do sujeito e as “ocupações” sociais que este deve realizar.

O trabalho é um dos maiores gêneros da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade dificilmente pode abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e do qual um sujeito pode dificilmente afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado. (Clot, 2006, citado por Lima, 2006 p.113)

Em sua concepção, o trabalho iria além do prescrito e do real de Dejours, incluir-se-ia uma terceira dimensão, o real da atividade, ultrapassando a análise do que deve ser feito (prescrito) e do que se faz (real), para incorporar as vivências subjetivas dos sujeitos. Assim, tentava especificar o conceito psicológico do trabalho (Lima, 2006).

Apostando em novos modos de pensar o processo de trabalho em saúde, pesquisadores como Emerson Elias Merhy, Ricardo Cordeiro e José Ricardo Ayres iniciam estudos sobre uma micropolítica do trabalho em saúde, para a construção do cuidado e investigação de novos horizontes que garantam maior compreensão do fazer e usar a saúde. Nesse sentido, outras contribuições teóricas como de Gastão Wagner de Sousa Campos, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Francisco Javier Uribe e Emerson Elias Merhy, tem sido de relevância para reflexões da micropolítica, compreendendo as relações entre gestão organizacional na saúde e o campo da subjetividade (Merhy & Land, 2011).

No campo da saúde ainda são predominantes as práticas que separam micro e macro política, ética e moral, sempre privilegiando a macro-política como definitiva no processo de produção das políticas de saúde. De forma geral, a macro-política é entendida como “campo privilegiado de análise no qual se operam as transformações estruturais de ordem política, econômica e social. Nesta direção, a micro-política é compreendida como campo que diz respeito às questões do cotidiano, ou referidas ao domínio individual/subjetivo e/ou interindividual/intersubjetivo” (Neves & Herckert, 2010, p.157).

Entendendo melhor, micro e macro política são recortes de realidades que não se contradizem, nem existe entre elas uma ordem hierárquica que meça sua grandeza, onde o macro seja melhor que o micro. Cada uma tem seu modo particular de funcionamento que, segundo Neves e Herckert (2010), tem suas formas de individuação, de política.

A análise da política por Deleuze e Guatari (1996), citado por Neves e Herchert, 2010, compreende que essas dimensões (micro e macro) são complementares umas a outra, entrelaçam-se e afirmam que “toda política é, ao mesmo tempo macro e micropolítica” (p. 90). Não sendo um método específico de teorização, busca experimentações que fazem pensar e provocar deslocamentos subjetivos e traz à tona “o desassossego necessário para certa desaceleração dos imediatismos de resposta, dos decretos fatalísticos e da busca de universais. Pois a realidade, em seu estado de coisas, corpos-forma e expressão, é afirmada em sua potência de abertura de sentidos, em seu fazer-se como índice de variação intensiva e criação” (Neves & Herckert, 2010, p.158).

E complementam que a micropolítica quando pensada em relação às políticas de saúde, engendram no plano micro e macro político, não restringindo um polo, por exemplo, quem cuida ou quem é cuidado, trabalhador ou usuário. Os processos políticos se articulam, fazem-se e se desfazem, numa conexão mútua de ligação e movimentos inseparáveis e inesperados que fazem pensar a micropolítica como meio de acompanhar os caminhos estreitos da vida no trabalho (Neves & Herckert, 2010), ou como um agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e o outro e o ambiente onde se encontram os sujeitos (Franco, 2006).

Também Guatari e Rolnik (2005) trabalham com a temática da micropolítica em seu livro “Micropolítica: cartografía del deseo”, buscando compreendê-la a nível de produção de subjetividade, observada na linguagem e nos pontos de singularidade das relações dos sujeitos. “Toda problemática micropolítica consiste, exactamente, en intentar agenciar los procesos de singularización en el propio nivel en el cual emergen” (p.162).

E é neste ambiente de trabalho que ocorrem as relações, os encontros entre sujeitos. Que encontros em saúde? Encontros entre os sujeitos, como os sujeitos do acolhimento em saúde, expressos na Cartilha de Acolhimento da PNH (Brasil, 2006a)

que é baseado no encontro, na relação de afetos nos momentos de contato ativo dos sujeitos (Neves & Herckert, 2010).

Segundo Gastão (2013), trabalho em saúde é uma questão de sociabilidade da vida em sociedade, vida em rede no terceiro milênio. É viver em sociedade. O trabalhador em saúde é considerado como um artesão, trabalho em saúde é um neo-artesanato, é pensar o trabalho em saúde como aplicado e compartilhado em saúde.

## **2.2 Tecnologia em saúde**

Neste capítulo, busco dialogar com o pensamento do trabalho em saúde, unificando a esta temática a análise da micropolítica do trabalho e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura) (Merhy, 1997).

Através de Emerson Elias Merhy com auxílio de contribuições de Mendes Gonçalves e de autores como Cornelius Castoriades, Felix Guatarri e Gilles Delleuze, da escola de análise institucional, algumas evoluções no pensamento do trabalho em saúde ocorreram, unificando a esta temática a análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde e a tipologia das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura) (Merhy & Onocklo, 1997)

O termo Tecnologia, em vários dicionários, é definido como o saber científico instituído utilizado pelos vários ramos da ciência aplicada. Para o Dicionário Aurélio tecnologia é o “conjunto de conhecimentos especializados, de princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade”.

Emerson Elias Merhy teve um olhar voltado para temática da saúde, como um dos campos mais debatidos na sociedade e tinha como objeto desse campo da saúde a produção do cuidado. Ele pensa na produção de atos de saúde, como atos cuidadores, mas

não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, mas capazes de combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção. Na sua análise, orienta que um trabalho em saúde deva produzir intervenções capazes de chegar aos problemas existentes e que impactem em direitos dos usuários.

Neste sentido, dá forma às necessidades dos sujeitos que buscam nos serviços de saúde mais que ferramentas concretas de cura às dores físicas, mas buscam acolhimento, confiança, compromisso, responsabilização e vínculo, e neste sentido, todos que fazem parte dos serviços de saúde, trabalhadores de todos os setores, proporcionam relações de trocas e trabalho integralizado nos espaços de trabalho.

Fazendo uma crítica a prática médica, entende que há uma crise do paradigma médico pelo distanciamento dos interesses dos usuários, pelo isolamento na relação com outros trabalhadores de Saúde, pelo desconhecimento da importância das práticas de Saúde dos outros profissionais e pelo predomínio nas tecnologias duras. Justifica isto como uma mediocrização da prática médica clínica: restrita, sem horizontes para ver sujeitos vivos, subjetivamente produtores de necessidades.

Nesse sentido, aproxima o termo “tecnologia”, não como instrumento/equipamento tecnológico, mas como as imagens dos saberes que permitem operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para um processo produtivo. Assim define como “saber ou saberes que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes” (Merhy & Franco, 2003).

E o trabalho em saúde precisa de um conjunto de intervenções assistenciais (tecnologias) (Merhy & Franco, 2003), que também chamou de valises tecnológicas (Merhy, 2000) que são caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus

desdobramentos materiais e não-materiais. Definiu uma tecnologia dura (valise da mão) como as ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário. Definiu a tecnologia leve-dura (valise da cabeça) como os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc, sendo dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado e leve porque diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado. E, por fim, definiu a tecnologia leve (valise relacional) como a abordagem assistencial trabalhador-usuário-paciente (trabalho vivo em ato), em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, tem-se intersubjetividades: momentos de falas, escutas e interpretações, produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 2000).

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras justificados por interesses corporativos (grupos econômicos).

Enquanto tecnologia leve, Merhy atenta que essa ferramenta de saúde nunca é escassa, ela está em constante processo nas relações, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo, é relacional, desenvolvida em ato. Além do mais, defende que todo profissional de saúde é sempre um operador do cuidado, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, isto é, sempre atua nas tecnologias leves. É uma defesa em favor da vida num olhar usuário-centrado e com foco na

cooperação entre os profissionais, mais comprometidos e transparentes. Assim defende o trabalho médico como fonte de tecnologia leve e afirma:

É imperativo apontar que o trabalho médico, num modelo assistencial centrado no usuário, deve ser tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários. Nesse sentido, os recursos tecnológicos com que conta são praticamente inesgotáveis, pois fica centrado no trabalho vivo, que, enquanto tecnologia leve, produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar. (Merhy, 1998, p.9)

Nessa produção de cuidado, os modelos de atenção comprometidos com a vida devem explorar positivamente as diferentes dimensões tecnológicas que comportam o conjunto das ações de saúde (Merhy, 1998). Assim, aborda a existência de uma “Composição Técnica do Trabalho” (CTT), que é intitulada como “um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho”, onde um trabalhador em saúde opera no seu processo de trabalho em um “trabalho Morto” (TM) que são os instrumentos e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração (tecnologia dura) e um “trabalho Vivo” (TV) que é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (Merhy & Franco, 2003).

Entretanto, no conceito de cuidado de saúde que aborda, Merhy foca em um trabalho-vivo dependente, centrada nos usuários e marcada por novas combinações entre as tecnologias leves e as leve-duras (mais baratas, controlável, respeitosa e atua tanto individual como coletivamente), levando em consideração as necessidades dos sujeitos e adentrando na questão relacional, analisando a subjetividade destes sujeitos.

Tecendo uma crítica ao senso comum contemporâneo que reduz a relação entre o conhecimento e a prática a dimensão tecnológica, Campos (2011), baseia-se em filosofias da prática e sugere a adoção de outras racionalidades, além da tecnológica, para se pensar

as mediações ente conhecimento e prática. Há diferentes modalidades que estão desenvolvidas para lidar com a relação entre o conhecimento e sua aplicação prática, mas a razão tecnológica é a dominante do ponto de vista discursivo na sociedade moderna, tem seu fundamento na filosofia de Descartes. Assim, acredita que há uma busca de tecnificação do fazer, mas entende que seja necessário que os agentes da prática liberar-se do saber instituído, em geral e não somente do tecnológico, em um grau ainda maior do que aquele recomendado pela práxis.

Abordando a micropolítica de organização do trabalho na constituição do modelo assistencial, recebe contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), citado por Merhy e Franco, 2003, que entende a existência de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde. A micropolítica do trabalho vivo analisada por Merhy é entendida como um espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, desse sujeito coletivo novo que se formou. Tem que haver uma intersecção partilhada, não objetal (relações distantes), onde há relação entre agentes, dando espaço para escutar ruídos no cotidiano dos serviços de saúde, permitindo a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde (Merhy & Franco, 2003)

Neste sentido, com as necessidades de saúde e direcionando para um cuidado de saúde mais relacional, propõe uma reestruturação produtiva, ou seja, um modo de produzir saúde diferente e propões também que a sociedade está passando por uma transição tecnológica que é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impactando processos de trabalho e alterando a correlação das tecnologias existentes no

núcleo tecnológico do cuidado, dando novo sentido para as práticas assistenciais (Merhy, 1998).

Com os avanços na reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde, surgiram novas questões da relevância como integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais (Nogueira, Faria & Viana 2002).

Assim, na atualidade, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

Tratando-se de uma tecnologia relacional, da qual González Rey entende como perspectiva que supera as dicotomias vigentes e atenta para a unificação do individual e do social, observa-se que nesse caráter uma ferramenta que dá relevância às relações produzidas no meio subjetivo da vida humana e alude à configuração subjetiva não somente do sujeito e de seus variados momentos interativos, mas também dos espaços sociais em que essas relações são produzidas. Numa ferramenta relacional, a lógica baseia-se nas intersubjetividades e nas relações existentes nas relações de trabalho, na compreensão que na relação com o outro há a existência de acolhimento e construção de vínculos capazes de ser uma das formas mais resolutivas de entender as questões do outro. Baseia-se, assim na boa vontade, na busca solidária, de acolher o usuário e sua rede social.

O acolhimento na tecnologia relacional visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. O diálogo é uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma genuína, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação. Segundo Schneider, Manschein, Ausen, Martins e Albuquerque (2008) é uma ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Para Merhy (2002), o acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção.

Tratando das relações nos espaços de falas e escutas entre sujeitos, Franco (2006, p. 05) afirma:

As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a ideia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas.

Enquanto ferramenta de análise dos processos de gestão do cuidado, o acolhimento é uma tecnologia que concebe a essência da autonomia, protagonismo e produção de subjetividades na relação entre sujeitos (usuários e trabalhadores). Certo que dentro das concepções de Merhy acerca das tecnologias de saúde, concedeu “leveza” ao que era específico das relações, mas segundo Ayres (2000), a intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico e, portanto, a intersubjetividade apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela. E refletindo sobre a necessidade de teorizar, reflete sobre a necessidade real de haver saberes práticos.

Nesse sentido, a exploração no território das tecnologias leves de Merhy, aqui chamadas de tecnologia relacional em manejos vinculares, são recursos de intervenção, baseados na ideia que é possível manejar a relação em base nos vínculos. São estabelecidos vínculos que favorecem o cuidado em saúde.

Para Ayres (2000), a saúde não é só objeto, mas, na condição mesma de objeto, um modo de “ser-no-mundo”. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis necessariamente, mas é, ainda assim, e por isso, exercício fundamental de autonomia humana. Assim, o cuidado nas práticas de saúde deve “apoiar-se na atitude e no espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde”.

Neste contexto, entender o trabalho em saúde requer reconhecer que os sujeitos tem autonomia, poder e democracia relacional. Quando se adota a categoria de sujeito ativo e participativo, é que se fala de sujeito e reconhecimento da singularidade, condição autônoma, onde cada um autogoverna-se.

### 2.3 O Campo médico: a medicina na crítica social

Utilizando o conceito de Starr (1991), a profissão é uma atividade remunerada que se fundamenta pela regulação técnica e especializada atendendo às necessidades de uma coletividade. Ou seja, a profissão atenta para uma ação humana em contato com a realidade que se constrói, reconstrói e se adapta de acordo com os movimentos humanos.

Na área da saúde, sabe-se que historicamente a profissão médica tem uma história caracterizada por seu poder e autonomia em comparação com as demais ciências. A autonomia profissional que é a capacidade de tomar decisões por conta própria. Como na área de saúde, cada paciente traz consigo suas questões mais individuais e que tem que ser analisadas de forma individual, levando ao profissional a analisar cada caso individualmente, deixando-o com liberdade de ação e autonomia para decidir qual conduta melhor. Ou seja, tem liberdade de decidir por sua própria conta, às vezes até contrariando interesses ambientais, sociais ou institucionais.

Afirma Machado (1997, p.59):

Os profissionais - advogados, médicos, arquitetos, engenheiros, odontólogos etc. - constituem uma parcela pequena do setor de serviços. Trata-se, contudo, de uma fração estratégica na qual se concentra, no dizer de Perkin, 'a criatividade humana sob a forma de expertise especializada', que inventa e instala tecnologia (...). No segmento profissional encontra-se a divisão do trabalho elevado ao mais alto grau de perícia e inteligência aplicada. Por isso, Perkin chama de 'sociedades profissionais' as sociedades pós-industriais.

Com sua autonomia e promessa de ascensão profissional, a medicina assumiu credibilidade na sociedade, de profissão autônoma, detentora de mercados, cuja produção é social, mas seu uso é extremamente privado (Machado 1997). Ainda segundo a autora, a profissão médica teve um projeto profissional bem sucedido, aliando-se ao Estado e ao mercado com seus serviços particulares e preços de mercado. Foi a que exerceu mais

autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho), onde atendeu a demandas monopolistas de mercado, dominando o sistema de forma legal e atentando para a lógica da confiança e credibilidade com seus clientes. Estes, por sua vez, são a matéria prima da área médica, o que representa subjetividades para cada caso.

Na medicina floresceu o que Machado (1997) chamou de *expertise* profissional, com métodos específicos para avaliar e diagnosticar casos, doenças e, assim, exerciam seu legado de autoridade. Desenvolveu-se, seguiu pelos campos flexnerianos, com uma educação médica voltada para disciplinas específicas da área, seguida de estudos clínicos, como é vista até hoje nos cursos de medicina, onde as matérias são inicialmente somente teóricas e somente ao final é que são práticas de áreas específicas, como estágios em clínicas médicas, pediatria, maternidade etc.

A educação médica teve a influência de Abraham Flexner, professor, pesquisador, fundador de sua própria escola “Mr. Flexner's School”. Personalidade que estudou e discutiu a educação médica e por isso tinha grande habilidade de manipular o poder com seus conhecimentos. Com sua autonomia técnica associada às crescentes indústrias farmacêuticas da época, no final do século XIX, que passam a comprar espaços para propaganda nas publicações da *American Medical Association*, fundada em 1847, a corporação médica ganhou um impulso para a medicina científica e capitalista, unificada aos governos. Assim, Flexner ganha notoriedade e espaço para avançar.

Mas no início do século XX, a situação das escolas médicas nos EUA era caótica, com escolas a cada espaço com abordagens de ensino diferenciadas e sem padronização e critérios teóricos-científicos bem fundamentados. Havia aceitação de terapêuticas não convencionais como o fisiomedicalismo e a homeopatia. E entendendo que as escolas médicas estavam em situação crítica tanto nos EUA como no Canadá, Flexner realizou estudos em 155 escolas de medicina destes países e publicou seu relatório que ficou muito

conhecido como “Relatório Flexner”, além de que realizou estudos em países europeus com Inglaterra, Alemanha e França (Pagliosa & Da Ros, 2008).

É notório que há questionamentos sobre como o relatório foi realizado, de maneira pouco metodológica, rápida, generalista, sem instrumentos avaliativos de fato eficazes. Entretanto, segundo Pagliosa e Da Ros (2008), pode-se haver dois lados nestas movimentações em torno de mudanças da área de ensino da medicina da época, positivo e negativo. O positivo seria de que houve uma reorganização do funcionamento de escolas de medicina almejando a excelência das escolas médicas e o lado negativo foi a exclusão de todas e quaisquer formas de atenção em saúde diferente do que foi preconizada por ele. Enfim, ele assumiu a ideia que uma boa educação médica definia tanto força de trabalho, como desempenho dos serviços de saúde e o estado de saúde das pessoas.

O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. (Pagliosa & Da Ros, 2008, p. 495).

Com a influência do modelo flexneriano, a reconstrução do ensino médico passava a ter sólidos princípios de base científica e deveriam estar vinculadas a universidades. A medicina ganha espaços de desenvolvimento, baseada na “doença de forma individual e concreta”, onde os hospitais eram os principais locais de transmissão de conhecimento, num positivismo feroz da época. Às faculdades cabia os laboratórios e teorias e ao hospital todo o demais, sendo o centro de atenção em saúde e onde a educação médica refletia sua característica discriminatória, com formação em sua maioria de alunos homens, brancos e ricos da alta sociedade.

Mas ao adotar o modelo biomédico, com a atenção à cura e ao hospital, traduz seu momento reducionista, trazendo poucas contribuições para a demonstração da importância dos aspectos biopsicossociais e culturais aos quais os sujeitos estão inseridos. Assim, o campo médico desenvolve-se como um campo do tocável, do curável, do corpo adoecido e do visível. Não seria, neste momento, uma representação do humano enquanto ser integral que tem processos de adoecimentos para além do corpo.

Desta forma, a medicina vem na crítica social como pouco humana, focada no sintoma e na cura, o que justifica, hoje, serem os médicos considerados muitas vezes desumanos dentro de sua clínica na atenção aos pacientes, que somente pelo nome já mostra a submissão daquele que espera, que pede ajuda, o doente resignado.

### **CAPÍTULO III**

## **OLHARES PARA AS BASES TEÓRICAS DA SUBJETIVIDADE DE GONZÁLEZ REY**

Apresentamos neste capítulo a Teoria da Subjetividade de Fernando González Rey, como uma vertente da psicologia social, expressando um modelo epistemo-teórico-metodológico, baseado nos fundamentos epistemológicos do pensamento dialético, especificamente da abordagem histórico-cultural da psique humana.

Segundo González Rey (2002), a compreensão da subjetividade foi pouco compreendida dentro da Psicologia por diversas razões, como a americanização da Psicologia, com a profissionalização e instrumentalização de acordo com as demandas do século XX, época na qual o behaviorismo aparecia como forma predominante de pensamento psicológico. Mostra-se, neste momento, a forte representação do positivismo na Psicologia.

O estudo sobre a subjetividade teve como pioneiros os autores da Psicologia Soviética, L. S. Vygotsky e L. S. Rubinstein que assumiram uma perspectiva histórico-cultural e tinham uma compreensão dialética da relação entre social e o individual. Essa compreensão dialética favoreceu a superação da dicotomia indivíduo e sociedade, externo e interno e através desta perspectiva dialética a definição de subjetividade foi capaz de compreender os sentidos subjetivos de processos macro e micro sociais. Desta forma, González Rey (2003) afirma:

A superação dessas dicotomias e o trânsito para uma visão de homem permitiram superar a ideia de uma natureza humana inerente ao indivíduo, e constituíram um momento muito importante para a mudança de visão de homem (...). Essa transformação facilitava uma representação da psique humana como processo subjetivo, instância em que o social e o biológico não desapareciam, mas entravam como momentos de um novo sistema qualitativo (p. 77).

A teoria da subjetividade desenvolveu-se a partir de reformulações da categoria da personalidade, na busca de superar o objetivismo e as formas reducionistas de entender o sujeito, propondo articular o sujeito individual com os processos sociais, culturais, políticos e econômicos.

A subjetividade é um sistema complexo e reconhece a infinidade e a complexidade da realidade, sem definir regras e fórmulas. Ou seja, a subjetividade adota a complexidade dos fatos, uma vez que ela cumpre algumas das características de um sistema complexo como a recursividade, emergência de novos elementos de ação do sujeito, a processualidade, a versatilidade e a existência do singular do movimento de cada sujeito. Segundo González Rey (2012, p. 37) “o caráter complexo da subjetividade permite transcender as representações estático-descritivas da psique e mostra a sua representação como sistema que exige a criação de um referente teórico, epistemológico e metodológico distinto”.

A respeito da compatibilidade da Teoria da Subjetividade com o paradigma da complexidade, González Rey (2012) afirma:

A visão da complexidade traz um marco de referência importante para o desenvolvimento do tema da subjetividade em psicologia, pois a subjetividade cumpre muitas das características gerais que definem um sistema complexo. Tais características se referem à recursividade entre as configurações subjetivas e os momentos de produção de sentido, à permanente emergência de novos elementos procedentes da ação do sujeito, associados à produção de sentidos subjetivos, à constante tensão entre as formas diversas de organização do sistema e a processualidade das formas de ação do sujeito, à configuração de novas qualidades a partir das contradições e confrontações do sistema em seu desenvolvimento, à coexistência do diferenciado, do singular, como momento constituinte do sistema (p. 37).

Deste modo, como ponto de partida, a subjetividade pode ser conceituada como um sistema complexo que explica os fatos objetivos da vida social através de sentidos

subjetivos (González Rey, 2012). Compreende-se como “organização dos processos de sentido e significação que aparecem e se organizam de diferentes formas e em diferentes níveis no sujeito e na personalidade, assim como nos diferentes espaços sociais em que o sujeito atua” (González Rey, 2003, p. 108).

A subjetividade se expressa por um conjunto de categorias, organizadas em sentidos e significados que surgem de formas diferentes em cada sujeito nos seus diversos momentos de vida. É a unificação de sentidos e significação que forma a complexidade dos sujeitos, distante da compreensão da categoria psicológico, visto que este pode não compreender, de fato, toda a expressão que a subjetividade apresenta. Com os inúmeros estudos a respeito da subjetividade, González Rey reforçou seu pensamento quanto ao tema de sentidos subjetivos em diálogo com a perspectiva vigotskyana, dando um caráter afetivo e cognitivo a sua abordagem, advindo, sobretudo, depois da publicação de *Pensamento e Linguagem* (Vygotsky, 1997).

Segundo González Rey (2002), o sujeito não seria um ser subordinado, mas parte de processos culturais, sendo sujeito constitutivo e constituinte. Portanto, a subjetividade é essencialmente formada na cultura pelos sentidos e significados que se constituem pelas ações, atividades e comunicação humana. É através da cultura que a vida humana se expressa, tendo momentos externos ao homem e em outras situações, momentos internos.

Sobre o sentido subjetivo, González Rey (2007) reitera as contribuições de Vygotsky afirmando que o sentido de uma palavra é a junção de todos os fatos psicológicos que surgem na consciência como resultado da palavra, sendo ele dinâmico e fluido. Além disso, aborda o significado como uma zona de sentido que a palavra adquire no contexto da fala. Este é mais estável e unificado e depende do contexto em que foi inserida.

A subjetividade é um sistema aberto, que se expressa pela ação dos sujeitos na sua relação com o social, a subjetividade articula o individual e o social, representando tanto as formas de sentidos individuais como dos espaços sociais onde os sujeitos vivem, rompendo com o paradigma de indivíduo-social, interno-externo, incluindo os sujeitos em todas suas nuances, forte-fraca, moral-imoral. É uma teoria que representa todos os sentidos subjetivos e que constitui a vida e os momentos do presente da vida do sujeito. E, nesse sentido, González Rey foge de uma tendência reducionista que daria valor ao elemento individual em contraposição ao social (ou vice-versa), dando lugar ao caráter ontológico a subjetividade, entendendo o individual e social como unificados e favorecendo ambos os elementos de forma qualitativa (González Rey, 2012).

Assim, conceitua como subjetividade social os fenômenos subjetivos que se definem no sujeito dentro de um espaço social subjetivado e ocorrem em espaços sociais concretos como escola, trabalho, família, grupos informais etc. (González Rey, 2002). Em outra obra, González Rey (2016) explicita que a subjetividade social está associada à definição de sociedade, como sistema micro e macro, sendo nutrida por todos os processos ocorridos nesta sociedade.

Quanto à subjetividade individual, González Rey (2016) aponta que ela surge como processos e formas de organização da subjetividade que ocorrem nas histórias particulares de cada sujeito, dando valor emocional e singular, diante dos diferentes espaços sociais. Além do mais, assinala para a influência da categoria personalidade, uma categoria que define os processos subjetivos que formam a subjetividade individual (González Rey, 2002).

Neste sentido, com essa subjetividade social e a subjetividade individual, com o simbólico social e o emocional individual, reciprocamente, é que se caracterizam os sentidos subjetivos. Todo sentido subjetivo é formado, portanto, de elementos distintos

advindos dos espaços sociais e das experiências de vida de cada sujeito, sendo um processo onde ambos estão implicados um ao outro. Pode-se dizer que a subjetividade individual também é uma subjetividade social, “pois expressam a maneira pela qual a história de uma experiência vivida se transformou em um sentido subjetivo que, a partir da ação individual, volta a objetivar uma situação social” (González Rey, 2016, p. 161).

Esses dois espaços de constituição da subjetividade, o social e o individual, constituem-se de maneira recíproca. A subjetividade é social, histórica e socialmente configurada pelos espaços sociais dos sujeitos e é também individual, neste sentido, a produção de sentidos não se reduz ao nível social, nem ao individual. Por isso, é uma relação recíproca (González Rey, 2016).

O individual e o social se relacionam mutuamente e, nesta pesquisa, buscamos apreender o plano individual de sujeitos de saúde na totalidade de suas relações psicossociais.

No esforço de construção da Teoria da Subjetividade, González Rey (2012) propõe que para a produção de conhecimento, necessita-se de uma lógica configuracional, é personalizada, dinâmica, interpretativa e irregular. Nesta lógica, os sistemas de sentidos subjetivos aparecem como momentos de sentido da ação do sujeito com seu real, na sua ação atual, e esta relação entre o atual e o histórico revela a importância da categoria sujeito nesta perspectiva. Ou seja, os sentidos subjetivos são decorrência de uma articulação de sentidos que surgem no ato real do sujeito unificado com as configurações já existentes e vivenciadas no seu percurso histórico. Um sujeito, que é a parte mais importante do estudo da subjetividade, é parte do processo em desenvolvimento constante e que supõe a produção de novos sentidos subjetivos que irão surgindo, não havendo, portanto, formas fechadas de subjetivação.

No sentido subjetivo, as emoções evocam expressões simbólicas e associam-se ao sistema psíquico, permitindo uma integração entre o social e o biológico, resultando num momento de qualidade distinta. Assim, a construção do conhecimento se dá nos diferentes espaços e momentos da vida social. González Rey tem compreendido sentido subjetivo como unidade de aspectos simbólicos e emocionais que caracterizam as diversas delimitações culturais das diferentes práticas humanas em um nível subjetivo. Portanto, o sentido subjetivo é variável, processual e é formado pela relação entre a emoção e o simbólico (González Rey, 2012).

A subjetividade surge como um sistema em desenvolvimento, no qual os sentidos subjetivos das atividades do sujeito passam a ter influência na personalidade. Esses sentidos associados aos eventos distintos, que se expressam por emoções e processos simbólicos, produzem parte do sentido subjetivo de uma atividade atual, de momentos de vida diferente, em atividades concretas. Enfim, os sentidos subjetivos são construídos teoricamente por meio de uma atividade construtivo-interpretativa constante do investigador (González Rey, 2012) e permite reproduzir a história das pessoas por meio de seus sentidos.

Como depende do contexto social, a subjetividade social atravessa a individualidade e faz, da união do social com o individual, novas formas de conhecimento do psicológico. O sujeito, portanto, é uma fonte importante para a subjetividade social pela possibilidade de conhecer sempre novas formas de processamentos da organização social subjetivada nele.

Essas dimensões de sentido e configurações subjetivas são singulares e geram consequências para a Psicologia, implicando sempre em sentidos anteriores do social, histórico que está envolvido no sujeito. Esse sujeito influencia e é influenciado por todos

os fatores que envolvem o momento atual e, na construção desse sujeito contemporâneo, constata-se uma pluralidade de modos de subjetivação.

Portanto, para González Rey (2002), a subjetividade é uma produção humana e os sentidos subjetivos e as configurações subjetivas são importantes para compreender a sociedade, vendo o sujeito no seu sistema social.

Tratando de como a subjetividade pode ser analisada, González Rey (2005) compreende que o conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa, advinda de uma relação entre os sujeitos que interagem em uma pesquisa. Assim, no estudo de uma realidade, o pesquisador analisa recortes parciais, não direcionando de modo imediato e intencional a modelos teóricos, mas o pesquisador, aqui, transcende as informações transmitidas pelos entrevistados, fazendo elos, dando novas ideias dentro do enfoque do estudo, seja com as características dos sujeitos, com as representações sociais, contexto atual, etc.

Essas interpretações não tem modelos a serem seguidos, nenhuma categoria universal, ou seja, estas interpretações segue um processo único a partir das peculiaridades do estudo e do pesquisado (González Rey, 2012).

De forma metodológica, González Rey define que a subjetividade deve seguir um modelo qualitativo, dinâmico, interativo, construtivo na busca de informações de pesquisa. Assim, propõe que as informações devem ser produzidas dentro de uma relação pesquisador-pesquisado, havendo a produção de indicadores que são expressões vinda da pesquisa e que podem ser informações diretas ou omitidas, mas que são interpretadas pelo pesquisador. A respeito desse percurso metodológico, discutiremos no capítulo “Olhar para o Método”.

Para compreender a temática da subjetividade no contexto do Brasil, Santos, Mota e Silva (2013) analisaram em que medida as desigualdades sociais brasileiras repercutem

na subjetividade dos sujeitos. Segundo os autores, as desigualdades sociais repercutem na constituição da subjetividade tanto social como individual e afirmam:

A subjetividade é configurada como unidades representativas das sínteses das histórias individuais associadas a elementos das histórias coletivas, a partir das quais a subjetividade se organiza. Nessa perspectiva, a subjetividade apresenta um caráter sistêmico e compreende a expressão do sujeito como manifestação da subjetividade individual, susceptível a mudanças a depender do contexto da subjetividade social. (Santos, Mota & Silva, 2013, p. 703)

A proposta do estudo da subjetividade representa um novo modo de conceber os princípios gerais de uma perspectiva metodológica apropriada ao estudo dos processos psicológicos, sendo legitimado o singular como instância produtora de conhecimento científico, através do seu valor no modelo teórico que o pesquisador vai desenvolvendo. Nesse sentido, incorpora a dialética entre objetividade e subjetividade, no esforço para articular o sujeito com seu processo social e histórico. Segundo Santos (2012), o histórico e o cultural têm infinitos canais de expressão atuantes através da constituição subjetiva em um sujeito concreto. Nessa perspectiva de estudo da subjetividade, firma-se um modo de construir o pensamento psicológico que estabelece profunda afinidade com a antropologia e a sociologia, devido aos temas se apresentarem numa perspectiva interdisciplinar e não excludente (González Rey, 2012).

Neste estudo, consideramos a subjetividade social como os valores que demarcam contextos da humanização e da PNH e como subjetividade individual a forma como cada trabalhador(a) deu sentido as suas práticas e vivências.

É a partir das noções descritas acima que o presente estudo propõe investigar os sentidos subjetivos de profissionais em um hospital. A Psicologia Histórico-cultural de Vygotsky e Rubeintein, posteriormente, desenvolvida por González Rey insere-se nesta

investigação, muito em função de que o sujeito configura sentidos subjetivos a partir de ações em um tempo e espaço social específico.

A perspectiva epistemológica e teórica aqui apresentada exige métodos compatíveis entre si, ainda que não exclusivos a referida vertente. Nesta direção, no próximo capítulo, apresentaremos as noções e princípios norteadores apontados por González Rey que fundamentaram o processo de produção e análise dos dados deste estudo e descrevemos pontos essenciais de nossa pesquisa qualitativa.

## CAPÍTULO IV

### OLHAR SOBRE O MÉTODO

#### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo que adere a proposta por Fernando González Rey, compreendendo o caráter qualitativo dos processos mais gerais na construção do conhecimento (González Rey & Martínez, 2016).

Este estudo está inspirado em uma epistemologia qualitativa proposta pelo referido autor. Esta se apoia nos seguintes pressupostos: 1- o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, 2- o papel singular do processo e 3- o caráter interativo da produção de conhecimento (González-Rey, 2000). Assim, a pesquisa qualitativa permite um processo dialógico, baseado em uma ação conversacional em que o sujeito se move em seus variados modos de expressão simbólica, os quais são os caminhos para estudar sua subjetividade (González Rey, 2012). Nesta pesquisa, damos relevância a compreensão da realidade humana vivenciada sócio, histórico e culturalmente, quando a subjetividade dos sujeitos é considerada fundante dos sentidos de suas vidas.

Em síntese, este estudo passeia pelo mundo da compreensão da subjetividade, aderindo à noção de sujeito histórico e culturalmente configurado, em uma vertente da psicologia social histórico-cultural, particularmente, desenvolvida por Fernando González Rey.

O anseio do estudo foi refletir sobre os sentidos subjetivos configurados sobre a humanização dos serviços de saúde, não almejando, portanto, esgotar suas significações. Nesse tocante, González Rey (2012) reforça que o conhecimento se aprofunda na realidade do aqui e agora, das vivências de cada um, possibilitando sempre o desenvolvimento de novas zonas de sentido sobre a realidade.

Além disso, neste estudo, levou-se em conta a implicação dos atores na instituição, baseado nas propostas da análise da implicação de René Barbier (1985). Esta foi uma ferramenta importante para se pensar a relação que os atores assumiam com as lógicas de trabalho e, nesta pesquisa, consideramos implicação a relação que os sujeitos desenvolviam com a instituição.

Este estudo utiliza a análise da implicação como recurso metodológico, compreendendo que o sujeito pesquisador também tem influência no processo e construção de uma pesquisa qualitativa, visto ser um processo autoral e interpretativo de conhecimento (Barbier, 1985). Na mesma direção, todo conhecimento é uma construção a partir da relação entre pesquisador e pesquisado, surgindo produções que não são prontas, senão, pontuações surgidas da relação-interpretação (González Rey, 2012).

Assim, a pesquisa qualitativa que atenta para o valor das possibilidades de novos conhecimentos e da capacidade de geração de campos de inteligibilidade, também reconhece ao papel dos pesquisadores dentro dos estudos. Desta forma, não poderia ocultar a relevância do fato de ser psicóloga no setor de Humanização do hospital que foi o campo desta pesquisa e ser também pesquisadora que se debruça implicadamente no estudo dessa temática como uma política do SUS e não como um fenômeno isolado. Certamente, este tem sido o desafio de estudos com esta característica. Neste particular, nos reportamos noção de implicação, sugerida pelo sociólogo francês René Barbier:

A implicação, no campo das ciências humanas, pode ser então definida como o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passada e atual nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento. (Barbier, 1985, p. 120)

Segundo Santos, Souza e Santos (2011), René Barbier teceu grandes contribuições para análise de pesquisas institucionais e promoveu avanços na abordagem psicossociológica do método referente a ampliação das ciências psicossociais de natureza clínica. Entre 1970 e 1990, Barbier tentou sistematizar o corpo teórico e empírico da pesquisa-ação de base francesa e deu relevância à fecundidade relacional das relações entre atores sociais em “*O conceito de implicação na pesquisa-ação em ciências humanas*” (1985).

Embora, não tenhamos adotado o desenho da pesquisa-ação, buscamos inspirações em alguns dos princípios do referido autor em relação à práxis da produção do conhecimento. Barbier (1985) sintetiza a implicação segundo três níveis distintos que são articulados e interagem entre si: o psicoafetivo presente no contexto de análise das relações, quando o pesquisador tem um envolvimento pessoal com sua pesquisa, o nível histórico-existencial quando ele(a) interage no momento sociocultural, sua classe e seus grupos presente no aqui-agora e a abordagem estrutural-profissional que diz respeito ao processo em que o pesquisador está engajado ao seu trabalho e a sua função social em um mercado de trabalho que é organizado por relações de classe. E nesse tocante, como esclarece Barbier, a implicação seria uma mescla de engajamento e pertencimento, absorvendo as instâncias desejo, vontade, ação, decisão e mediação e trata-se da implicação de um sujeito por ele chamado de integral.

Nesse sentido, o conceito de implicação é pertinente para o entendimento das relações existentes entre pesquisador e os demais atores envolvidos no nosso estudo, dando olhares implicados ao que é analisado e interpretado no familiar, afetivo e profissional.

Portanto, observar a implicação do pesquisador nas pesquisas é de extrema importância, seja pelo reconhecimento como aquele que tece relações afetivas com o

outro sujeito pesquisado, seja pela relação extrínseca que o pesquisador possa ter com o tema ao ponto de transferir, inibir, bloquear, transcender momentos e trocas comunicativas que somente por uma pesquisa de porte interpretativo poderia haver.

Neste estudo em específico, o contato com o conceito de implicação foi importante e transformador para o desenvolvimento do meu processo investigativo, desde a motivação teórica para a sua realização até o envolvimento com o próprio processo de trabalho do hospital, pois sou fortemente implicada na pesquisa e nas ações de humanização no meu contexto de trabalho. Por mais de 10 anos trabalhei dentro das políticas públicas de saúde e na temática da humanização, sempre mergulhada na ambiência hospitalar em redes de pequeno e grande porte e tentando trazer à tona aos profissionais de saúde à dimensão subjetiva dos sujeitos acometidos por quaisquer que sejam as enfermidades ou necessidades de saúde. Em minhas atuações acadêmicas, sempre me vi implicada com o tema da PNH na rede hospitalar e refletindo sobre o lugar do subjetivo no processo de saúde-doença-cuidado dos sujeitos.

Do ponto de vista pessoal, as questões mais subjetivas da saúde me envolvem, mesmo atuando em uma rede de atenção que é historicamente biologizante - os hospitais - entro no mundo das paredes e jalecos brancos, de instrumentos e silêncios que gritam o sofrimento de sujeitos. Minha história profissional foi construída através de olhares subjetivos nas práticas objetivas das ações em saúde em rede hospitalar. Sempre presenciei dores físicas, psíquicas e sociais, dores de sujeitos por deixar sua rede cultural e social, por outro lado, também presenciei a dor por preferir ficar interno para alimentar-se seis vezes ao dia e não por uma necessidade que se restringia a uma classificação nosológica e, sim bem mais consequência dos determinantes sociais da saúde.

Neste sentido, nesta pesquisa eu reconheço a minha implicação subjetiva, mantendo-me atenta quanto ao poder da minha participação nesse processo. Com olhares

na subjetividade que sempre me envolveram e na PNH que tenta dar vazão ao subjetivo negligenciado, esforcei-me nesta pesquisa para colocar uma lupa para ver a humanização nos olhos dos(as) profissionais nas suas labutas cotidianas.

Neste estudo, demos vazão para a observação de todos os casos, nenhum foi desprezado, todos foram interpretados de forma ampla, analisando o cenário e as rotinas estabelecidas na instituição. Isso é o que trata o sociólogo americano Howard Becker (1997) referindo que em pesquisa pode existir casos diferentes, algumas vezes até desagradáveis, fugindo do tipicamente dizível, fazendo o pesquisador sair da rotina e observar outras informações não tão tratadas por outros participantes, é o que ele chama de “caso negativo”. Segundo Jean-Claude Kaufmann (2013, p.321), este não é considerado um desarranjo, nem algo prejudicial. É uma oportunidade de sair do comumente discutido, da repetição desgastante e partir para o que chama de “chave do progresso do conhecimento”.

Tentamos, portanto, aproximar-nos de áreas e acontecimentos distintos, na tentativa de cobrir uma maior variedade de eventos possíveis e, assim, ter maior compreensão do todo institucional. Isto, segundo Becker, ajuda o pesquisador evitar o problema do *bias*, isto é, fato que ocorre quando “o observador tem o problema de tentar evitar ver apenas as coisas que estão de acordo com suas hipóteses implícitas ou explícitas” (1997, p. 120).

#### **4.2 Campo de pesquisa**

O local de realização do estudo foi o Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa (HMMPAB), na cidade de Cabedelo, Paraíba. A cidade de Cabedelo é um município da Região Metropolitana de João Pessoa, localizado na área litorânea norte

da capital. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) tem uma população estimada em 2015 de 65.634 habitantes em 2015 e tem uma área territorial de 31.915 Km<sup>2</sup>. Como cidade costeira tem sua população aumentada durante o verão, devido ao grande fluxo de turistas e é o município mais rico da Paraíba, possuindo o maior produto interno bruto per capita que em 2008 passou de 2,2 bilhões de reais, sendo um dos maiores do Nordeste (Cabedelo, 2016).

Atualmente, encontra-se mesclada com a capital paraibana e serve de ampliação para atividades terciárias da capital, a exemplo de empreendimento de comércio, turismo, educação superior etc. Insere-se em uma área de Tabuleiros Costeiros, com áreas de manguezais e a Ilha de Restinga e tem um espaço urbano banhado pelo oceano Atlântico e pelos rios Paraíba e Mandacaru.

Geograficamente é uma pequena península e apresenta forte desenvolvimento sócio-econômico na região centro-oeste e leste e estagnação da parte norte e sudoeste. Tem em seu território a presença do Porto de Cabedelo que fica em uma posição privilegiada com integração dos meios marítimo, ferroviário, fluvial e rodoviário, sendo também um dos grandes geradores da economia do município (Cabedelo, 2016a). Além do mais, em Cabedelo localiza-se o início da Rodovia Transamazônica (BR 230), que foi uma obra criada no governo de Emílio Garrastazu Médici (1968-1974) com intuito de integração nacional, embora não seja totalmente funcional (Marques & Fernandes, 2004).



Figura 1 - Imagem representativa da cidade de Cabedelo (PB)

O Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa fica localizado no centro da cidade de Cabedelo e recebe os pacientes encaminhados das Unidades Básicas de Saúde e outros serviços de capital, João Pessoa. É o único hospital do município e é constituído por 55 leitos, atendendo o fluxo de usuários de acordo com suas necessidades de saúde e sendo acolhidos de acordo com a Portaria 2048/GM de 2002 que trata da classificação de urgência e emergência de uma forma resolutiva e acolhedora. Com o surgimento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em 2002 e seguindo da atenção mais ampla e regionalizada, a PNH surge em 2004 trazendo em uma de suas diretrizes reforçando a necessidade de um acolhimento com avaliação e classificação de riscos. Este, por sua vez, preconiza que os hospitais devem ter seus profissionais capacitados para atender as demandas de urgência e que os pacientes sejam atendidos obedecendo a critérios de referência para a gravidade do caso, por riscos do agravamento do quadro clínico e não por ordem de chegada (Brasil, 2004c).

Sendo assim, há uma avaliação (análise do caso) e posterior classificação (ordenação) de acordo com a necessidade. Esta classificação dar-se nos seguintes níveis de atendimento: Vermelho (atendimento imediato de emergência); Amarelo (atendimento de urgência o mais rápido possível); Verde (prioridade não urgente) e Azul (consultas de baixa complexidade) (Brasil, 2004c). No hospital estudado, os usuários advinham de várias formas, tanto por demanda espontânea, por encaminhados da atenção básica ou redes especializadas ou mesmo trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou bombeiros.

O local da pesquisa possui duas recepções, uma administrativa e outra de atendimentos. Neste estão localizadas na entrada a recepção, salas de classificação de risco, Psicologia, Serviço Social e em seguida as alas vermelha e amarela, salas de consultórios médicos e salas de medicação. Já na parte interna há o setor de observação

adulto e infantil, clínicas médica feminina e masculina, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, ala de isolamento e outra ala separada de maternidade com alojamento conjunto. Esta instituição realiza atualmente cirurgias ginecológicas, oncológicas, ortopédicas, dermatológicas, vasculares, urológicas, pediátricas, dentre outras. Conta com as especialidades de médicos plantonistas, de clínicos gerais, pediatras, anestesistas, obstetras, além de outras especialidades de apoio.

A motivação para a construção deste estudo neste local de pesquisa deu-se pela minha vivência de trabalho como psicóloga nesta instituição, atuando também na coordenação do serviço. Através da minha prática, observava a necessidade de maior compreensão da subjetividade de cada sujeito, seja ele usuário ou profissional, objetivando ampliar as possibilidades de uma atenção mais compreensível e humanizada. Nesse sentido, essa pesquisa auxilia na minha compreensão da subjetividade dos sujeitos e dos meus processos de trabalho, bem como proporciona melhor visão das políticas públicas para que haja, nas minhas futuras práticas profissionais, novos fazeres em saúde que possam contribuir com processos reflexivos sobre a Política Nacional de Humanização e, quem sabe, ampliar a implantação da humanização.

### **4.3 Sujeitos da pesquisa**

Analisamos o número de participante tomando como base as ideias de Minayo (2000) retratando que a noção ideal de participantes para um estudo é aquela que dá relevância aos atores sociais, através de um número de entrevistas que possibilite conhecer, apurar e captar informações relevantes para o objetivo da pesquisa. Nesse sentido, a saturação significaria a repetição de informações já coletadas pelo pesquisador e esses dados já seriam suficientes para entendimento de um fenômeno. Fontanella, Ricas

e Turato (2008) complementam que na pesquisa qualitativa, o fechamento amostral, ou seja, o encerramento de novos participantes, pode-se dar à medida que os dados obtidos já apresentem, na visão do pesquisador, certa repetição ou redundância, ou seja, as informações colhidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam para a reflexão teórica proposta. No nosso caso, além de considerar a saturação como procedimento principal para a análise da produção dos dados, também levamos em contato a noção do caso negativo, como um indicador privilegiado para a finalização do trabalho de campo.

No que diz respeito aos critérios de inclusão, requeremos, além da disponibilidade de participação, que era necessário que o profissional de saúde tivesse pelo menos seis meses de tempo de serviço na instituição e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após os esclarecimentos previstos para a participação em investigações desta natureza. Como critério de exclusão elegemos apenas à recusa em participar do estudo.

Elegemos como sujeitos da pesquisa profissionais de saúde do Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa (Cabedelo-Paraíba). Participaram um total de 17 (dezessete) profissionais, sendo 14 (quatorze) de ensino superior (nove médicos, quatro psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira) e três (3) de ensino médio (uma técnica de enfermagem, um motorista, uma técnica em radiologia).

A faixa etária variou entre 29 e 53 anos de idade, a maioria era do sexo feminino (11), naturais de vários estados (Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro). Grande parte dos participantes encontrava-se, no momento da pesquisa casados (11), tendo de 0 a 1 filho, referindo serem na maioria católicos (10), havendo também evangélicos (04), ateu (01), espírita (01) e um cristão, destes, 09 referiram ser praticantes e 08 não praticantes. A faixa de renda mostrou-se bem

diferenciada, tendo os profissionais médicos uma média de 10 salários mínimos, os psicólogos e assistentes sociais entre 3-5 salários mínimos e os profissionais de ensino médio com a faixa de 1-2 salários mínimos, o que mostra a discrepância salarial entre as funções profissionais (Quadro 01). Para manter o sigilo e preservar a identidade de cada participante, optamos por escolher pseudônimos, pessoas renomadas na área da saúde pública/coletiva, como descritos a seguir.

**Quadro 1-Dados sócio demográficos dos participantes**

	Pseudônimo	Função	Idade	Sexo	Naturalidade	Estado civil	Filhos	Religião	Praticante	Experiência profissional	Faixa de Renda
<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>											
<b>1</b>	<b>Oswaldo</b>	Médico	34	M	Paraíba	Casado	0	Evangélica	Não	USF/Hospital	Mais 10 SM*
<b>2</b>	<b>Dráuzio</b>	Médico	29	M	Ceará	Casado	0	Católico	Sim	Hospital/ Consultório	Até 5 SM
<b>3</b>	<b>Marie</b>	Médica	31	F	Rio Grande do Norte	Casada	1	Católica	Sim	Hospital	Entre 5-10 SM
<b>4</b>	<b>Rita</b>	Médica	35	F	Paraíba	Divorciada	1	Católica	Sim	Hospital/Consultório	Mais 10SM
<b>5</b>	<b>Marcus</b>	Médico	43	M	São Paulo	Solteiro	1	Católico	Não	Hospital/universidade	Mais 10 SM
<b>6</b>	<b>Marcolino</b>	Médico	53	M	Santa Catarina	Casado	2	Ateu	Não	Hospital/Clínica	Mais 10 SM
<b>7</b>	<b>Zilda</b>	Médica	42	F	Paraíba	Casada	2	Católica	Não	Hospital/Consultório	Mais 10SM
<b>8</b>	<b>Alayde</b>	Médica	46	F	Paraíba	Solteira	1	Espírita	Não	Hospital/Consultório	Mais 10SM
<b>9</b>	<b>Emílio</b>	Médico	41	M	Pernambuco	Casado	1	Católico	Não	Hospital/Hospital	Mais 10SM
<b>10</b>	<b>Ana</b>	Psicóloga	37	F	Paraíba	Divorciada	2	Católica	Sim	Hospital/Hospital	Até 5SM
<b>11</b>	<b>Eleonora</b>	Assistente Social	40	F	Paraíba	Casada	2	Evangélica	Sim	Hospital/Hospital	Até 2 SM
<b>12</b>	<b>Matilde</b>	Psicóloga	35	F	Paraíba	Casada	0	Católica	Não	Hospital/PASM	Até 3SM
<b>13</b>	<b>Silvia</b>	Psicóloga	31	F	Paraíba	Casada	1	Evangélica	Sim	Hospital/ Hospital	5-10 SM
<b>14</b>	<b>Nise</b>	Psicóloga	34	F	Bahia	Solteira	0	Católica	Não	Hospital/Hospital	4-5 SM
<b>15</b>	<b>Ena</b>	Recepcionista	50	F	Paraíba	Casada	1	Católica	Sim	Hospital	3-4 SM
<b>16</b>	<b>Adriana</b>	Recepcionista	36	F	Rio de Janeiro	Casada	1	Cristã	Sim	Hospital	1-2 SM
	<b>Sérgio</b>	Motorista	37	M	Paraíba	Solteiro	1	Evangélico	Sim	Hospital	1-2 SM

\*SM- Salário Mínimo

#### 4.4 Instrumentos

Como instrumento de pesquisa, utilizamos entrevista semidirigida, baseada em uma dinâmica conversacional, seguindo um roteiro prévio elaborado com o intuito de garantir o alcance dos objetivos previstos no estudo. González Rey (2012) orienta que nas conversações é preferível começar do temas/aspectos/dimensões mais geral ao mais íntimo, ficando atento aos momentos em que a própria conversação vai entrando nessas experiências.

Para tal, construímos um roteiro de perguntas abertas para que possibilitasse a comunicação. Este era constituído de duas partes, uma de coleta de dados sócios demográficos e outra de perguntas sobre o tema de pesquisa (Apêndice I). A primeira parte solicitava a caracterização dos participantes, com idade, sexo, estado civil, naturalidade, religião e faixa de renda e segunda parte constituiu-se de três temáticas com perguntas norteadoras, sendo elas:

1. Aspectos familiares e formação profissional,
2. Relação do profissional com o trabalho.
3. Compreensão acerca da humanização e da PNH.

A primeira parte trata de dados sócio demográficos dos participantes, com o objetivo de oferecer ao(a) leitor(a) a caracterização dos entrevistados. Este momento inicial da dinâmica conversacional posiciona os sujeitos no seu lugar social, compreendendo sua identificação geral, tais como idade, sexo, naturalidade, especialidade profissional, estado civil, se tem filhos, faixa de renda e religião (se é praticante ou não).

O primeiro eixo da segunda parte explorou os aspectos familiares e a formação profissional, buscando captar algo significativo sobre as relações familiares, a própria

formação familiar, bem como a formação acadêmica, motivações para a profissão, os processos formativos e as experiências vivenciadas positiva e negativamente.

O segundo eixo tratou da relação com o trabalho, abordando aspectos como descrição do trabalho, processos de trabalho, aspectos positivos e negativos, sentimentos por ser profissional de saúde no nível hospitalar, possibilidades de mudança de profissão e avaliação da instituição.

No terceiro eixo abordamos sobre a humanização e a Política Nacional de Humanização (PNH), dando luz a questionamentos referentes à conceituação de humanização e da PNH, práticas de humanização, concepções de serviços humanizados, conhecimentos sobre a PNH, mudanças da PNH nas práticas profissionais, sentimentos sobre trabalhar na nesta política e reflexões sobre a PNH na vida profissional e pessoal.

Partimos da noção de que o roteiro da entrevista seria apenas um norteador para a dinâmica conversacional, podendo o processo comunicativo entrelaçar as questões disparadoras e tornar o diálogo mais interativo e fluido. Nesse sentido, pesquisadora e participantes fizeram seus ritmos de vai e vem, perfazendo uma construção, na qual os eixos temáticos não tinham uma ordem fixa, senão seguiam com leveza, respeitando os momentos dos mais leves aos mais densos até a finalização da entrevista.

#### **4.5 Procedimento para produção de dados**

A pesquisa iniciou em 2015 quando expusemos aos gestores da instituição de saúde a ser pesquisada nesta tese sobre o projeto e seus objetivos. A recepção foi excelente, com a participação da pesquisadora em várias reuniões multidisciplinares para exposição da realização do estudo.

Inicialmente, realizamos visitas à instituição para reconhecimento da área, funcionamento, novas alas e serviços etc., mas apenas realizando registros a partir de setembro de 2015. Realizamos uma observação na instituição para reconhecimento geral, seguindo um roteiro breve: distribuição dos ambientes e público alvo existente.

Realizamos contatos com possíveis participantes e as entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2016. Estas ocorreram diuturnamente, à disposição dos participantes e no local de sua escolha, acontecendo em sua maioria na sala de Psicologia, no repouso médico, na recepção e em um corredor do hospital, tendo duração entre 29 e 1h19 minutos, todas realizadas pela pesquisadora. Ressalto aqui que este corredor é uma área de ventilação da instituição, sendo esta arejada, aberta ao sol, com jardinagem, banco de concreto e capela de oração, enfim, área visitada por todos, sejam eles, usuários, acompanhantes, funcionários e até visitantes.

Observamos um problema em uma das gravações, cuja gravação foi apagada na mesma hora do término, mas prontamente a participante ofereceu-se a realizá-la novamente. Na tentativa de não haver perda de nenhum dos dados da primeira conversação, logo após as entrevistas desta participante, realizei uma gravação tentando colocar todas as recordações de dados discutidos, expressões, gestos, todas as lembranças ocorridas da primeira gravação. Ressalto, também, que uma das participantes não autorizou a gravação da entrevista, mas me permitiu fazer anotações, as quais fiz com sinais e símbolos que pudessem em seguida me remeter ao que foi conversado. Em seguida da conversação, gravei minhas impressões e os dados em áudio. Em comparação com as demais entrevistas, não senti diferença em termos de conversação geral nem de dados de pesquisa, nem algo que pudesse justificar a não aceitação desta participante para compor o estudo. Ao contrário, percebi que ela ficou bastante à vontade, inclusive tendo

a entrevista uma duração maior de 1h19 minutos. O Quadro 02 sintetiza as etapas do percurso da coleta de dados.

PARTICIPANTES		FORMA DE REGISTRO
<b>PRIMEIRA FASE</b>		
<b>ETAPA</b> <b>Observação</b>	<b>I-</b> Profissionais e sujeitos em geral	Anotações breves
<b>SEGUNDA FASE</b>		
<b>ETAPA</b> <b>Entrevistas</b> <b>iniciais</b>	<b>I-</b> Médicos	Entrevistas individuais e anotações breves
<b>ETAPA</b> <b>entrevistas finais</b>	<b>II-</b> Médicos, psicólogos, assistente social, enfermeiro, técnico de recepção, motorista e usuária	Entrevistas individuais e anotações gerais

Quadro 02- Etapas do percurso da coleta de dados

#### 4.6 Análise de dados

As entrevistas com os profissionais foram gravadas em equipamento próprio para este fim, foram transcritas e tratadas por meio de metodologia proposta por González Rey (2012) para o estudo da subjetividade, em que, após transcrição dos encontros são conduzidas várias leituras das conversações, visando seleção de indicadores.

Os indicadores aludem aos elementos extraídos desses registros narrativos que adquirem significado a partir da interpretação do pesquisador. Na interpretação levantaram-se indicadores referidos tanto à subjetividade individual quanto social, num processo dialético. As descrições sobre as experiências dos sujeitos são construídas a partir dos indicadores, formando os núcleos de sentidos subjetivos de cada participante, que avançam posteriormente para constituir os sentidos subjetivos, como uma compreensão global do tema. O processo é construtivo-interpretativo, cujo sentido subjetivo não estará dado, ele será construído (González Rey, 2005).

A partir dos elementos que emergirem na informação empírica, o pensamento avançará, construindo representações teóricas que estarão para além dos dados e permitirão acessar novas regiões do problema estudado. Sem modelo, grande parte dos elementos isolados (em sua aparência empírica) passaria despercebido, pois seu significado apenas é possível dentro de um sistema de significação. A análise dos dados nessa perspectiva se dá por meio do estabelecimento de uma lógica configuracional (González Rey, 2012), fruto da organização de um processo construtivo-interpretativo que advém no curso da própria pesquisa, num vaivém entre a construção, a reconstrução intelectual e a experiência, num processo flexível e dinâmico.

Para a análise das entrevistas, inicialmente, realizou-se a transcrição literal, para, finalmente, iniciar a análise dos dados. A análise das entrevistas ocorreu também de acordo com o método de caracterização e análise de conteúdo (Bardin, 2002), que permite a compreensão crítica do sentido das comunicações, do seu conteúdo, seja ele latente ou manifesto e das significações e que visa obter, através do conteúdo das mensagens, indicadores que possam tratar de conhecimentos sobre as mensagens.

Para a realização da análise de conteúdo, fez-se necessário seguir algumas etapas operacionais:

1. Constituição do *corpus* – formado pelo material coletado. No caso desta investigação, pelas entrevistas;
2. Leitura flutuante – consiste numa leitura superficial do material obtido, com a finalidade de tomar conhecimento dos dados para, em seguida, realizar leituras mais orientadas que permitam a impregnação por parte do investigador dos dados obtidos;
3. Codificação e recortes – dá-se a partir da decomposição do *corpus* e da codificação dos temas, agrupando-se o material em categorias;

4. Categorias – consiste na categorização do *corpus*. Na análise dos participantes identificamos (4) eixos, a saber: formação, trabalho, sentido da humanização e Política Nacional de Humanização. O eixo Formação foi organizado em duas (02) categorias: motivação e processo de formação (Quadro 03).

<b>EIXO 1: FORMAÇÃO</b>		
Descrição da temática: Retrata os aspectos relacionados à formação profissional dos(as) trabalhadores(as), o que os(as) motivou a escolha profissional, a satisfação com o processo de formação universitária e mesmo em demais formações, incluindo pontos que consideraram favoráveis e desfavoráveis neste processo de aprendizagem.		
<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Códigos</b>
<b>Motivação</b>	Diz respeito ao processo de escolha e decisão que os levaram a escolher a profissão em que atuam.	MOTI
<b>Processo de formação</b>	Diz respeito à satisfação dos participantes em relação a seu processo de formação.	SPRF

Quadro 03 - Bloco de participantes 01: Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Formação

O eixo Trabalho foi organizado em cinco (05) categorias: sentido do trabalho, sentido de ser profissional de saúde, aspecto positivo, aspecto negativo e desejo por mudança (Quadro 04).

<b>EIXO 2: TRABALHO</b>		
Descrição da temática: explora o mundo de trabalho dos(as) profissionais, suas rotinas e atividades realizadas.		
<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Códigos</b>
<b>Sentido do trabalho</b>	Diz respeito à representação que o trabalho tem na vida dos participantes do estudo.	STRA
<b>Sentido de ser profissional de saúde</b>	Trata quanto à representação que os profissionais tem em ser trabalhador de saúde, como eles se sentem sendo sujeitos em saúde.	SSPR
<b>Aspecto positivo</b>	Retrata os aspectos pelos quais as pessoas tem satisfação no trabalho.	DIMP
<b>Aspecto negativa</b>	Indicam aspectos pelos quais as pessoas manifestam cansaço e/ou insatisfação no trabalho.	DIMN
<b>Desejo por mudanças</b>	Retrata quanto o desejo do participante por mudança de área profissional.	DMUD

Quadro 04 - Bloco de participantes 01: Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Trabalho

O eixo Sentido da Humanização foi pensado em cinco (05) categorias: sentido da humanização, sentido de serviço ideal, vivência humanizada, vivência não humanizada, compromisso social (Quadro 05).

<b>EIXO 3: SENTIDO DA HUMANIZAÇÃO</b>		
Descrição da temática: refere-se aos sentidos que os participantes emitem sobre a humanização, como percebem, como vivenciaram e como sentem na sua vida profissional.		
<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Códigos</b>
<b>Sentido de humanização</b>	Retrata a percepção dos participantes sobre o tema da humanização	SHUM
<b>Sentido de serviço ideal</b>	Discute as percepções sobre o que seria um serviço ideal ou próximo do adequado.	SEIDE
<b>Vivência humanizada</b>	Aborda experiências próprias ou presenciadas pelos participantes de práticas que eles consideravam humanizadas.	VIHU
<b>Vivência não humanizada</b>	Aborda experiências próprias ou presenciadas pelos participantes de práticas de saúde que eles consideravam não humanizadas.	VIDE
<b>Compromisso social em saúde</b>	Retrata sobre o compromisso que os participantes tem com a saúde voltada para a vida social dos sujeitos.	CSSA

Quadro 05 - Bloco de participantes 01: Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Sentido da Humanização

O último eixo foi organizado em cinco (05) categorias: conhecimento, sentido da PNH, sentido das relações profissionais, sentido da ambiência e enfrentamento com o subjetivo (Quadro 06).

<b>EIXO 4: SENTIDO DA PNH</b>		
Descrição da temática: refere-se à discussão de sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde sobre a política pública de saúde de Humanização, o que sentem e pensam.		
<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Códigos</b>
<b>Conhecimento</b>	Refere-se ao tipo de conhecimento que os sujeitos tem acerca dessa Política	CNHE
<b>Sentido da PNH</b>	Retrata sobre o modo de como os participantes recebem a PNH na no trabalho e na sua vida em geral.	SPNH
<b>Sentido das relações profissionais</b>	Trata da percepção dos sujeitos no que diz respeito ao relacionamento profissional e as interações no trabalho.	SRPR
<b>Sentido da ambiência</b>	Aborda o que os profissionais pensam sobre a importância do ambiente na construção de um processo de humanização e do estabelecimento de cuidado para os usuários	SAMB
<b>Enfrentamento com o subjetivo</b>	Aborda como os profissionais lidam com as questões mais subjetivas dos usuários.	ESUB

Quadro 06 - Bloco de participantes 01: Temáticas, categorias, descrição de categorias e códigos do Eixo Sentido da PNH

5. Por fim, a última etapa do processo sugerido por Bardin (2002): Tratamento dos resultados – consiste na descrição detalhada das categorias.

Neste particular, após a ordenação e agrupamento dos dados nos eixos e categorias temáticas descritas acima, surgidas através da análise de conteúdo, houve a análise de cada entrevista separadamente para compreensão dos sentidos subjetivos. Nesta leitura individualizada, o material foi relido e buscamos indicadores que tratassem do eixo temático ao qual estava sendo refletido, no caso, indicadores que falassem dos eixos e categorias temáticas específicas, separadamente. Isso se deu com foco na identificação dos sentidos subjetivos dos sujeitos referente ao tema discutido naquela seção, através de uma análise geral das entrevistas e da identificação de semelhanças entre as produções enunciadas pelos participantes.

A apresentação de sentidos subjetivos foi consequência das análises individuais das entrevistas dos profissionais de saúde e da nossa compreensão de que havia aspectos que deveriam ser enfatizados no discurso particular de sujeito, observando a subjetividade individual e social em torno do entrevistado.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas para atender aos aspectos legais concernentes à pesquisa. Estes estão pautados nas recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, através do respeito aos quatro referenciais básicos da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Em relação ao contato com os participantes da pesquisa, foi assegurada a confidencialidade das informações prestadas pelo preenchimento dos instrumentos, conferindo-se o direito a não participação ou a interrupção do preenchimento em qualquer tempo, sendo solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Os instrumentos foram aplicados na própria instituição, de forma individual.

## CAPÍTULO V

### OLHAR SOBRE AS TRAJETÓRIAS DOS SUJEITOS

#### 5.1 Trajetórias dos sujeitos

Este capítulo, está organizado em dois momentos distintos. O primeiro, descrevemos brevemente as sínteses das entrevistas de cada um dos participantes do estudo, com o objetivo de facilitar a compreensão acerca de cada sujeito e de suas trajetórias<sup>1</sup> de vida e profissão. Aqui também oferecemos as minhas impressões como pesquisadora, considerando a entrevista em si, mas também as observações realizadas no hospital, acompanhando um pouco a rotina dos entrevistados.

A partir dos relatos dos participantes, elencamos algumas possibilidades de pré- indicadores que poderiam levar a indicadores de sentidos subjetivos sobre a relação dos aspectos da vida pessoal e da formação que configuravam a atuação e posicionamento profissionais atuais.

Neste momento, escolhemos a opção para identificar os participantes por pseudônimos, remetendo-os à pessoas da saúde pública brasileira. Justifico essa escolha pela busca de nomes para preservar o anonimato e sigilo dos participantes e, decorrente desta busca, fazer uma homenagem, mesmo que somente por nomes, a pessoas que grandemente contribuíram para o campo da saúde.

---

<sup>1</sup> Partindo da acepção de trajetória na língua portuguesa – “caminho percorrido por um corpo ou partícula em movimento”, a noção de trajetória que nos inspirou pode ser atribuída também ao que Bourdieu (1999) problematiza como “producción de sí”, quer dizer, “serie de las *posiciones* sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (p. 82). Referência em Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona-España: Anagrama.

Reforçamos ainda que a relação entre os sujeitos de pesquisa e as pessoas da saúde pública foi realizada de forma aleatória por nós, surgidas a partir das leituras e percepções da vida dos participantes da pesquisa e das peculiaridades das pessoas presentes do referido campo. Reforço ainda que as pessoas são marcadas pela grande participação em saúde, sejam como pesquisadores, profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, cientistas, militantes pela saúde, enfim, são pessoas que deram sua contribuição na saúde pública/coletiva brasileira. Portanto, fizemos aqui uma homenagem aos nossos sujeitos de pesquisa que lutam dia-a-dia pela saúde de todos no SUS e aos que historicamente acreditaram e construíram uma saúde pública/coletiva para a sociedade.

## **5.1 Análise dos olhares sobre as trajetórias dos sujeitos**

### **1. Oswaldo**

Força de lutar e garra são marcantes na trajetória desse participante. Profissional médico, natural da Paraíba, 34 anos, casado, sem filhos, de religião evangélica, trabalha em hospital e em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e alegou ter renda com mais de dez salários mínimos. Profissional sonhador e amante de sua área, fez de sua história familiar uma luta pessoal a favor da saúde dos outros. Único médico da família, em meio a tantos familiares da área jurídica e de cálculos, viu nos problemas de saúde de sua irmã com lúpus e a mãe com artrite reumatoide, uma busca para um olhar diferente para o cuidado em saúde. Ele queria olhar diferente, queria ter força de poder ajudá-las, e desde seus cinco ou seis anos de idade surgia o gosto pela área vendo familiares serem portadores de doenças graves crônicas. Entretanto, não teve tempo, pois a irmã faleceu um ano antes de ele completar a formação de Medicina e a mãe faleceu um mês depois. Assim, não teve a chance de cuidar dos seus, mas, como ele mesmo disse, “*do trágico,*

*foi uma coisa engraçada*". Para ele, não havia nenhum arrependimento de todo investimento pessoal, sim, um legado de luta por um cuidado especial a quem precisa. Lutador por uma saúde mais digna. Nesse momento na Saúde Pública, falamos de Oswaldo Gonçalves Cruz<sup>2</sup>, médico, sanitarista e cientista de doenças tropicais no Brasil.

### **Minha impressão como pesquisadora**

O convite de participar da pesquisa foi bem recebido e logo sendo marcada uma data para ser realizada em sua residência, a seu convite, visto acreditar que poderia se sentir mais à vontade para poder conversar. Teve duração de mais de uma hora, sua esposa estava em casa, mas deixou-nos sozinhos sem interferência alguma. Mostrou-se à vontade e sem problemas para a conversação. Ao relatar sobre sua opção pela formação em Medicina, por algumas vezes, respirou fundo e ao falar especificamente do tão esperado final do curso, momento pelo qual já poderia ajudar a seus familiares. Falava que seu desejo surgiu de fazer Medicina de pequeno, mesmo vendo familiares sendo advogados, juízes e contadores. Mas o desejo se confirmou com o tempo e com as doenças familiares. Mesmo assim, mostrava-se seguro e feliz pela sua opção, em poder ajudar e lutar por uma saúde digna, justa e igualitária. Falava com fervor e força, o quanto ajudavam os usuários, muitas vezes fora do horário de atendimento. Teve experiência em USF e neste momento, retratava com mais fervor o quanto a saúde necessitava de profissionais batalhadores e amantes da profissão e quanto à saúde precisava ser mais olhada com mais investimentos

---

<sup>2</sup> Formado em Medicina em 1892, criou o Instituto Soroterápico Federal (1900), atual FIOCRUZ, coordenou campanhas contra varíola, peste bubônica e febre amarela, deixando-o em destaque na esfera nacional e internacional pela luta contra doenças e pelo saneamento do Rio de Janeiro. Atuou na Diretoria Geral de Saúde Pública e se dedicou ao Instituto Manguinhos. Desafiador pelos problemas de saúde, insistia nos estudos microbianos e nos levantamentos das condições sanitárias do país. De maneira também desafiadora trabalha nosso primeiro participante da pesquisa que busca erradicar coisas simples do cotidiano do trabalho em saúde, a desumanização, o esgotamento profissional, o desmerecimento de equipes multidisciplinares. Enfim, nosso Oswaldo pensa na responsabilidade do cuidado, na participação dos cidadãos na sua saúde e na educação em saúde.

pelos gestores. Nesta trajetória, observamos no seu registro narrativo, citado acima, um primeiro indicador que se refere a motivação para a formação, informando sobre o desejo em realizar o curso de formação em Medicina, explicitando que pelo contexto em que passava, poderia ser uma questão triste, mas foi reformulada emocionalmente para se tornar boa e agradável para sua vida.

## **2. Dráuzio**

Dráuzio<sup>3</sup> é um jovem rapaz médico de 29 anos que trabalha nesta instituição e atende em um consultório particular. Natural do Ceará, casado, ainda sem filhos, católico praticante, referiu-se ter renda menos de 10 salários mínimos. Aparentemente muito jovem e calmo, relatou o desejo desde criança pela área médica, embora na época de vestibular tivesse realizado curso de Enfermagem. Concluiu o curso de Enfermagem, realizando mestrado na mesma área. Dentro do curso de Enfermagem, refletiu sobre suas escolhas e voltou-se para fazer o que mais tinha desejo, que era Medicina. Assim, enquanto terminava o Mestrado em Enfermagem, realizava o curso de Medicina em uma faculdade particular. Referiu gostar muito de sua profissão e que alcançá-la foi sua melhor opção de felicidade profissional.

---

<sup>3</sup> Antônio Dráuzio Varella é oncologista, cientista e escritor, além de atuar na área de rádio e TV. Atuou na área de moléstias infecciosas, câncer e AIDS, sendo um dos pioneiros no estudo dessa doença no Brasil. Difundindo conhecimentos em saúde nos meios de comunicação, viajou por várias cidades do país e refletiu que as experiências o tornaram mais próximo da realidade humana, visto que a faculdade não prepara totalmente o profissional.

### **Minha impressão como pesquisadora**

A realização da entrevista deu-se após cinco visitas e observações no hospital. Um tanto reservado, não aceitava muita aproximação nos dois primeiros contatos nos corredores e alas do hospital. As minhas visitas na instituição eram diárias e os dias de trabalho desse participante se davam em mais de um dia da semana, visto ter havido troca de plantão com demais colegas de trabalho dele. Desta forma, aproximei-me com o passar dos dias sem intervir nas suas atividades, somente observando de forma geral o trabalho, atenção aos usuários e interação entre equipe e o participante. No quinto dia relatando minha participação na pesquisa numa conversa informal no corredor do hospital, convidei-o e ele aceitou prontamente, embora a entrevista tenha ficado para outro dia, visto seu plantão estar muito sobrecarregado de usuários. Era visível seu esforço diário, atendendo imediatamente os usuários em seus horários e até mesmo auxiliando o colega de plantão quando este estava com a demanda de usuário muito cheia enquanto o participante deveria estar em horário de repouso. Esta era uma realidade atípica que para mim como pesquisadora e profissional da área era muito incomum. Normalmente, os profissionais médicos dividem horários e durante um turno, um atende e o outro fica no repouso, somente sendo chamado para casos de urgência pelo seu colega de plantão. No caso desse segundo participante, ele atendia no horário de atendimento dele e fora do seu horário ele atendia outras necessidades de que precisassem, sem ficar muitas horas no repouso. Enfim, ele acompanhava seus usuários praticamente todo o momento de cuidado a saúde, desde quando entravam até os devidos encaminhamentos na urgência, observação ou mesmo transferências junto ao Serviço Social, além de atender a solicitações outras da equipe multidisciplinar. A entrevista ocorreu no local de sua escolha que foi no corredor ao lado do repouso, no seu horário de “descanso”. Foi uma entrevista rápida, objetiva da parte dele, atento ao próximo horário de atendimento.

### 3. Marie

A terceira entrevistada foi uma médica de 31 anos, natural do Rio Grande do Norte, casada, tem um filho, católica praticante, trabalhava em mais de um hospital e tem renda com mais de dez salários mínimos. Única médica da família, acreditava que foi influenciada pelo pai, que desde pequena ouvia-o falar “essa aqui é minha futura médica”. Seguiu com esse pensamento, muito embora o gosto passou a ser dela com esse incentivo, ou como ela mesmo referiu “*Acho que no fundo ele deve ter embutido isso na minha mente e eu cresci já achando que eu queria ser médica*”. Agradar ao pai era o pensamento inicial, mas passou a gostar da área quando adolescente e na faculdade sentiu-se segura que estava fazendo a coisa certa. Referiu que depois dela ser médica, seu irmão também decidiu pela área. Na realidade, referiu que nasceu com essa vocação de ser médica, mas que no fundo teve auxílio de seu genitor para tal alcance. Trabalha no SUS e na rede particular e gosta, particularmente, mais do SUS porque ajuda muito mais as pessoas. A Marie<sup>4</sup> do nosso estudo também era apaixonada pela medicina e sendo obstetra, era atuante e comprometida com todos seus casos, trabalhando na área particular e do SUS, tendo mais preferência pelo último. Como neste registro “*eu trabalho mais em serviços do SUS mesmo. Eu gosto de trabalhar mais no SUS. Faço o que gosto, essa medicina que amamos trabalhar*”. Neste relato, apontamos mais um indicador de sua satisfação pra o trabalho, informando-nos acerca do mundo do trabalho e sua satisfação na práxis diária.

---

<sup>4</sup> Na Saúde Pública Marie Josephine Mathilde Durocher ficou conhecida como madame Durocher, a mais importante parteira do Rio de Janeiro no século XIX. Foi um marco história em tempos em que somente homens estavam em esfera estudantil e pública. Em 1832, com os cursos de Medicina, Farmácia e Partos, ninguém era permitido curar ou fazer qualquer tipo de assistência em saúde sem o título de formação. Foi assim que Marie, naturalizada brasileira, fez o curso oficial de parteiras, a primeira e única matriculada, diplomando-se em 1834. Neste mesmo ano, divulgava suas ações em jornais e atuava com vestimentas classicamente masculinas, com saias longas, gravatas borboleta, sobretudos e meia cartola de seda pretas, visto que era uma profissão masculina. Adquiriu renome na cidade e atendia todas as pessoas sem distinção, especialmente casos obstétricos, dos ricos aos pobres, atendendo inclusive o nascimento da Princesa Leopoldina, filha de D. Pedro II (1840-1889). Madame Durocher foi admitida na Academia Imperial de Medicina em 1871, escrevendo vários artigos e exercia sua área com muita competência e profissionalismo.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Os primeiros encontros se deram em plantões noturnos, quando ela tinha atendimentos geralmente nos primeiros horários e eu acompanhava a rotina dos profissionais durante a ronda noturna. Mostrou-se receptiva no primeiro contato, sendo este na copa, onde jantamos juntas e o segundo contato foi no corredor onde há flores e arbustos no meio do hospital, local onde alguns profissionais, usuários, acompanhantes e familiares vão se refrescar. Esse segundo dia de trabalho foi tranquilo, com poucos atendimentos e conversei sobre minha pesquisa, convidando-a para participar em algum outro dia. Ela aceitou e marcamos para um próximo dia de plantão. A entrevista foi realizada no próprio repouso, onde a entrevistada estava em seu horário de turno, já tinha passado a visitar os seus usuários e não havia outros para atender naquele momento. Convidei-a para irmos a um lugar mais aberto e tranquilo, onde pudéssemos ficar mais sozinhas, visto a sala estar com mais três ou quatro outros profissionais no repouso. Ela referiu não haver problema, a pesquisa poderia ser ali mesmo, na cama do repouso. Descaso ou pouca preocupação na pesquisa foi o que pensei, mas sentei-me, pus o gravador a funcionar e falando baixo realizamos a entrevista. Chamou-me atenção que a ela não fez questão de sair do quarto, mas retratou de questões familiares particulares e de trabalho sem maiores melindres.

#### **4. Rita**

Rita<sup>5</sup>, médica de 35 anos, natural da Paraíba, divorciada, tem um filho, católica não praticante, trabalha em dois hospitais e tem seu consultório particular e tem renda

---

<sup>5</sup> Rita Lobato Velho Lopes que foi a primeira médica a se formar em Medicina no Brasil e a segunda da América Latina. Começou seu curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, transferindo-se para a

mensal de mais de 10 salários mínimos. Seus pais não eram da área médica, embora houvesse tios na área. Refere não ter recebido influencia por parte dos familiares, mas era muito estudiosa e relatava que queria ser médica. Como relatou “*Eu sempre queria ser médica. Eu cresci pensando, eu vou ser médica. Eu vou ser médica*”, esse pensamento foi que a alavancou para esta área, retratando ser muito satisfeita e feliz com a profissão pessoal e economicamente. Identificamos, aqui, mais um registro narrativo que sugere um indicador de processo de formação profissional, neste caso sobre a não influência familiar. Nesse particular, evidenciamos uma dimensão de auto ativação na sua constituição de prática profissional, sendo autônoma e responsável por sua escolha. Esse trecho evidencia um sentido subjetivo de perspectiva de futuro dentro da área profissional, configurando um sentido de foco no futuro. A participante também refere cuidar de seus pacientes igualmente em qualquer situação, seja público ou particular e é atenta a qualquer necessidade de seus usuários e resume “*Eu sou muito feliz dentro da minha profissão. Muito feliz mesmo. Me sinto completa atendendo as pacientes*”.

### **Minha impressão como pesquisadora**

É uma profissional antiga da instituição e com ela realizamos contatos iniciais em que houve boa aceitação para participar do estudo. A sua realização se deu em um dia de plantão agitado com muitas demandas. Após ter atendido seus pacientes, ela me chamou para o consultório dela, porque ali poderíamos ficar mais à vontade. Paciente, calma e atenciosa, mostrou-se a disposição de quaisquer outras necessidades que eu precisasse na pesquisa. Coincidentemente, realizamos a entrevista e imediatamente após seu termino e encerramento da gravação, observamos que a entrevista não foi gravada, momento através

---

Faculdade de Medicina da Bahia e formando em 1887 defendendo a tese de *A operação cesariana*, tema controverso na época.

do qual a própria participante propôs uma nova gravação. Visto a situação, realizamo-la, sendo fluente, sem cortes ou cansaço por já ter falado. Demonstrou ser batalhadora pela saúde de seus usuários e constantemente cuidadosa e sensível às necessidades de cada um, entendendo as particularidades de cada sujeito. Isso realmente impressionou-me, pois em todos os contatos que tive com esta profissional ela esteve calma, paciente e atenciosa com os usuários e com a equipe. De qualquer maneira, imediatamente após a entrevista, realizei meu registro da primeira entrevista para que não pudesse perder dados importantes.

## 5. Marcus

Marcus<sup>6</sup>, surpreendente, crítico, contestador e a favor de uma luta social. Essa é o rosto desse participante que é médico e trabalha em hospital público do Estado e dá aulas em uma universidade pública. Natural de São Paulo, tem 42 anos, é solteiro, tem uma filha e moram sozinhos. Refere ser católico, não praticante, e tem renda de mais de dez salários mínimos. Este participante é um constante reflexivo das práticas da formação em saúde e de uma Medicina mais Social. Buscou na sua vida acadêmica uma “transformação social”, recusando-se a aceitar o movimento de formação tecnicista, distante das práticas

---

<sup>6</sup> Fazendo nosso elo com pessoas da saúde no Brasil, se há algum Marcus de que podemos chamar de contestador, crítico, lutador pelas causas sociais, esse é Marcus Vinícius de Oliveira Matragá<sup>6</sup> (*in memoriam*), um dos pioneiros na luta pela reforma antimanicomial e na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Professor da Universidade Federal da Bahia, Consultor da temática de saúde mental pelo Ministério da Saúde, atuou nos Conselhos Federais de Psicologia, não se calava mediante aos entraves da sociedade, tinha um compromisso social em ver os invisíveis e mostrar o lado subjetivo das facetas da saúde pública. O Marcus da pesquisa buscava na medicina um espaço de transformação social, uma medicina próxima da comunidade, com práticas mais humanas e com uma relação profissional-paciente muito mais conexa. Compreende que “a prática médica de qualidade deveria associar a técnica com um sentimento de solidariedade com o outro” e buscava uma profissão mais comprometida com o ser humano e que os sujeitos fossem mais críticos e questionadores. Eis que o Marcus da saúde pública, aqui homenageado cedendo seu nome como pseudônimo, buscava um processo de reconfiguração social do psicólogo, nas ações e contribuições em entidades pelo movimento social dos cidadãos, buscava ver os sujeitos em todas suas facetas, analisando as desigualdades e a subjetividade, desencadeando nós a serem destrinchados. Enfim, era um homem obstinado a compreensão dos sujeitos complexos e de suas produções sociais.

de ensino, da comunidade e das pessoas. No início de sua formação, referiu desejar sair do curso de medicina, por inquietude de não permitir atingir suas pretensões, que era estar próximo da realidade dos sujeitos. Com tais reflexões, entrou no movimento estudantil e teve contato com projetos de extensão universitária que trouxeram novamente a ânsia pela profissão mais ligada ao comunitário. Segundo ele *“essas práticas me trouxeram novamente a perspectiva de contato com a comunidade e esse contato com a comunidade me trouxe novamente a perspectiva de que a Medicina poderia me proporcionar os objetivos pelos quais eu fiz essa opção”*. Concluiu o curso e realizou residência na mesma área comunitária no sul do Brasil.

Neste momento, observamos o quão expressivo o contato com a comunidade foi para o participante, pois o contato com o social foi para ele transformador. Isso é o que parece na nossa visão de pesquisadora, para além das citações dos registros narrativos. Por isso, consideramos que o enunciado acima é um indicador de identificação com o processo de formação, havendo uma dimensão de futuro do participante, na perspectiva de um novo olhar para os estudos e conseqüentemente, para o trabalho.

### **Minha impressão como pesquisadora**

O convite a este participante foi realizado de forma simples, no corredor e o estudo foi marcado para a semana seguinte. Recebida de forma séria, iniciamos a conversação no repouso médico, não havendo nenhum outro profissional no ambiente. Inicialmente calmo e sério, aguardava as perguntas e as respondia de forma incisiva e se mostrava com desejo de dialogar sobre as temáticas abordadas. Devido ao tom sério e com opiniões muito assertivas, a entrevista começou mais tímida, em que o entrevistado e eu pesquisadora encontrávamos mais atentos aos questionamentos, com pouca relação de afinidade. No decorrer da entrevista, nós ficamos mais à vontade e a entrevista transcorreu

com mais leveza. Marcus afirmou sobre suas lutas por uma saúde diferente, que tenta fazer o melhor, relatando que começou a lecionar para passar essas reflexões para seus alunos. Mostrou-se um defensor de causas sociais e discussão política. Apresentou-me como um participante muito contestador, com reflexões diferentes de outros, sendo para mim um caso atípico, ou um “caso negativo”.

## **6. Marcolino**

Marcolino<sup>7</sup> tem 53 anos, natural de Santa Catarina, casado há 25 anos, como dois filhos, afirma ser ateu, trabalhar em rede hospitalar e na universidade e receber mais de dez salários mínimos. Refere tentar viver em harmonia no lar, tendo uma vida pessoal tranquila, trabalhando e vivendo em função de objetivos familiares. Segundo ele, a sua profissão ajuda a manter seu vínculo familiar harmônico e dentro daquilo que ele acha que é o correto e justo. Alegou que sua área de trabalho foi uma “vocação pessoal encontrada aos 17 anos” em contato com uma estudante de Medicina da época. Neste momento, a conversa se encaminhava para opiniões, descrições dos fazeres médicos, o que faziam as pretensões da pessoa com a escolha dela. Enfim, foi um encontro para o participante marcante para sua decisão que considera que foi acertada. No último registro citado, surge um indicador de satisfação com a escolha profissional, pois, para o participante, o trabalho foi uma escolha perfeita para sua vida.

---

<sup>7</sup> Na Saúde Pública, Marcolino Gomes Candau foi o primeiro médico brasileiro ligado as Nações Unidas. Marcolino Gomes Candau assumiu também cargo de Diretor Assistente da Repartição Sanitária Pan-Americana e Segundo Diretor Geral da OMS. Pelo visto, nosso Marcolino teve como o da Saúde Pública, decisões acertadas de escolhas profissionais, tendo em vista as grandes contribuições que ambos tiveram em seus trabalhos.

## **Minha impressão como pesquisadora**

Este participante recebeu-me receptivamente, aceitou o convite da pesquisa e marcando um próximo dia devido ao dia cansativo de trabalho que estava tendo neste primeiro contato. O encontro com este participante foi tranquila, iniciada no repouso médico. Em seguida, continuamos no corredor que antecede o repouso, uma área aberta com jardim e espaço solar, uma mudança solicitada pelo participante, visto haver outros profissionais adentrando no recinto. Relatou de sua vocação para o trabalho e enfatizou que sua profissão era uma luta constante em prol de fazer o bem a todos. A entrevista foi curta e os comentários eram breves e pontais, o que nos mostrou certo desinteresse em discutir temáticas tocadas, somente conversando o necessário para a conversação.

### **7. Zilda**

Zilda<sup>8</sup> é uma profissional médica, 46 anos, natural da Paraíba, casada, tem dois filhos, afirmou ser católica, não praticante, trabalha na rede hospitalar e em consultório particular e afirmou ter renda mensal maior que dez salários mínimos. Retrato uma história de filha de médico e uma dona de casa zelosa e afirmou que teve uma criação tranquila, sem pressão para a formação na área médica, embora esteja consciente de que sua escolha possa ter sido em função da experiência familiar. Teve dúvida pela área jurídica, mas optou pela saúde. Atualmente, afirma que está bem na família e que tenta apoiar as filhas para quaisquer áreas que queiram, reforçando com o esposo para que, juntos, possa deixar aos próprios filhos a sua escolha profissional. Assim, afirmou: “A

---

<sup>8</sup> Zilda Arns foi fundadora e coordenadora da Pastoral da Criança, ajudou a criar o movimento que reduziu drasticamente a mortalidade infantil no Brasil. Zilda foi pediatra, ajudou a criar o movimento que reduziu drasticamente a mortalidade infantil no Brasil com a criação do uso do soro caseiro no País. A solução simples formada de água, açúcar e sal evitou que crianças morressem de diarreia e desidratação.

*melhor coisa é decidirmos uma coisa pela nossa própria cabeça, por isso que faço o mesmo com minhas filhas e peço ao meu esposo para não ficar falando besteiras para elas. Deixem elas escolherem o que é melhor para elas, é o futuro delas e não o nosso”.*

Atua na área de pediatria, gosta de sua profissão e sente-se realizada pelo dia-a-dia profissional. Neste último registro, registramos um indicador que se refere a vida acadêmica e a influência familiar, dizendo-nos sobre as relações familiares e influência familiar na escolha da profissão.

### **Minha impressão como pesquisadora**

A entrevista com esta participante foi realizada depois de três contatos individuais nas dependências do hospital, explicando sobre a pesquisa e dialogando sobre os meandros dos trabalhos em saúde e das formações universitárias. Após os contatos iniciais, sendo estes mais para aproximação e explicação da pesquisa, realizamos a entrevista em um dia tranquilo de trabalho. Mostrou-se tensa, inicialmente, pela gravação do áudio, mas depois a entrevista fluiu bem, sendo realizada no seu consultório, a seu pedido, uma vez que poderiam necessitar dela e se fôssemos para outra sala não iriam encontrá-la tão facilmente. Médica calma e paciente, revelava-se satisfeita com sua escolha profissional, mas estava preocupada com a escolha das filhas e com a felicidade delas e compreendia que o esposo pudesse realizar pressões subliminares no cotidiano para que as filhas seguissem o caminho da área médica. Mostrou-se também satisfeita com a área de atendimento particular, referindo que este, hoje em dia, é o que complementa a renda salarial. Por isso, não pode parar de investir na sua clínica privada.

## 8. Alayde

Alayde<sup>9</sup>, natural e genuinamente ímpar na relação com seus usuários. Assim é a participante 8, uma profissional médica de 46 anos, paraibana, solteira, tem um filho, referiu ser espírita, não praticante, atuar na rede hospitalar e em seu consultório e ter renda maior de dez salários mínimos. Moradora de João Pessoa desde infância, somente se afastou da cidade para realização da residência médica, pois era um sonho da época. Quando da escolha profissional, referiu ser orientada por uma tia para formação na área de Medicina, não antes se imaginando médica, mas referiu que a conversa com a tia foi clara e oportuna para auxiliar a escolha. Profissional batalhadora, consciente das necessidades de saúde dos usuários e da situação crítica na organização da saúde atualmente, atende cada usuário com dignidade e respeito pela sua dor e sofrimento, o que a destaca como mais que médica, mas como pessoa.

### **Minha impressão como pesquisadora**

O contato com essa participante deu-se em um dia de seu trabalho, quando ela foi apresentada a pesquisa e prontamente aceitou participar. Muito competente e receptiva com todos, aceitou a participação e ainda mostrou-se aberta para quaisquer outras necessidades. A entrevista foi realizada na sala de Psicologia, visto considerar ser um ambiente mais calmo, com menos interrupções, além de ter boa aproximação com os profissionais da área. Ela mostrou-se uma profissional extremamente comprometida com a causa da saúde pública e com o sentido de tratamento mais humano a aqueles que necessitam de atenção. É muito aclamada por familiares e usuários pela forma respeitosa

---

<sup>9</sup> Ana Alayde Werber Saldanha também é uma profissional íntegra, batalhadora e sensível às questões subjetivas dos sujeitos, é professora e pesquisadora na área de redução de vulnerabilidades e enfrentamento à soropositividade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

e carinhosa com que trata a todos. A entrevista deu-se no próprio consultório e sem interrupções e ela se mostrou segura de sua práxis.

## **9. Emílio**

Emílio<sup>10</sup>, este é um profissional médico, 41 anos, casado, um filho, natural de Pernambuco, referiu ter a experiência de possuir médicos na família, e ter renda mensal de mais de dez salários mínimos. Afirmou ainda que tinha familiares com a mesma profissão, sendo o pai e o tio cirurgiões em hospitais do estado. Com a convivência, começou a gostar da área, mas afirmou que não houve nenhum tipo de pressão para sua escolha, foi mais uma realização pessoal. Realizou graduação em universidade pública, residência em clínica geral e especialização em São Paulo. Profissional sério e curto nas suas palavras, trabalha em dois hospitais do Estado.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Participante com alguns anos de atuação no hospital é considerado como experiente e muito competente, muito embora também seja reconhecido pela rispidez e pelas poucas palavras nas interações. Dentro da busca pelos participantes nesta pesquisa, convidei-o para participação, recebendo uma recusa inicial. Entretanto, em dias seguintes, podemos encontrá-lo e manter alguns diálogos sobre a temática de saúde pública nas alas do hospital, cujo enredo estaria sendo quase o mesmo da entrevista. A partir dos encontros casuais sem a participação no estudo, fizemos novo convite para a participação, aceitando

---

<sup>10</sup> Na saúde pública, Emílio Ribas foi médico que combateu epidemias especialmente a febre amarela e foi pioneiro da Medicina Preventiva e curativa no Brasil. Emílio Ribas descobriu a transmissão da doença seria por um mosquito *Aedes Aegypti* e também combateu a peste bubônica, tuberculose e a lepra. Foi pioneiro da Medicina Preventiva e curativa no Brasil, organizou o Serviço Sanitário, do Desinfectório, tornando-se hoje o Instituto Emílio Ribas, sendo uma das primeiras instituições de Saúde Pública em São Paulo.

participar da entrevista. A entrevista foi no corredor do hospital, nas imediações do repouso médico. Relatou as dificuldades em se trabalhar na situação atual de crise no país e que a saúde pública estava passando por uma grande calamidade, mas fazia o que podia para todos. Percebi que mantinha certo distanciamento de casos psicossociais e no diálogo explicou que para ele como médico era difícil lidar com as emoções de tantos casos, mas fazia o possível e qualquer necessidade solicitava ajuda de colegas das áreas mais especializadas.

## 10. Ana

Ana<sup>11</sup> é psicóloga, natural da Paraíba, 37 anos, divorciada, tem dois filhos, trabalha em dois hospitais do Estado e referiu ter renda mensal de até cinco salários mínimos. Moradora do mesmo prédio que os pais, o que a deixa mais calma e tranquila quanto ao apoio familiar na orientação e apoio dos menores, embora more sozinha com seus dois filhos em outro apartamento. Quando da escolha profissional, afirma que inicialmente seguiu por Pedagogia e Psicologia, realizando as duas em universidades pública e privada, respectivamente. Após esse contato inicial, optou pela área da Psicologia, pois como ela referiu *“não me vejo fazendo outra coisa... eu me sinto realizada”*. Trabalha em dois hospitais do Estado, o que a exige muita organização e empenho na dinâmica entre trabalho e família. Essa Ana mostrou-se empática quando colocava-se no lugar de pacientes na UTI, dizendo: *“pensava como seria estar ali”*.

---

<sup>11</sup> Na saúde pública, Ana Van Der Lindem<sup>11</sup> era médica neuropediatra e descobriu os primeiros casos de bebês atípicos com má formação craniana, a microcefalia. Verificamos, aqui, no registro narrativo de Ana, mais um indicador de satisfação com o trabalho, o que possibilita a Ana desempenhar um papel ativo e feliz no seu ambiente de trabalho. Ainda produz mais um segundo relato onde se mostra envolvida com o fazer profissional, com muita empatia. Ana Van Der Lindem descobriu o primeiro caso no IMIP, e seguidas semanas foram surgindo novos casos. Pesquisando incessantemente os casos, concluiu que iniciava uma epidemia que seria um desafio para ela e para a saúde pública. E em entrevista, colocando-se no lugar do outro, das mães e crianças atendidas, afirma: *“Eu choro sozinha, no hospital, não! Aí penso, o que vai ser delas?”*

Mostrou-se também lutadora para uma melhoria nas condições de acomodação e bem estar de cada um de seus pacientes, quando afirma que na UTI os pacientes ficam isolados, sem contato com o mundo. Ela lutou, batalhou muito para que essa realidade fosse mudada. E mudou essa realidade junto com a equipe e a direção administrativa, com visitas, aparelhos audiovisuais etc.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Profissional doce, competente e respeitada. Essa é a participante que se mostrou sempre prestativa desde os contatos iniciais que foram realizados para observações gerais em dias de trabalho e apresentação da pesquisa. Desde o início, sempre calma e atenciosa, aceitando participação, mas preocupada com qualquer necessidade que seus usuários tivessem quando realizávamos a pesquisa, pois precisaria interromper. Foram realizados dois encontros para conversas e observações no hospital, podendo acompanhá-la por alguns momentos. O primeiro encontro foi importante para uma observação ampla e para perceber o quanto era comprometida com os usuários, atendendo de forma calma e sensível, prestando assistência inclusive aos funcionários. O segundo encontro foi marcado por um dia de bastante demanda, com pacientes, familiares e funcionários de diversos setores e que ela atendeu prontamente, mesmo demonstrando cansaço e certo esgotamento. A aceitação da pesquisa já estava clara, mas está só foi realizada num terceiro dia, quando seu turno estava um dia mais tranquilo, mostrando-se clara, decidida e comprometida com a saúde pública e com as centenas de sujeitos que necessitam de apoio.

## 11. Eleonora

Eleonora<sup>12</sup> é assistente social, 40 anos, casada, tem dois filhos e mora no mesmo bairro dos pais, o que a tranquiliza bastante pelo fato de poder ver seus entes queridos a qualquer momento. Referiu que a escolha profissional seria pela Medicina, sendo incentivada pelos pais, entretanto não foi possível com as dificuldades de entrar na faculdade. Dessa maneira, para se tornar mais próximo da área médica, começou a trabalhar em setor administrativo em um hospital público e tendo contato com as profissões mais diretamente, decidiu realizar o curso de Serviço Social. Muito embora gostasse bastante da área em que estava trabalhando, afirma fortemente que seu sonho sempre foi fazer Medicina, mas teria desistido de entrar, pois considera-se com idade avançada para este investimento pessoal. Atualmente é trabalhadora em dois hospitais públicos do Estado, tornando-a satisfeita pela vivência na área de saúde, como se referiu *“era a forma mais próxima que eu tinha de viver a área médica”*. Nesta trajetória, surge um indicador de inquietude pela busca de um trabalho compensador na saúde que a levasse satisfação, possibilitando a Eleonora um sentido subjetivo de trabalho definido como também realizador. Nossa Eleonora da pesquisa também mostrou-se sensibilizada pelas causas das mulheres, quando mobilizada em seu trabalho por um caso de agressão contra uma paciente grávida, abusada pelo genitor, doadora de filhos anteriores também filhos do seu pai biológico. Eleonora imergiu no caso, investigou e tentou modificar uma

---

<sup>12</sup> Pela reflexão na saúde pública, Eleonora Menicucci de Oliveira é uma socióloga, cientista política, graduada em Ciências Sociais e lutadora pelas causas das mulheres na sociedade. Eleonora Menicucci de Oliveira foi secretária de Políticas Públicas para os direitos das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos e Ministra da Secretaria de Política para as Mulheres. É feminista convicta e há alguns anos está inserida nas políticas sociais com áreas de direitos humanos e políticas públicas para as mulheres, objetivando a garantia dos direitos e da segurança das mulheres, bem como a diminuição da violência feminina.

realidade que a tocou, como expressou: “*Me emociono sempre que lembro dessa história. Ajudamos a mudar a vida de uma pessoa*”.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Esta é uma profissional que aprendeu a gostar do seu trabalho e o realiza de forma exímia e comprometida na atenção e no relacionamento com os profissionais de saúde. O contato inicial com ela foi realizado no seu plantão de trabalho, momento através do qual apresentei meu estudo e convidei-a a participar da pesquisa. Houve certo receio da participante quanto à realização da entrevista, solicitando que realizássemos outro dia quando estivesse mais à vontade. Assim, realizei observações durante dois dias em seus turnos, nos quais pudemos perceber a boa relação que ela tinha com todos os funcionários e a presteza na realização de suas atribuições. A entrevista somente foi realizada em um quarto encontro e a gravação não foi liberada, afirmando a participante que tinha vergonha e que não se sentiria à vontade sabendo que estaria sendo gravada. Aceitei. Ela enfatizou que poderíamos conversar quanto fosse necessário, que eu poderia parar e anotar e rascunhar, não haveria problema, a questão seria vergonha. A entrevista deu-se na sala de Psicologia, de forma tranquila e com muita atenção pela minha parte para que eu não pudesse perder as informações, registrando em papel símbolos e frases que me remetessem em seguida ao que foi conversado. Imediatamente após a conversa, realizei um áudio próprio com a tentativa de resgatar o máximo de detalhes da entrevista.

## 12. Matilde

Matilde<sup>13</sup> é uma psicóloga que tem 35 anos, paraibana, casada, não tem filhos e mora com o esposo na área metropolitana da cidade justificando ter mais tranquilidade e segurança para moradia. Afirmou que era católica não praticante, trabalhar em um hospital e em Pronto Socorro de Saúde Mental (PASM) e ter renda mensal até três salários mínimos. Referiu que a escolha profissional foi acertada e que era muito feliz, muito embora com críticas referentes ao reconhecimento restrito que a Psicologia tem tanto técnica como financeiramente. Referiu ainda que a academia não prepara bem seus alunos nem técnica nem na prática profissional e que para haver uma melhor qualificação realizou um projeto de pesquisa no programa de iniciação científica (PIBIC) na área de saúde coletiva, quando foi bolsista e realizou também um projeto de extensão no hospital universitário. Segundo a participante, *“foram estas experiências que me deram uma base para trabalhar no SUS”*. Nessa trajetória, verificamos um indicador que se refere a satisfação com vida acadêmica que repercute na vida profissional de Matilde. Atualmente trabalha em um hospital e em um Pronto Atendimento em Saúde Mental do Estado. Nossa Matilde mostrou-se um sujeito de ação, uma pessoa lutadora e batalhadora pelo bem estar do próximo e preocupada com o que acontece com o outro e atenta às ações políticas de nossa democracia. A Matilde Neder que referenciamos como importante na saúde pública foi quem marcou o início da Psicologia Hospitalar em 1954. Nossa Matilde também é

---

<sup>13</sup> Referenciamos Matilde Neder como importante na saúde pública foi quem marcou o início da Psicologia Hospitalar em 1954. Foi colaboradora na Clínica Ortopédica e Traumatológica (atualmente Instituto de Ortopedia e Traumatologia) do Hospital das Clínicas da USP - HC, acompanhando psicologicamente crianças submetidas a cirurgias de coluna e suas famílias, marcando o início da Psicologia Hospitalar. Ainda teve divulgação de artigo de sua autoria pela Organização das Nações Unidas quando de suas atividades em reabilitação, no estudo *Psychological Services in the Rehabilitation of the Disabled*.

lutadora e reflexiva pelas causas de uma saúde pública mais justa e digna, demonstrou sua garra em favor do outro, dos sujeitos que sofrem e de todos aqueles que podem utilizar de um serviço de saúde.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Essa participante trabalha com alma e coração, afirmando sua alegria ao dizer “*Eu gosto do que eu faço porque as questões que são humanas sempre me interessaram, são suas histórias de vida*”. Ressaltamos neste registro narrativo de Matilde mais um indicador de sentido subjetivo quanto ao alegria quanto ao trabalho, configurando um sentido subjetivo de realização profissional. Profissional resolutiva na atenção de seus casos, é conhecida pela atenção especial que oferece a cada caso e pela sempre tentativa de interlocução com os diversos serviços da assistência para os sujeitos. Com ela foram realizadas algumas visitas breves, com a explicação da realização da pesquisa e observações no cotidiano da assistência. Após essas visitas, a entrevista foi realizada em um dia de plantão, na sala de Psicologia, sem interrupções. Embora fosse um horário em final de turno, realizamos de forma exímia e com riqueza de diálogos.

### **13. Silvia**

Silvia<sup>14</sup> também é psicóloga. Paraibana, tem 31 anos, casada e tem um filho, evangélica praticante. Atua em dois hospitais do Estado e tem renda mensal entre cinco e dez salários mínimos. Mora com o esposo e a filha, recebendo apoio da sogra que mora

---

<sup>14</sup> Silvia Tatiana Maurer Lane compreendia que a Psicologia Social oferecia meios para pensar problemas tanto sociais quanto de saúde pública, olhando de perto o que pensam e fazem os sujeitos. Assim, esteve sempre imersa como professora universitária e pesquisadora cumprindo o que sempre pregava a todos seus alunos, que era o comprometimento, a autonomia e a seriedade profissional. Remetemos nossos pensamentos a uma outra pessoa, Silvia Tatiana Maurer Lane, também psicóloga que incessantemente trabalhou vinculando a Psicologia com a realidade social, comprometida com uma Psicologia que não dissociasse o homem de seu meio.

em Recife e da sua mãe que em dias de trabalho corrido, auxilia na rotina da filha. Sua formação foi realizada em universidade pública, referindo ter realizado uma boa escolha profissional, mas possui algumas insatisfações devido ao pouco retorno financeiro e o excesso de trabalho. Quando da formação relatou ter havido restrição de conhecimentos, com poucas áreas de estágios e oportunidades gerais de contato com a prática profissional. Afirmou ainda que somente no final do curso que teve a possibilidade de participar de um projeto de extensão na área hospitalar no hospital universitário, momento que foi de extrema importância para sua prática atual. Com maior satisfação, afirmou que participou também de um projeto de pesquisa sobre vulnerabilidade, gravidez na adolescência e risco de doenças sexualmente transmissíveis, sendo na época uma bolsista de apoio técnico, referindo ser apaixonada pelo ensino e pesquisa. Atualmente trabalha em dois hospitais do Estado e relata ter ânsia de alcançar melhor ascensão na profissão.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Os encontros com essa participante foram somente dois, sendo um para conversa geral e convite de participação da pesquisa e outro para a entrevista propriamente dita. A receptividade foi muito visível, sendo uma pessoa alegre e extrovertida, e assim também reconhecido pelos demais funcionários da instituição. Na observação realizada no primeiro momento, relatou sobre sua geral insatisfação com o reconhecimento da profissão, o que a deixava reflexiva quanto ao futuro que poderia ter e as possibilidades que poderia analisar para frente. Deixou claro que gostava de sua área de profissão, mas que economicamente era muito desvantajoso e isso causava grande descontentamento. Mostrou-se bastante aberta ao diálogo e prontamente mostrou sua rotina de trabalho já conversando sobre questões pessoais e gerais da profissão. A entrevista deu-se na própria sala de Psicologia, livre e sem interrupções, relatando sobre os encontros e desencontros

do SUS e das grandes problemáticas que o déficit da formação tinha para o mal funcionamento das políticas públicas. Percebi o grande desejo de realizar novos projetos que pudessem ter mais alcance tanto na assistência aos usuários como financeiramente.

#### **14. Nise**

Nise<sup>15</sup> é baiana, tem 34 anos de idade, solteira, não tem filhos, evangélica, não praticante, atua em dois hospitais do Estado e tem renda mensal entre cinco e dez salários mínimos. Mora com os pais e relatou que eles foram essenciais para a estruturação da sua educação. Relatou que a escolha profissional deu-se por conta própria, não havendo nenhuma pessoa da família que fosse também psicóloga. No percurso de formação, realizou graduação em universidade pública, participando de projetos de extensão que foram definidores para sua prática profissional, um deles foi em hospital psiquiátrico e outro em hospital universitário. Relatou ainda que gostaria de ter participado de projetos de pesquisa para que pudesse ter alguma experiência nesse ramo. Atuou em extensão universitária por longos anos, referindo ter sido muito tocada pela área de humanização de pacientes, visualizando para seu futuro o trabalho para dar respeito e dignidade a seus pacientes em saúde de saúde. Atualmente, trabalha em dois hospitais públicos do Estado e sente uma “sensação de dever cumprido” pelo trabalho realizado com amor e responsabilidade e dignidade.

---

<sup>15</sup> Nise da Silveira psiquiatra alagoana, batalhadora em prol das pessoas que eram acometidas por doenças mentais. Nise da Silveira realizou curso de Medicina na Bahia, ficou conhecida pela contribuição pela luta antimanicomial, contra os tratamentos convencionais agressivos e introduzindo tratamentos alternativos ocupacionais com pincéis, quadros, telas, mandala.

Nise também luta pelas ações mais humanas em saúde, no dia-a-dia de sua função, com todas as restrições que possa haver, tentava mostrar que atrás de uma doença existe um sujeito que tem seu lado emocional a ser respeitado.

### **Minha impressão como pesquisadora**

Esta participante recebeu-se muito bem, havendo três encontros, sendo dois para visita inicial e observação e outro para entrevista. Estes primeiros encontros foram muito agradáveis, muito bem requisitada pelos profissionais e sempre disposta a auxiliar os usuários. Observei que até mesmo nas visitas aos setores, parava algumas vezes para prestar alguma assistência aos usuários, ainda que rapidamente. Relatou da felicidade em ter vivenciado essa prática de atenção hospitalar na graduação e que o projeto de extensão foi ímpar para sua profissão. A entrevista foi realizada na sala de Psicologia, com duas interrupções breves, uma de telefonema e outra para prestação de atendimento ao usuário, mas logo resolvido pela profissional.

### **15. Ena**

Comunicativa e lutadora. Ena<sup>16</sup> é recepcionista, paraibana, tem 50 anos, é casada e tem um filho, católica não praticante e trabalha somente no hospital onde a pesquisa foi realizada. É pedagoga e em formação em curso técnico de Enfermagem, mas devido a concurso na área administrativa, terminou por não exercer a profissão. Relatou que sua busca era por estabilidade financeira e que já tinha muitos anos de experiência em

---

<sup>16</sup> Na saúde pública/coletiva, Ena de Araújo Galvão foi pedagoga, diretora da Escola Técnica de Saúde de Brasília e homenageada pela Organização das Nações Unidas e em 2004 recebeu o Prêmio Gente que faz saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde. Ena Galvão abordou sobre a invisibilidade dos profissionais técnicos da saúde justifica que isso ocorre como resultado do modelo centrado médico e pela própria divisão social do trabalho em saúde, caracterizado pela fragmentação no processo de cuidar e pela separação entre concepção e execução.

trabalhos administrativos na área jurídica quando trabalhou em Fóruns e em Tribunal de Justiça. Assim, abdicou da área de Enfermagem. Afirmou que vivenciou situações desagradáveis no relacionamento entre colegas de ensino superior, o que a deixava indignada. Não adentrando a área de trabalho do curso escolhido, optou por realizar outros concursos em geral e atualmente trabalha como recepcionista em um hospital e em uma clínica de cardiologia.

### **Minha impressão como pesquisadora**

*“Em todo canto que eu trabalho, eu procuro aprender, aproveitar o máximo”.*

Assim é a batalha desta participante que em um dia de seu trabalho indagou-me sobre minhas atividades de pesquisa. Informamos sobre o estudo, conversamos sobre as atividades de um dia de trabalho e prontamente colocou-se à disposição para participar. Mediante isto e o discurso da necessidade de que *“trabalhadores simples também fazem muito”* decidimos realizar a pesquisa também com ela, marcando um outro dia para a realização. Nessa trajetória, o orgulho na execução do trabalho dito por Ena como simples aparece como um indicador que dignifica a vida social e de trabalho, demonstrando que sua função profissional de recepcionista é tão importante quanto qualquer outra profissão. Esta entrevista foi realizada na sala de recepção, sem interrupções, transcorrendo de forma tranquila. Recebeu-me de maneira muito alegre e satisfeita pela participação e percebi como se sentia importante sendo ouvida dentro do contexto de atenção ao trabalho em rede de hospitais, muito embora sentia que sua função não fosse reconhecida, como afirmou: *“às vezes, os médicos nem olham pra sua cara. Aí às vezes você cansa”*. Já este registro constitui um indicador de aspectos negativos ocorridos no trabalho e de vivências referentes à humanização, configurando sentimento de desrespeito.

## 16. Adriana

Adriana<sup>17</sup> tem 36 anos, casada, uma filha, mora com esposo, filha e com a genitora. Natural do Rio de Janeiro, refere ser católica, não praticante, atuando somente no hospital onde o estudo foi realizado, tendo renda mensal de até dois salários mínimos. Inicialmente desejou atuar na área de Educação, mas foi concursada em um hospital desde 2004 trabalhando como recepcionista. Realizou curso de técnico de radiologia após a entrada no hospital, porque a percebia como área promissora e que teria chance de crescimento profissional, além de que tinha gostado muito da área de saúde e não queria mais sair. Ágil e prestativa, esta participante trabalha em vários dias de plantão e é muito querida pelos demais colegas de setor. Sua maior felicidade era fazer alguma diferença na vida das pessoas. E fez e faz todos os dias no seu trabalho em saúde.

### Minha impressão como pesquisadora

Um hospital funciona assim, com uma diversidade de profissionais e nela cada um pode “*fazer uma diferença na vida das pessoas, às vezes preenchendo as coisas mais rapidamente, às vezes só depois*”. Com esta participante também senti a necessidade de ouvir outras vozes que atuam na assistência geral em um hospital. Em visitas ao hospital e realizando observações gerais, já tinha observado sua integração ao trabalho. Convidei-a participar do estudo e prontamente aceitou. Muito prestativa e ativa nas suas atribuições, enfatizou o quanto a saúde precisa de profissionais de todas as categorias, um dependendo

---

<sup>17</sup> Adriana Suely de Oliveira Melo queria fazer a diferença na vida de pessoas. E fez muita diferença. Médica da maternidade de Campina Grande (Paraíba), foi a primeira médica a apresentar provas da relação entre o zika vírus e a microcefalia. Adriana Suely de Oliveira observou com estranheza na quantidade grande de casos de mal formação de fetos, recebeu alerta na mesma época do aumento de casos de microcefalia em mulheres com manchas vermelhas na pele. Fazendo exames, identificou a presença do vírus da Zika. Essa mulher fez diferença demais na vida de milhares de mulheres e crianças, mas não deixamos de dar a importância da nossa Adriana, mulher guerreira, trabalhadora do SUS, da porta de entrada de um hospital público, essencial para a continuação das demandas de serviços solicitadas pelos usuários.

e auxiliando o outro. Comentou que um dia desejaria sair da área de recepção, que tem objetivos maiores, mas sempre dentro da área de saúde hospitalar. “*É justamente a questão de saber que estou sendo útil pra alguém. De repente aliviar a dor de alguém. Alguém chega e de repente diz ‘muito obrigada’, abre um sorriso. Sinaliza pra você. Aquilo já valeu*”. Neste registro, analisamos um indicador utilidade em ser profissional da saúde, pois existe no pensamento de Adriana a reflexão de mais-valia aos profissionais não médicos, especificadamente, os de nível médio.

### **17. Sérgio**

Sérgio<sup>18</sup> é um profissional condutor, tem 37 anos, um filho, solteiro, mora com os pais, evangélico praticante. Natural da Paraíba, ele tem nível médio completo, trabalha somente no hospital da pesquisa e refere ter renda mensal até dois salários mínimos. Afirmou que trabalha desde muito novo, mas foi no hospital que teve maior identificação. Realizou inicialmente somente curso de condutor de urgência e emergência, mas com o passar dos anos e das necessidades de aperfeiçoamento, realizou também curso de atendimento pré-hospitalar (APH) e primeiros socorros. Trabalhava somente como condutor, mas também atua como condutor quando da necessidade de pessoal. Em ambos os serviços, refere atuar constantemente com algumas categorias profissionais mais diretamente como assistentes sociais e recepcionistas que o solicitam o chamam para as ocorrências.

---

<sup>18</sup> Sérgio da Saúde Pública era Antônio Sérgio da Silva Arouca, médico, parlamentar e atuante das áreas de saúde, ciência e tecnologia. Foi professor da Fiocruz, discutiu questões ligadas à saúde pública durante longos anos, inclusive sobre o sistema de saúde cubano. Teve diversas produções científicas e atuou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Minha impressão como pesquisadora**

*“Imagine um médico sem um condutor bom? Não ia adiantar. Então todos têm sua importância”*, sintetiza o entrevistado. Assim é o enredo de reflexões que este participante faz da necessidade de cada profissional dentro de uma instituição de saúde hospitalar. Realizando a pesquisa com alguns profissionais de categorias não-médicas, ele sempre estava em diversos dias de trabalho e nos víamos em muitos desses dias. Comuniquei da minha pesquisa e ele aceitou ceder a entrevista na mesma hora, sendo esta realizada na sala de Psicologia, sem interrupções. Entrevistá-lo foi uma satisfação tanto pela delicadeza com que trata suas atribuições, como pela plena satisfação que ele tem em atuar auxiliando outras pessoas. Profissional veloz, eficiente e versátil, revelou compromisso no seu trabalho, enfatizando que amava o que fazia. Mostrou-se preocupado com as questões éticas do trabalho, tentando atuar de forma exímia. Consideramos essa reflexão retratada acima como um indicador de admiração pelo trabalho, informando-nos sobre a satisfação de exercer uma função que faz parte do corpo geral da saúde e sobre o compromisso com o trabalho.

### **5.2 Minha percepção das trajetórias dos sujeitos como pesquisadora**

Antigos caminhos, mas novos olhares. Esta foi a minha percepção quanto ao conjunto de entrevistas que realizei na instituição hospitalar de saúde Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa. No decorrer das inúmeras visitas, contatos e entrevistas, aceites e negativas (ainda que pouquíssimas), pude ressignificar várias interpretações que possuía na minha vivência como profissional que sou e como sujeito do SUS. Cada encontro era uma surpresa, surpresa ao me deparar com situações que fogem do planejamento, como o pedido de participação da pesquisa, que antes era

tão somente com profissionais médicos e que passou a ser representado também por outras categorias profissionais assistente social, psicólogas e enfermeiros e por alguns das demais ocupações como de condutor e recepcionista.

A vivência de poder entrar mais intimamente no mundo pessoal dos participantes foi inicialmente difícil, mas instigante, principalmente os da área médica por acreditar que não seria tão bem recebida. Mas o contato foi muito significativo e percebi que o receio era maior que a realidade, as expectativas de negativas para a participação da pesquisa eram muitas, mas tudo foi transcorrendo de forma natural e positiva.

Recordo-me, neste instante, de momentos de reflexão e análises realizadas com um mestre da Psicologia e da Saúde Pública, meu antigo, presente e sempre saudoso orientador, Marcus Matranga. Quando refletíamos sobre a classe dominante de uma sociedade capitalista, composta por detentores de grandes capitais e, conseqüentemente, poder. Sim, a categoria médica era uma das categorias profissionais com sinônimo de riqueza e soberania. Eram também eles(as), os(as) doutores(as), quem detinham a movimentação do grande capital, deixando a margem um exército de reserva, de pessoas mantidas no subproletariado, as classes operárias, os(as) desempregados(as).

Ele pensando sobre os caminhos do Brasil, os caminhos levados pelas classes ricas e favorecidos como de doutores(as), juízes(as), políticos e os caminhos pedregosos de milhares de outras pessoas de classes nem consideradas, refletia: *“Como pode uma economia tão grande e poderosa, com tanto dinheiro, ter tanta gente de um quarto de gentes na pobreza? Essa é a formula do Brasil, sexta economia mundial, oitava de investimento internacional, com mais de 400 anos de escravagismo, na nossa colonização”* (Marcus Matranga, comunicação pessoal, 12/08/2013).

Eram essas mesmas representações que eu observava na realidade trabalhando em hospitais: os médicos de um lado, e do outro, os demais. Quem são essas pessoas? O que sentem e pensam esses técnicos em saúde, que possuem o que Matraga chamou de “*onipotência da técnica que resolve tudo*”. Era importante o desvelar desses sujeitos.

Desvelamos quem são esses sujeitos e pudemos perceber um processo de mudança, de sensibilização destes quanto à participação das diversas categorias profissionais no cuidado em saúde. Com o conjunto de entrevistas com os(as) médicos(as), eles(as) mostravam-se abertos(as) ao diálogo, o que para nós foi uma surpresa. Assim como também foi surpresa a iniciativa de profissionais de outras categorias para a participação da pesquisa. Era o desvelar de uma invisibilidade de vários sujeitos da saúde que não tem a mesma possibilidade de voz como médicos(as) tem. Eles(as) não-médicos(as) reivindicando a participação, exigindo ter voz, saindo da invisibilidade.

Claro, por que não azeitar essa discussão? Por que não dar sabor a mais nessa conversa intelectual, oportunizando voz aos que tem pouco espaço, recepcionistas, condutores, enfim, sujeitos que reivindicam fazer parte da saúde tanto quanto qualquer outro profissional. Portanto, retratamos algumas considerações acerca desses sujeitos.

Analisando as trajetórias de vida dos participantes, consideramos essencial compreendermos sobre a caracterização desses sujeitos. Neste momento, desenvolvemos algumas ponderações sobre a descrição e o que foi importante para a apreensão dos sentidos subjetivos dos sujeitos sobre a humanização. Aqui, também, pudemos identificar iniciais indicadores nestas histórias de vida, mesmo não nos aprofundando, nesta fase, nos sentidos subjetivos percebidos pelos profissionais de saúde sobre a humanização.

De forma geral, nessa análise das histórias dos sujeitos e de seus dados sócio demográficos, alguns aspectos não foram tão divergentes nas categorias profissionais, como faixa etária que variavam entre 29 a 50 anos de idade, a quantidade de filhos que variou de 0 a 2 filhos e a religião identificada por eles como católica, evangélica, espiritismo e ateuista.

Quanto ao sexo, pudemos observar que cinco dos nove profissionais médicos eram homens, enquanto quatro eram mulheres, caracterizando que a maioria era homem. Scheffer e Cassenote (2013) descrevem que na história da Medicina a maior participação sempre foi dos homens o que foi comprovado em um estudo epidemiológico, objetivando traçar a evolução histórica da distribuição de médicos referente ao sexo. Estudaram, examinaram e sistematizaram os dados dos 27 Conselhos Regionais de Medicina, da Comissão Nacional de Residência Médica e da Associação Médica Brasileira e puderam constatar nos resultados que, desde 2009, a população médicos em atividade é predominantemente de homens, cerca de 60,1%. No entanto, no grupo com 29 anos ou menos já seria de mulheres em predominância. Essa é uma tendência de feminilização da profissão, apontando para uma participação cada vez maior das mulheres se inseridas no mercado de trabalho no Brasil.

Segundo Matos, Toassi e Oliveira (2013), a feminilização seria o crescimento da população feminina em algumas profissões que seria ocupações especialmente por homens, como a Odontologia e Medicina. Nesta direção, o papel exclusivo da mulher como cuidadora do lar, começou a se estender com a participação na vida social e de trabalho. Essa tendência da feminilização das ocupações de saúde tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, como no caso da Medicina, em que em 1970 as mulheres agregavam cerca de 11% do total de profissionais médicos, em 1980 somavam cerca de 22% e nos anos 1990 cerca de 33%, com prognóstico de nas próximas décadas

ter um total de 50%. Matos, Toassi e Oliveira (2013) ainda apontam para uma maior ocupação de espaço de mulheres nas academias de ensino, não sendo um fenômeno excepcionalmente brasileiro, senão internacional, contextualizando também para uma nova vida contemporânea, com queda de natalidade, casais sem filhos, ou com poucos, famílias monoparentais.

Em estudo realizado por Minella (2017), a autora investigou justamente a relação entre a feminilização e a Medicina em universidades brasileiras, para poder compreender o perfil dos estudantes que ingressavam nos cursos de Medicina em dois Estados, Bahia e Santa Catarina. Pode observar que a feminilização nos cursos acadêmicos está avançada em vários países, como nos países da América Latina, na Europa (França, Portugal, Inglaterra, Irlanda e Noruega), nos Estados Unidos e Canadá e confere que esses avanços se dão devido a maior escolarização das mulheres no nível superior. Estes estudos nos fazem pensar qual será a repercussão da feminilização da profissão médica em relação a humanização. Embora, o nosso estudo não tenha previsto considerar a priori esta dimensão, isso indica que estudos futuros terão que se ocupar mais especificamente deste aspecto.

Milella (2017) aponta ainda para grandes contribuições da participação das mulheres no mercado, como o aumento expressivo da produção acadêmica de autoria feminina e maior igualdade de gênero. Como apontado pelo Relatório sobre o Desenvolvimento mundial (Banco Mundial, 2012) as mulheres tem, atualmente, maior expectativa de vida, em média 71 anos global, para 67 de homens, queda do número de filhos em países mais desenvolvidos, maior escolarização do que os homens.

Segundo Machado (2003), essa maior participação da mulher não se dá somente na esfera da Medicina, nacional e internacional, mas se estendendo a todas as áreas

profissionais, como Odontologia, Sociologia, Ciência e Tecnologia, Psicologia, etc. O Conselho Federal de Psicologia<sup>19</sup> (CFP) também confirmou quando avaliou que em 2011, entre os 215 mil profissionais cadastrados, 190 mil eram mulheres. Corroborando com esse traçado, Lhullier, Roslindo e Moreira (2013) apontam que na Psicologia, nove em cada dez profissionais são do sexo feminino e ainda problematizam um suporte desequilíbrio entre a composição feminina da profissão e a supremacia masculina quanto ao posto de posição em destaque, além da nomenclatura do uso sempre de referência ao profissional de Psicologia como “psicólogo”, como uma posição de referência masculina.

Nessa perspectiva, Santos (2012), em seu estudo designado “O encontro das psicólogas com o "social" no CRAS/SUAS: entre o suposto da igualdade e a concretude da desigualdade”, também aponta para a escolha pelo gênero feminino na descrição da profissão das psicólogas, não excluindo os psicólogos da discussão, mas, sobretudo, pela referência feminina de algumas profissões, como a Psicologia e Assistência Social.

Encontramos também diversidade quanto ao nível salarial dos participantes. Neste caso, pudemos observar que a faixa salarial da categoria profissional de médicos divergia drasticamente das demais categorias profissionais (psicólogos, assistente social, condutor e recepcionista), quando identificamos que a média salarial dos primeiros era de mais de dez salários mínimos e de segundo variando entre um e dois salários ou até cinco salários mínimos.

O importante analisado foi à riqueza das discussões expressas pelos participantes. Cada um com suas características, cada sujeito mostrou seus pensamentos, alguns mais e outros menos. Alguns profissionais eram demasiadamente prolixos, mas se escondendo

---

<sup>19</sup> Dados disponíveis em <http://site.cfp.org.br/mulheres-somos-quase-90-da-psicologia-brasileira/>.

de seus sentimentos, enquanto outros simplesmente falavam clara e abertamente. Eram participações livres, envolvendo o fluir dinâmico e complexo das relações contextuais de vida pessoal, social e profissional, onde podemos analisar uma produção de sentidos subjetivos sobre a profissão e ocupação no ambiente hospitalar e ir tecendo os fios que nos conduzem a compreender a complexidade do processo de des(humanização) da saúde.

Sentimos uma riqueza profunda nas entrevistas dos profissionais de nível médio que não são tão lembrados no cuidado em saúde, mas na verdade são essenciais para a manutenção de uma saúde plena e integral. Como relatou um participante (condutor) “*imagine um médico sem um condutor bom*”. Eu não conseguiria imaginar um cuidado em saúde pleno sem que todos tivessem seu reconhecimento, cada um em seu papel, cada um desenvolvendo da melhor forma possível suas práxis profissional.

De forma geral, as entrevistas com os participantes de nível médio eram diferentes, ou seja, eram mais curtas, com discursos simples, expressão de seus pensamentos e sentimentos de forma mais diretas. Isso não tem a ver com a sua capacidade pessoal, mas possivelmente com o que a própria concepção da pesquisa, e com o próprio roteiro que guiava a conversação era capaz de explorar sobre, por exemplo, a formação profissional, quando estamos falando de casos específicos de uma trajetória de ocupação em uma área de saúde e não de uma formação profissional universitária cheia de expectativas positivas e valorizadas socialmente, em detrimento de um percurso de formação de ensino médio para exercer uma ocupação, muitas vezes desprezadas socialmente.

Retratando mais minuciosamente as trajetórias dos participantes, observamos a viabilidade da dinâmica conversacional como meio profícuo de instrumento de pesquisa

qualitativa, além da possibilidade de compreendermos como suas histórias estão atreladas a sentidos subjetivos. Foi-nos importante observar as particularidades de cada sujeito como protagonistas de suas histórias e como suas histórias configuraram em novos sentidos para suas vidas.

Com o entendimento de dados sócio demográficos, podemos ter uma visão de quem eram nossos participantes. Aprofundamos inicialmente a entrevista tentando compreender quem eram aqueles sujeitos, o que faziam e como aprenderam suas funções. Assim, conhecemos suas trajetórias de vida e podemos ressaltar que, na totalidade dos relatos dos profissionais entrevistados, o processo de formação (profissional e/ou ocupacional) e o universo do trabalho marcam com representatividade suas trajetórias, sendo formadores de subjetividades.

De acordo com as trajetórias, identificamos diversos indicadores de sentido subjetivo que explicitaram o que os participantes pensam e refletem sobre os eventos de suas vidas, como lidam com os eventos da vida e como se sentem. Dentro desse processo, esses indicadores foram relevantes para o processo de análise e construção das informações dos casos. Mostrou-nos importante também para compreender os espaços sociais dos participantes e, assim, poder compreender um pouco melhor os sentidos subjetivos quanto a temática da humanização.

Por exemplo, na análise das trajetórias, identificamos sentidos subjetivos de realização profissional e satisfação com a formação. Nesse sentido, González Rey afirma que os sentidos permitem conhecer a relação entre a emoção e a cognição, sendo complexas organizações simbólico-emocionais subjacentes à consciência. Como foram muitas trajetórias, cada história compõe subjetividades de maneira diferente, única e particular. Desta forma, destacamos, aqui, que não podemos desprezar nenhuma das

histórias dos profissionais de saúde, pois cada um dos participantes compreende a humanização a partir de suas experiências, de sua história de vida.

Nesta pesquisa, observamos também como o processo de humanização já é uma realidade, vivenciamos dias e momentos únicos de demonstração de profissionalismo e cuidado integral de profissionais que prestam atenção da saúde da população.

## CAPÍTULO VI

### OLHARES PARA SENTIDOS SUBJETIVOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Utilizamos a análise de conteúdo temática que permitiu a construção de quatro eixos temáticos, a saber: **Formação**, **Trabalho**, **Sentido da Humanização** e **Conhecimentos da Política Nacional de Humanização**, cada um com as respectivas categorias (Figura 02).



Figura 2. Eixos e categorias temáticas do estudo

## 1 – Formação

O primeiro eixo temático “**FORMAÇÃO**” retrata os aspectos relacionados à formação profissional dos(as) trabalhadores(as), o que os(as) motivaram a escolha profissional, a satisfação com a formação universitária e mesmo as demais formações, incluindo aspectos que consideraram favoráveis e desfavoráveis neste processo de aprendizagem. Assim, este eixo temático possui duas categorias: **motivação e satisfação com processo de formação.**

A categoria “**Motivação**” diz respeito ao processo de escolha e decisão que os levaram a escolher a profissão em que atuam, é um momento de decisões muito sérias na vida de cada sujeito, porque determina o que pretende de seu futuro, como estilo de vida, educação e até as pessoas com quem deseja conviver (Nepomuceno & Witter, 2010).

Neste momento, os participantes relataram como escolheram suas áreas de atuação e as respostas trazidas pelos profissionais de nível superior indicavam que se dava por reflexões pessoais, segurança financeira e influência familiar e os profissionais que exercem ocupação de recepcionista e de condutor relataram como chegaram até suas ocupações.

A maioria dos participantes relatou que a motivação pela escolha profissional foi por uma reflexão pessoal, como pode ser demonstrado nos seguintes enunciados:

*“Foi uma situação engraçada. A minha mãe sempre dizia muito assim: “de onde é que tinha vindo essa influência”. Porque a minha família são pessoas ligadas à área de cálculo e à área jurídica. Eu tenho primos delegados, tios juízes, minha irmã era graduada em Direito, tinha terminado direito, meu pai trabalhou muitos anos em banco e trabalha mais com a área de finanças, meu irmão na parte de Ciências Contábeis. Na família, o único a olhar pra saúde fui eu. ... Minha mãe e minha irmã eram duas portadoras de doenças incuráveis, doenças reumatológicas incuráveis. Minha mãe tinha artrite reumatoide e minha irmã, quando eu tinha 12 anos de idade, teve um quadro de lúpus pela primeira vez (Imin50). Aí, eu cresci vendo aquilo ... eu quis sempre cuidar delas e eu me formei no ano de 2010”. (Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal/ 21-03-2016).*

*“Desde criança eu sempre quis ser médico. Só que aí na adolescência, com o intuito de passar no vestibular logo, acabei fazendo Enfermagem. Aí terminei Enfermagem. Entrei na faculdade com 17 e terminei com 21. Tenho 29 anos. Aí terminei Enfermagem e quando eu terminei Enfermagem, passei no Mestrado e passei em Medicina. Aí fiz os dois ao mesmo tempo. Nos dois primeiros anos de Medicina, eu fiz o Mestrado em Enfermagem na Federal. Terminei Enfermagem na Federal, fiz o Mestrado na Federal e fiz Medicina na Particular”.* (Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal /21-03-16).

*“Uma vocação pessoal só encontrada, só... vamos dizer assim, aparecida na minha vida aos 17 anos. Até então, eu não tinha nenhuma ideia que eu pudesse ter alguma vocação pra Medicina. Um encontro com uma pessoa que era estudante de Medicina e o contato com essa pessoa, através de descrições do que ela acha, o que ela faz, o que ela pretendia na escolha da profissão dela, que já era ser médica, me despertou para o fato de sentir a necessidade de cursar essa carreira médica. Então, em contato com uma pessoa já dentro da profissão, despertou em mim essa vocação que apareceu e parece que foi correta”.* (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal / 29-04-16).

*Gostei. Na verdade eu sempre quis ser psicóloga* (Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016).

Outra motivação para a escolha profissional relatado pelos participantes foi questão de influência familiar, o que para Santos (2005) pode ser muito comum a influência dos pais e pares na época de adolescência. O estudo de Nepomuceno e Witter (2010) também retrata esse tema afirmando que a interferência familiar é muito comum no processo de escolha da profissão de jovens e adolescentes, podendo ser considerado pelos autores como uma influência favorável.

*Sou a primeira da família. Tem um irmão que tá fazendo agora Medicina, mas depois. Desde a infância eu já queria. Meu pai que incentivava. Acho que no fundo ele deve ter embutido isso na minha mente e eu cresci já achando que eu queria ser médica. Ele conta que quando eu era pequenininha, ele me apresentava pros amigos: essa aqui é minha futura médica. Então eu acho que minha vontade de agradar o meu pai, de ter orgulho... eu hoje em dia acho que isso ficou. Ele queria, mas não passou. Aí desde que eu nasci acho que ele falava isso aí acho que eu cresci com isso na cabeça.* (Marie/ médica/ entrevista pessoal/ 08-03-16)

*Minha família de origem sempre foi muito tradicional, minha mãe era dona de casa e meu pai médico, primeiro ele era clinico geral, por longos anos de profissão depois passou a ser ortopedista. Essa foi a vida que vi do meu pai,*

*trabalhando e minha mãe bem, cuidadosa com as coisas de casa, e cuidando dos nós, filhos, uma coisa só. Brigas nós tínhamos, era cada uma grande, mas tudo se resolvia. Daí fui vendo minha família e quando maior, pensei em fazer medicina também ou na época direito, porque gosto muito de justiça e de trabalhar com tribunais, acho lindo. Mas decidi fazer medicina mesmo. Nem sei se foi por influência de meu pai. Ele é vivo. Ele nunca nos obrigou a nada, muito pelo contrário, ele sempre deixou em aberto essas opções”. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal / 19-05-16)*

*Uma sugestão de uma tia. Eu não sabia o que fazer e estava próximo da inscrição, então ela sugeriu e eu aceitei. (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 06-04-2016)*

Outra motivação para a formação profissional retratada foi à importância da questão econômica proporcionada pela profissão, não necessariamente como o principal motivo para a escolha da profissão, mas como auxiliar para a complementação das motivações.

*“Eu queria muito. Era um sonho. A estabilidade econômica também a gente almeja. Mas eu gosto muito de cuidar”. (Rita/ médica/ entrevista pessoal/ 16-03-16)*

*“Para lhe ser sincera, que queria fazer medicina. Sempre pensei em ser médica, mas as coisas foram ficando ruins, eu ouvia meu pai dizendo “para fazer medicina tem que estudar muito”. Vixi, ai eu parava...pensava e por tudo terminei não passando. ... era meu sonho, mas já que passou, deixa prá lá. Até que eu comecei a trabalhar em um hospital, no setor administrativo. E de ver as áreas, comecei a ver que eu poderia entrar na área de Serviço Social. Daí, parei, pensei e fui fazendo o curso. Depois, sabe, entrei no serviço social de lá. Amei. Eu era assistente administrativo, com desvio de função para serviço social. Mas amava. Meu sonho continuava na área de medicina. Era a forma mais próxima que eu tinha de viver a área médica”. (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

Segundo Ribeiro, Leal, Diamantino & Bianchi (2011), essa busca pela satisfação financeira, ocorre muito em cursos como de Medicina, nos quais estudantes adentram com esta preocupação, embora, ao longo da carreira almejem a conciliação do trabalho com a qualidade de vida pessoal.

Neste momento, tratamos de falar da formação profissional e da ocupação de alguns de nossos participantes. Para além das categorias profissionais mais vistas em hospitais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, dentre tantos outros, há uma gama de demais outros profissionais que exercem funções essenciais para o real funcionamento de um estabelecimento de saúde. Aqui estão os agentes administrativos, maqueiros, gesseiros, técnicos de manutenção, higiene e limpeza, dentre outros. Na nossa pesquisa, falamos de recepcionistas e condutor.

Vale salientar diferenças entre profissão e ocupação, pois temos participantes na pesquisa que tem profissão e outros que tem ocupação. Segundo Woleck (2002) o termo “profissão” está ligada ao mundo do trabalho, como exercício de uma função ou atividade, sendo didaticamente rotulado como o nome de atividade que a pessoa se propôs a desempenhar. Segundo o Glossário da Educação Profissional em Saúde (2007), para ser profissão é preciso que tenha conselho de classe ou um sindicato. Bock e Aguiar (1995) ainda afirma que a escolha profissional não está isolada do que ela possa implicar na sociedade, ou seja, a economia local, as condições sociais, a situação de cada escolha profissional.

A “ocupação” de uma pessoa é conceituada como uma “espécie de trabalho feito por ela, independente da indústria em que esse trabalho é realizado e do status que o emprego confere ao indivíduo" (dicionário de Ciências Sociais, 1986, citado por Woleck, 2002, p.6), é a função ou cargo exercido pela pessoa. Um assistente social, por exemplo, pode assumir a ocupação de professor.

Segundo Barros (2007), existe uma tradição de formação profissional em saúde destinada a profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas etc.) e nos últimos anos a formação técnica de nível médio para auxiliares de enfermagem,

técnicos de laboratório e consultório dentário e agentes de saúde. Contudo, a educação profissional em saúde tem muito a oferecer de métodos e técnicas a profissionais de outras áreas de atuação, clientela em potencial para formação em saúde.

Pudemos observar em nossos participantes que a motivação para a escolha de suas ocupações teve um sentido subjetivo relacionado com a necessidade de manutenção econômica de vida e a questão da formação na ocupação somente surgiu após a entrada no trabalho, especificadamente, realizadas pelo hospital, foram capacitações para suas funções.

*“O que eu queria era trabalhar, não importasse onde. Eu queria ganhar meu dinheiro e me sustentar. Primeiro apareceu o concurso, fiz e passei. Eu fiz porque já sabia dirigir e já fiz direto. ... Cursos só esse que tivemos que fazer de condutor de urgência e emergência. Questão de cada serviço.... A gente faz o curso de condutor de urgência e emergência. Esse curso tem uma validade de 5 anos”* (Sérgio/ condutor/ entrevista pessoal/ 22-03-2016)

*“Bem, eu não me formei. Não pude fazer. O que fiz foi estudar para passar num concurso. Daí passei e depois que foi me dando vontade de fazer algo que eu gosto”* (Adriana/ recepcionista/ entrevista pessoal/ 23-03-2016)

Frente ao exposto, observamos que o processo de formação foi diferente para nossos sujeitos de pesquisa, variou de acordo com a profissão, com sentidos subjetivos relacionados com questões financeiras, familiares e pessoais e até mesmo de acordo com a profissão. Foi-nos importante observar a singularidade de cada sujeito que revelou sua trajetória de vida de forma livre através da conversação no estudo. Percebemos o processo de superação e realização como produção de novos sentidos através de posturas ativas dos participantes. Ressaltamos também que, embora as motivações para a formação parecessem surgir de uma subjetividade individual, elas também vinham da relação com seus espaços sociais, seja ele de amigos, da família, do trabalho, etc.

A próxima categoria “**Satisfação com processo de formação**” diz respeito à satisfação dos participantes em relação a seu processo de formação. Segundo Biscarde, Pereira-Santos e Silva (2014), é importante levar em consideração que a formação precisa ser observada sem a separação de aspectos técnicos e políticos, ou seja, a formação não pode ser entendida como um processo de aquisição, de transmissão e repasse de conhecimentos.

Entretanto, a academia vem passando por um processo de transformação, com questionamentos quanto ao papel da universidade na produção e construção de novos conhecimentos, sendo necessário atualmente haver uma produção que seja cada vez mais adequada às necessidades da sociedade. É uma nova vertente na qual os estudantes aprendem a aprender, a pensar em grupo, a refletir, a colocar-se em posição de outrem. É uma ativação da capacidade criativa e colaborativa dos sujeitos, perpassando um momento antigo de transmissão para troca e transformação (Biscarde, Pereira-Santos & Silva, 2014).

Biscarde, Pereira-Santos e Silva (2014) abordam essa temática no estudo “Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo” onde tecem recentes discussões que relacionam à formação, existência de projetos de extensão na universidades pública e relatam a participação em um projeto de pesquisa na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

A concepção de formação profissional deve ser considerada por aspectos para além da aquisição, transmissão e difusão de conhecimentos, senão pelo desenvolvimento de competências para atuação nas suas áreas, reforçando as questões técnicas, éticas e

políticas que possam entender as capacidades integrais do ser humano (Biscarde, Pereira-Santos & Silva, 2014).

Dos enunciados categorizados, analisamos alguns que se disseram satisfeitos e outros insatisfeitos com o processo de formação. Vejamos a seguir.

*“Eu gostei muito da minha formação. Eu acho que a base teórica de início pra você poder ter um contato com a população depois, de uma certa forma isso ajuda... No início realmente já é muito teoria. ... A gente tem acesso aos pacientes a partir do 4º período. Já começa a pagar disciplinas que precisa examinar, precisa entrevistar, colher histórias, anamnese. A gente tem o contato ambulatorio, vai acompanhando o professor pra ter atendimento... a partir do quarto já tem. No início é que é só aquela teoria. Paga tudo. Anatomia, conhecimento de farmacologia, de tudo, pra poder começar a prática com esses próprios conhecimentos”* (Marie/ médica/ entrevista pessoal /08-03-16)

*Foi uma formação boa. Eu tive bons professores, que nos estimulavam a estudar, a buscar mais, a se empenhar na formação, mas claro que em alguns aspectos, a formação deixa a desejar e, assim, há sempre. A formação é só um ponto inicial. A graduação. A gente tem que estar continuamente estudando pra acompanhar as mudanças que fazem parte do campo prático* (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 6-04-2016)

*Não foi muito bom, não! Nas disciplinas porque a gente não tinha uma preparação nem no ponto de vista teórico nem ponto de vista prático, com a exceção do SUS, mas no PIBIC. Fui bolsista no PIBIC, minha pesquisa foi sobre saúde coletiva, eu fiz uma pesquisa na Oftalmo Laureano... eu trabalhei com cobertura hospitalar de câncer, mas não lembro um ano. Eu fiz PIBIC e do projeto da Margarida que era o projeto de extensão no HU, que foram as experiências que me deram uma base para trabalhar no SUS.* (Matilde/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 29-03-2016)

Exposições também foram colocadas detalhando aspectos positivos e negativos da formação profissional, como demonstrado a seguir alguns aspectos positivos.

*No caso da gente tá próximo do paciente, as questões mais humanizadas de fato.* (Dráuzio/ médico/ entrevista pessoal / 08-03-16)

*O reencontro com a comunidade e a identificação de que a Medicina tem esse potencial de servir como instrumento de transformação social. Muito pequeno, uma vez que não consegue modificar as relações sociais impostas pela sociedade capitalista, mas tem um potencial de permitir o avanço no processo de tomada de consciência por parte dos trabalhadores, então acho que nesse sentido são os*

*aspectos positivos da formação, além de alguns contatos individuais com os pacientes que marcam a nossa história enquanto estudante de Medicina por serem muito significativos e terem um valor simbólico muito importante na defesa de uma profissão comprometida com o ser humano. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Segundo Passos (2014), a formação é essencial para a construção de sujeitos críticos que estejam habilitados a gerir o comum, para que possam dar continuidade na construção de uma saúde para todos. É o que trata o participante Marcus, quando reforçou que sua formação foi essencial para torna-lo um profissional mais comprometido com o humano. Nesse sentido, Casate e Corrêa (2012) também afirmam que a formação requer além de uma base conceitual forte e ampliada, que se fundamente no processo saúde-doença como um sistema complexo e mais amplo que a análise do corpo humano.

A participação em projetos de extensão foi destacada por alguns entrevistados. Esta, segundo Gurgel (1986), tem como objetivo fazer uma ligação comunicativa entre a universidade e a sociedade, articulando ensino e extensão. E isto vem corroborando com muitas pesquisas que apresentam a contribuição ampla que uma extensão pode aportar a formação profissional (Cruz, 2014; Ribeiro, 2009; Leite, Ribeiro, Anjos & Batista, 2014;

*Uma das oportunidades boas que tive foi a participação em projeto de extensão na universidade. Sempre tínhamos a opinião de que iríamos ver os pacientes, ter contato com casos mais no final do curso. Então, entrei numa extensão que foi a melhor coisa que participei, atendendo, conversando, eram muitas horas de atenção aos pacientes no hospital (Emílio/ médico/ entrevista pessoal/ 24-05-2016)*

*Eu tenho duas experiências muito boas. Eu fiz parte de um projeto de extensão sendo coincidência ou não, eu acabei enveredando pela área hospitalar e o projeto de extensão do qual eu fiz parte ele era num ambiente hospitalar. Nesse caso era num ambiente ambulatorial do HU. E lá o nosso projeto se chamava 'posso ajudar'. Eram coordenadores do curso de Medicina. E inclusive eram estudantes de medicina do final do curso que coordenavam a gente. Esse projeto*

*começou mais ou menos na época que eu entrei. E a gente ficava no ambulatório, porque o que os estudantes foram percebendo? Eles foram percebendo que a grande demanda de pessoas no ambulatório do HU eram de pessoas do interior. Eram pessoas que não conheciam a cidade, muito menos qual era a dinâmica dentro do HU. Na verdade, hoje em dia, se você for nos hospitais, existe essas meninas do 'posso ajudar'. Mas naquela época não era comum. ... Foi no meu primeiro período de graduação. 2006.. e aí foi uma coisa totalmente nova pra realidade de João Pessoa. E aí a gente ia com os coletes de 'posso ajudar', e foi interessante porque a gente como estudante da área de saúde, a gente já tinha um contato precoce com o SUS. ... Estudantes de enfermagem, de fisio, de nutrição, de medicina, de psicologia, de serviço social.... As pessoas são pagas pra isso. Na época a gente era estudante. E a gente orientava essas pessoas. Eu fiz alguns atendimentos. Claro que eu tava começando psicologia, mas eu já tinha essa experiência de empatia, de humanização. Foi uma experiência marcante (Silvia/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 31-03-2016)*

Aspectos negativos também chegaram a ser destacados na formação profissional como a prevalência de cursos de graduação extremamente teórico, sucateamento das universidades, a falta de preparo dos estudantes, a visão altamente tecnicista e ligada à doença e distanciamento da realidade social, como mostrados a seguir:

*No Brasil, a Medicina é muito curativa e não preventiva. Se ela fosse preventiva, diminuiria tudo isso que acontece (Dráuzio/ médico/ entrevista pessoal / 22-03-16)*

*Porque os cursos são muito antigos, as coisas evoluem e as universidades terminam deixando pra trás um monte de coisa. Os alunos que deixam de aprender. Por exemplo, técnicas modernas de exames e diagnósticos por imagem. Jamais um aluno vai saber disso, porque a faculdade não tem esses equipamentos, nadinha de nada. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal / 19-05-16)*

*Mas esses meninos que tão se formando hoje são totalmente despreparados. Chega a ser assustador. Eu tive uma experiência desagradável de uma colega dando plantão em um hospital... ela dava plantão em dias de segunda-feira, eu dava plantão em dias de quarta-feira... que a colega do hospital encaminhou paciente para mim. "Olha, vem pro médico na quarta-feira, que ele é mais experiente do que eu". Eu falei: "Isso é um absurdo". Era uma lesão de pele, era uma lesão cutânea, uma lesão de pele, e um traumatismo de pele. (Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal / 21-03-16)*

*Da época da formação, na residência que eu entrei como R1 e tinha as R2 que se colocavam num patamar muito superior ao meu, então, o que eu falava não era*

*escutado. Na época da formação acho que isso mesmo, a inabilidade de algumas pessoas ouvir, por achar que detêm um conhecimento maior opta por não escutar, achando que não iria acrescentar em nada. ...É uma inquietação mais, mas eu entendia que eu estava aprendendo que desse jeito eu não queria me comportar, queria estar aberta a ouvir. (Alayde/ entrevista pessoal /15-05-16)*

Estes enunciados apontam o quanto há a necessidade de reavaliação das matrizes curriculares. De acordo com Catani, Oliveira e Dourado (2001), o debate sobre a reconfiguração da educação superior no Brasil já vem sendo trabalhada para poder atuar de forma mais adequada e de acordo com as grandes necessidades do mundo do trabalho, podendo interferir na produção do conhecimento e na formação profissional. Segundo Araújo, Miranda e Brasil (2007), o modelo hegemônico de formação biomédica teve sua história baseada na visão cartesiana de divisão de corpo e mente. Com o Relatório Flexner, de 1910, a organização da formação em saúde tornou-se muito mais enfocada na doença, no conhecimento médico dividido em disciplinas, nas escolas médicas vinculadas às universidades e o reforço na ideia de hospital como ambiente de cura e ensino. Assim, o que se vê é uma desqualificação a complexidade do sujeito como ser biopsicossocial e cultural e uma formação curricular fragmentada e distanciada do ser humano (Lampert, 2002)

Segundo Casate e Corrêa (2012), a formação profissional passou por uma transformação necessária a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, em 2001, que vieram realizar mudanças e adaptações contemporâneas do processo saúde-doença-cuidado e de organização dos serviços de saúde. Disto Casate e Correa (2012) citam a fala de Martins e Chaves (2000):

*Neste novo paradigma, há, sobretudo, uma mudança de ênfase: do ensino para a aprendizagem; da doença como entidade para o enfermo como ser humano integral; do atendimento terciário para o primário; da doença rara para a doença prevalente; do paciente horizontal para o paciente vertical; da alta tecnologia*

*para o calor humano; da desumanização para a humanização* (Casate & Correa, 2012, p.222).

Há alguns anos, essa temática de formação profissional vem sendo discutida e se tornando cada vez mais importante tanto para a academia como para a sociedade como um todo, principalmente pela quantidade crescente de estudos publicados na área (Pereira & Lages, 2013; Ribeiro, Leal, Diamantino & Bianchi, 2011). Contudo, além de olharmos a discussão da formação profissional em si, olhamos também para esse fenômeno na perspectiva das motivações que levaram a essa formação e o quão estão os profissionais satisfeitos com suas escolhas profissionais (Casate & Corrêa, 2012; Bezerra, Falcão, Goes & Felisberto, 2016; Biscarde, Pereira-Santos & Silva, 2014; Nepomuceno & Witter, 2010).

Na tentativa de compreender a relação da formação profissional com os sentidos da humanização, o que se observa é que os profissionais estão cada vez mais envolvidos com uma atenção mais cuidadosa e respeitosa. Assim, entendemos que o processo de humanização pela qual a sociedade vem passando através da Política Nacional de Humanização vem surtindo efeitos dentro de uma perspectiva da formação profissional, visto mesmo na formação já haver níveis de reflexão já avançados da necessidade de uma formação que relaciona mais o técnico, político e prático, que compreende as necessidades da sociedade atual e dos sujeitos de forma mais subjetiva.

Um estudo, realizado por Traverso-Yépez e Morais (2004), investigou as concepções acerca da formação profissional de estudantes de saúde sobre aspectos que foram relevantes, como a escolha profissional. Quanto à escolha da profissão, consideram que as relações sociais influenciam na decisão, muitas vezes justificados pela garantia de sucesso profissional e reconhecimento tanto de status como financeiramente. Referente ao processo de formação, afirmam que os cursos continuam arraigados num modelo

hegemônico biomédico, com leves mudanças referente ao reconhecimento dos aspectos mais subjetivos. Seus dados corroboram com nossa pesquisa, quando os seus participantes também afirmam o quanto os processos de pesquisa e extensão foram importantes para a formação de profissionais mais habilitados e competentes.

Segundo Traverso-Yépez e Morais (2004), a formação é um espaço de elaboração de ideias, valores e concepções tanto acadêmicas, como sociais, econômicas e culturais e que a formação pautada também na perspectiva de valoração dos aspectos psicológicos e sociais é essencial para o desenvolvimento de sujeitos comprometidos com uma prática profissional mais humanizada. Assim, afirmam:

Destaca-se, assim, a necessidade de mudanças nas práticas de ensino e formação profissional, criticando-se diferentes aspectos dessa formação, tais como a educação baseada na memorização e repetição, que inibe o pensamento reflexivo reflexivo e crítico, bem como a pouca correlação entre o conhecimento adquirido e a futura prática profissional. (...) Essas mudanças passam, sobretudo, pela necessidade de se formar alunos capazes de pensar criticamente e compreender a permanente interdependência existente entre as dimensões biológicas, psicológicas e socioambientais do processo saúde-doença, a fim de trabalhar melhor a prevenção e a promoção da saúde, bem como de desenvolver práticas mais humanizadas nas formas de lidar com o paciente. (Traverso-Yépez & Morais, 2004, p. 326)

A esse respeito, Corrêa e Pimenta (2006) também retratam que um processo de formação profissional que tenha como fundamento a mobilização da subjetividade promove o desenvolvimento de sujeitos autônomos, comprometidos e mais reflexivos com relação as desigualdades sociais e políticas.

Isso é um desafio para o mundo acadêmico no século XXI. É dessa forma que tratam Corbellini, Santos, Ojeda, Gerhart, Eidt, Stein e Mello (2010), pois avaliam que, atualmente, as academias não desconsideram totalmente os aspectos humanos. Destacam que é importante na formação o despertar do agir humanizado para além dos princípios do SUS: para a academia e para a vida. Seria a promoção de um novo agir em saúde, mais

comprometido com as necessidades dos sujeitos, mais amplo e integral. Enfim, mostra-se importante preparar futuros profissionais habilitados tanto tecnicamente quanto no cuidado humano e que “também sejam cidadãos éticos, compromissados com eles próprios e com o outro e em condições de atuar em uma sociedade impregnada de incertezas” (p.556).

A partir dos relatos apresentados neste estudo é possível sentir processos de identificação com a área escolhida, ampliação do entendimento do ensino saindo de transmissão para transformação e reflexões críticas sobre a necessidade de continuidade de mudança na formação em saúde.

Nesse cenário, a temática da formação profissional deve continuar a ser questionada, refletida e melhor trabalhada para que haja o que Casate e Corrêa (2012) abordaram como possibilidade de mudança de paradigma, de um sistema de desumanização, fazeres sem desejo, sem motivação, sem satisfação, para algo que não seja o cuidado, para um paradigma de humanização no trabalho.

Assim, observamos como se deu o processo de formação profissional e estava explícito as experiências mais individuais dos participantes. Havia uma subjetividade individual demonstrada pelo sentimento de satisfação (por motivos variados como, bons projetos de extensão, o contato com a comunidade) e também pelo sentimento de insatisfação (como motivado por cursos muito técnicos, sem contato com a população ou uma área mais curativa), bem como uma subjetividade social, justificada pela compreensão já disseminada pela sociedade da necessidade de mudanças sociais em cursos universitários.

Compreendendo sobre esses processos de formação, como se deram as escolhas profissionais dos participantes e sobre a satisfação destes nas suas áreas de trabalho, partimos para compreender sobre mundo do trabalho dos participantes.

## 2 – Eixo temático “Trabalho”

O segundo eixo temático aborda aspectos do **TRABALHO**, explorando o mundo do trabalho, rotinas e atividades realizadas pelos participantes. Configuramos este tema em cinco categorias: **sentido do trabalho, sentido de ser profissional da saúde, dimensão positiva e dimensão negativa do trabalho, e desejo por mudanças.**

Nesta seção, fizemos uma reflexão sobre como se dava o mundo do trabalho, já compreendendo como se deu o processo de formação profissional dos participantes. Sendo assim, foi importante conhecer nesta fase a realidade das atividades na vida profissional dos sujeitos e, assim, poder compreender melhor os sentidos que eles dão à humanização.

A categoria “**Sentido do trabalho**” diz respeito à representação que o trabalho tem na vida dos participantes do estudo. Segundo Dejours (1993), o trabalho tem uma concessão muito importante na vida das pessoas. É mais que uma forma de renda, de ter satisfação econômica, é uma forma de inserção social em um escritório, um hospital, uma oficina ou em qualquer âmbito social. É também uma parte do dia, mês, ano em que se está envolvido em um fazer. Como retrata também Morin (2001), o trabalho conserva um lugar essencial para os sujeitos em uma sociedade, pois é através dele que as pessoas se relacionam e fazem vínculos, evitam tédio e produzem seus objetivos de vida.

Quando abordamos o sentido do trabalho na vida dos participantes, os relatos enfatizaram uma forma de “produção de ações” e de “levar benefício” aos outros, à sociedade. Vejamos alguns relatos.

*Eu encarei o trabalho como uma forma de prazer, me dedico ao trabalho por ser bom, não por apenas ser um trabalho, ele é a minha forma de exercer aquilo que eu aprendi, trazer benefício para quem precisa e me dá pessoalmente muito prazer em executar tudo isso. (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal/ 29-04-2016)*

*Realização, satisfação em sair de casa, trabalhar bem, fazer o meu melhor, estar me capacitando. O importante é estar me capacitando, saber que eu estou fazendo o meu melhor, para que as pacientes conseguem ser bem atendidas. (Rita/ médica/ entrevista pessoal/ 12-03-2016)*

*Adoro trabalhar. Tem gente que diz assim: eu nunca mais queria trabalhar. Eu iria trabalhar como hobby por um período só. Porque eu gosto realmente do que eu faço. É prazeroso pra mim. Não o tempo todo, como um plantão. (Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016)*

Este é mais um momento, no qual se percebe a subjetividade individual de cada participante quanto a sua percepção do estar no mundo do trabalho, vivenciado nas produções sociais e as repercussões de outras configurações sociais no processo de trabalho. Segundo González Rey (2008), compreender o sentido subjetivo dos sujeitos é considerá-lo em sua subjetividade individual que está em constante relação com os momentos e espaços sociais em que circulam. Nessa direção, entender como os profissionais, trabalhadores da saúde, apreendem o trabalho é entender como eles atribuem sentido ao trabalho a partir de experiências produzidas nos espaços sociais. González Rey propõe a seguinte compreensão de subjetividade social

La subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto, como familia, escuela, grupo informal, etc. está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales (González Rey, 2008, p.234).

Houve também verbalização do participante acerca de como o trabalho pode representar alienação e um processo de exaustão na vida moderna. Dimensão estudada por Dejour ao referir que o trabalho pode ser um fator de deteriorização, cansaço e desequilíbrio físico e mental (Dejour, Dessors & Desrlaux, 1993). Esta dimensão exaustiva do trabalho é enunciada de modo contundente por um dos entrevistados:

*“Estresse, cansaço, desrespeito... não identificação da categoria com a classe trabalhadora. Existe uma perspectiva de entendimento da Medicina enquanto*

*uma profissão liberal ou uma alienação da condição da necessidade da venda da força de trabalho. Então o que me vem à cabeça quando eu penso no meu trabalho. Apesar de ser funcionário no hospital onde desempenho minhas funções, concursado, tem outros vínculos que são vínculos empregatícios precários que trazem uma carga de trabalho muito grande e esses são casos extremos que realmente marcam em um primeiro momento quando se pensa na profissão médica”. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Nesse sentido, Tourinho e Palha (2014) estudaram o processo de alienação existente em universidades públicas, entendendo que o Estado tem papel acentuado na produção de alienações. Consideram que o Estado é “autocentrado” e pouco reconhece as individualidades isoladas.

O discurso de Marcus reflete sobre o papel do professor público na formação de sujeitos pensantes. Entendemos sua colocação inquietada, pois observa que ele está dentro de um complexo de Estado capitalista, mercantilista, sobrevivente de lucro e que expropria a capacidade do trabalhador em função de mais quantidade que qualidade, e mais produção que reflexão. Para Tourinho e Palha (2014), é necessário entender que o mundo da educação tem que caminhar para além do capital e que os “processos educacionais e os processos sociais e econômicos estão intimamente ligados, levando-nos a refletir que, sem rupturas nas relações sociais (e institucionais), atualmente sob controle do sistema capitalista de acumulação e de mercado, não poderá haver mudanças profundas no sistema educacional” (p. 282). Esta análise realizada no contexto educativo é pertinente também para o contexto da saúde no Brasil. Embora a saúde seja direito de todos e dever do Estado, há variações desse princípio, defendido pela Constituição Federal de 1988, dependentemente dos interesses de determinados governos com a noção de saúde como mercadoria. Podemos observar que as reflexões sobre o mundo do trabalho do participante Marcus eram mais amplas e críticas, o que podemos relacionar com sua

formação profissional. Em sua trajetória de vida, mostrou-se o mais contestador, crítico e ligado às questões de luta social. Realizou o curso de Medicina onde percebeu que seu anseio pela formação não era justificado pela questão de status social ou questão financeira, Marcus desejava o contato social. De fato, foi no cotidiano de sala de aula que as inquietações de Marcus afloraram, sendo naquele espaço sociopolítico-pedagógico que há a construção de subjetividades, construção e, por vezes, reforço de “sujeitos com uma cidadania crítica, reflexiva, democrática e social, individualmente construída como possibilidade” (Corbellini *et al.*, 2010, p.557).

No processo de formação, é importante desenvolver a capacidade crítica dos sujeitos serem aqueles que constroem e reconstroem seu conhecimento apreendendo, transformando e intervindo na realidade (Do Prado, Schmidt Reibnitz & Lima Gelbcke, 2006). Segundo Reibnitz (2004), é importante uma educação baseada na sensibilidade que possibilita uma reflexão e uma ação crítica empenhadas com a transformação social, a construção de sujeitos éticos, questionadores e reconhecedores da complexidade da sociedade contemporânea. É também um desafio para as universidades nos seus processos de reformulação de Diretrizes Curriculares Nacionais.

A próxima categoria discutida “**Sentido de ser profissional de saúde**” trata da percepção dos participantes sobre ser trabalhador em saúde. Com isso, os enunciados remetem a uma subjetividade individual na experiência de cada participante e a forma como se sentem, aqui mais explícito quanto à satisfação e felicidade, para quase a totalidade dos entrevistados. O ser profissional de saúde significa trabalhar em função de outro, promovendo melhorias na saúde e assim, indicamos elementos que compõem o sentido subjetivo de trabalho em saúde para estes profissionais.

*“É fazer o que gosta, é poder ajudar os outros, é poder auxiliar na cura.”* (Emílio/ médico/ entrevista pessoal, 24-05-2016)

*“Acho que é a sensação de poder ser útil pra alguém. Ajudar a aliviar a angústia. Acho que esse é o lado bom. É diferente ver a vida das pessoas mudarem e a gente poder ajudar de alguma forma”.* (Adriana/ recepcionista/ entrevista pessoal/ 23-03-2016)

*“Tive muitas experiências positivas, através de contatos com realidades da medicina, que é fazer o bem, que é promover saúde, ajudar pessoas, ter uma profissão digna, ser respeitado”.* (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal / 29-04-16)

*“Nossa, amo, amo mesmo. Desde que eu queria fazer medicina, mas agora já sou apaixonada. Quando entrei na área, trabalhando na administração, amei e não quero sair mais”.* (Eleonora/ assistente social/entrevista pessoal/ 09-04-16)

Bock e Aguiar (1995) afirmam que o trabalhar em saúde vem ganhando força principalmente no que se refere à atenção à promoção da saúde. Na área de Psicologia, o trabalho em saúde começou a ser pensado como nova possibilidade de intervenção psicológica, para além de uma ação preventiva que implica em observar a saúde como ausência de doenças.

As autores acima citadas definem a promoção da saúde por uma visão sistêmica da saúde que considera a forma de vida assumida pelas pessoas, contribuindo ou não para uma vida saudável e reforçam a entendimento de Bleger (1984), citado por Bock e Aguiar (1995), que defende ser necessário um trabalho na promoção da saúde que unifique o profissional na busca de relações sociais saudáveis tanto dos profissionais quanto dos usuários, olhando para os sujeitos e suas particularidades para planejar e contribuir para uma promoção da saúde.

A categoria “**aspectos positivos do trabalho**” diz respeito os aspectos pelos quais as pessoas tem satisfação no trabalho.

*Para mim o que é mais prazeroso é o contato com a criança, de olhar no olho, é uma oportunidade de brincar. Por isso acho que eu não me canso tanto quanto ouço meus colegas falarem.* (Emílio/ médico/ entrevista pessoal/ 24-05-2016)

*Sem sombra de dúvida saber que a pessoa fica com a saúde reestabelecida, porque é ruim demais estarmos doente, Nossa Senhora, é horrível. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal, 19-05-16)*

*O mais prazeroso é o paciente ficar bom, agradecer a você por você ter feito benefícios a ele, você ter alcançado o sucesso na sua profissão, onde se reflete esse sucesso na forma da cura, do bem-estar do paciente, ou, quando não conseguimos tudo isso, pelo menos melhorar a vida desse mesmo paciente. (Marcolino/ Médico/ entrevista pessoal, 29-04-16).*

*Olha, o que é mais prazeroso é o poder educativo. Por exemplo, lá no Cândida Vargas, vemos vários casos que podemos interferir apoiando e educando as pessoas para novas ações de saúde ou da vida em geral. Temos casos de adoção onde trabalhamos com as pacientes essas questões e como vão ser de ali para adiante. Lá temos uma ficha social, onde que anotamos alguma questão das pacientes que na alta da paciente o setor onde ela está fica sabendo que ela tem alguma coisa para resolver conosco. As informações ficam ali, as posições de familiares e qualquer coisa que seja para conhecimento. Fazemos as coisas e podemos dar orientações que eles seguem. (Eleonora/ assistente social/entrevista pessoal/ 09-04-16)*

*É dar um certo conforto, apoio àquela pessoa que tá fragilizada não só pela doença física, mas o que a doença física causa no emocional da pessoa. E principalmente a família também, porque quando o doente adocece, a família adocece junto (Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016)*

Quanto ao trabalho na rede hospitalar, Emílio ressaltou, por exemplo, que gosta do contato olho a olho com o paciente e Marcolino fala da importância do restabelecimento da saúde dos pacientes, associando com suas vidas pessoais, fazendo parte do imaginário pessoal desses profissionais e da sua subjetividade social de profissionais médicos que atualmente trabalham no sentido mais humanizado.

A categoria “**aspectos negativos do trabalho**” indica cansaço e/ou insatisfação no trabalho, sendo apresentadas questões como excesso de trabalho, pouca resolutividade dos serviços, falta de estrutura e ritmo de trabalho exaustivo.

Quando falamos de trabalho, estamos retratando a forma do homem exercer uma ação na natureza (Marx, 1998) e nessa ação ele transforma algo antes em algo depois, além de também ser transformado (Souza Jr, 2008). Neste estudo, tratamos de trabalho

em saúde que se especifica pela relação entre sujeitos de uma assistência: profissionais e usuários.

Mais especificadamente tratando de aspectos negativos em relação ao trabalho, Schmoeller, Trindade, Neis, Gelbcke e Pires (2011) afirmam que as condições de trabalho afetam de maneira direta a qualidade da assistência prestada, como a questão de falta de estrutura, insatisfação salarial, alta carga de trabalho dentre outros. No nosso estudo, pudemos observar registros narrativos que enfatizavam alguns desses aspectos que os participantes consideraram negativos, como o excesso de trabalho, por exemplo.

*Uma coisa que cansa muito a gente também é você querer, saber fazer, e não poder fazer por falta de condição. Às vezes você tem um doente que precisa de uma coisa, um tratamento especial, um material, algo que você saiba como fazer, mas aquela estrutura onde ele está sendo atendido não oferece esse tipo de coisa, não é favorável para que o paciente tenha melhor assistência, por falta de condições. Isso cansa muito a gente emocionalmente e, realmente, é o que mais cansa, no sentido de a gente não conseguir fazer o melhor, mesmo podendo, pela sua capacidade, mesmo sabendo fazer aquele tratamento e mesmo sabendo que o paciente precisaria daquilo. (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal/ 29-04-16)*

A falta de estrutura também foi relatada como aspecto negativo, vejamos alguns registros narrativos.

*Os serviços hoje não tem as ferramentas que precisamos para tratar as pessoas, aí ficamos de mãos atadas. (Emílio/ médico/ entrevista pessoal/ 24-05-2016)*

*Eu acho que é a parte de recursos. A gente não tem os recursos que a gente gostaria de ter pra melhorar o trabalho da gente. Não tem um setor informatizado. A gente não tem o mobiliário que deixe a gente confortável, que possa trabalhar com qualidade. É a falta de estrutura. (Adriana/ recepcionista/ entrevista pessoal/ 23-03-2016)*

*Uma coisa que cansa muito a gente também é você querer, saber fazer, e não poder fazer por falta de condição. Às vezes você tem um doente que precisa de uma coisa, um tratamento especial, um material, algo que você saiba como fazer, mas aquela estrutura onde ele está sendo atendido não oferece esse tipo de coisa, não é favorável para que o paciente tenha melhor assistência, por falta de*

*condições. Isso cansa muito a gente emocionalmente e, realmente, é o que mais cansa, no sentido de a gente não conseguir fazer o melhor, mesmo podendo, pela sua capacidade, mesmo sabendo fazer aquele tratamento e mesmo sabendo que o paciente precisaria daquilo. Porém, não ter estressa e cansa muito. (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal/ 29-04-16)*

*É quando a gente sai do hospital, que não encontra vagas pra deixar aquele paciente. É muito complicado isso. (Sérgio/ condutor/ entrevista pessoal/ 22-03-2016)*

Aspectos negativos referentes ao desrespeito com funcionário e baixos salários também foi colocado, bem como a alta carga emocional.

*Bem, exaustivo tem uma lista. Atender casos de outros setores é ruim, a ignorância das pessoas também, porque muitas vezes somos agredidos verbalmente, querem porque querem que passemos a febre do menino em dois minutos, os salários estão defasados (todo mundo pensa que morreremos de ganhar. Ganhamos mais ou menos, mas também morreremos de trabalhar, nem em casa vamos, as vezes). O cansaço dos plantões seguidos também é ruim. (Zilda, médica/ entrevista pessoal, 19-05-2016)*

*Acho que é a carga que a gente fica. De tanto doar coisas boas, e querendo ou não, fica sobrecarregada de uma energia bem pesada. (Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016)*

Uma observação interessante a se destacar nas colocações dos participantes é quanto a algumas limitações no trabalho. Alguns participantes relataram alguns registros que expressavam uma limitação profissional e, no fundo, uma angustia no âmbito do trabalho: a falta de conscientização dos usuários na continuidade do tratamento, muitas vezes interrompido antes do término do tratamento.

*Na prática pediátrica eu vejo a maior dificuldade, nesse momento, é a falta de seguimento das crianças, são crianças que a gente da alta e necessitaria de ter um seguimento e eu não tenho essa possibilidade. Acho que a maior limitação, me vendo como agente promotor de saúde, é saber o que está acontecendo para dar um seguimento para que essa criança não volte para um ciclo de hospitalização. (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)*

*A não capacidade de acompanhar todos os avanços que são colocados. A demanda extremamente aumentada no sentido de você não ter estruturas de saúde que consiga dar conta da população e as que têm são muito procuradas, por isso aumentam muito a demanda, e isso causa uma situação de conflito, e isso causa os estresses que foram citados. E limitação enquanto política de saúde. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Uma limitação também colocada foi quanto a ineficiência de alguns setores da rede de saúde. Assim, a participante Matilde retrata o quanto a falta de alguns serviços podem prejudicar a assistência ao usuário, colocando como uma limitação:

*Falta de amparo da rede. A questão do leito, demorou a chegar, essa coisa burocrática de ter que ligar para a regulação, passar pelo sistema de regulação e depois quando consegue ter que esperar a USA. Eu acho que é uma ineficiência, é um braço assistencial porque depende de um fluxo burocrático. (Matilde/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 20-03-2016)*

Outra limitação relatada por um profissional médico foi a respeito dos avanços muito rápido da medicina e a impossibilidade dos próprios médicos acompanharem esses avanços:

*As minhas limitações de trabalho, acho que são as limitações do próprio conhecimento que avança a cada dia, e isso não te dá, a própria rotina de trabalho não te permite que você acompanhe como deveria ser a questão dos avanços na perspectiva do cuidado médico. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Nesse tocante, Marcus corrobora com as reflexões de Jonas (2013) que trata em sua obra “Técnica, medica e ética” justamente o tema de que a técnica transformou o homem em objeto. “De sujeito da tecnologia, os avanços no campo geral da medicina e da moderna biotecnologia, fizeram do homem um objeto, ou seja, uma espécie de artefato” (p.14).

Aqui, nossos participantes expressaram o sentido do trabalho como produção de ação e um esforço para a ação de outrem, ou seja, um modo de interação social, produção

de vida capaz de sustentar-se, de relacionar-se e “de criar sentidos existenciais ou contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade” (Tolfo & Piccinini, 2007, p.40).

A categoria “**Desejo por mudanças**” retratou as opiniões dos participantes quanto ao desejo ou não de mudança de área profissional, sendo enunciados que remetem a reflexões singulares na vida desses sujeitos, embasados no contexto social em que estão inseridos.

*Não. Eu faria o mesmo... Porque gosto muito do que faço, com o tempo acostumamos. E gosto muito mesmo. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

*Não. Houve uma época, uns 12-15 anos, que eu pensei sair, eu falei “vou sair, vou ser doceira, fazer docinho de festa, eu me adapto financeiramente” porque eu estava achando extremamente desgastante, era o dia-a-dia no pronto-socorro por 10 anos, então, comecei a conhecer os pacientes. Pacientes voltavam, sabia que o tratamento estava adequado e era algo que eu não ia resolver. Uma abordagem social. Por exemplo, processos infecciosos que não estão relacionados à falta de cuidado materno ou índice socioeconômico. Nessa época Eu fiz especialização em medicina chinesa e acupuntura, não resolveram as infecções, mas eu passei a ter outro entendimento, ter uma abordagem que é chamada energética, das causas de adoecimento e isso me tranquilizou. Eu vi que haviam questões que estavam além da minha atuação como médica e que eu teria como resolver se eu atuasse de outra maneira. Então não eram casos que não haviam”. (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)*

*Sim. Se eu tivesse hoje possibilidade de ter os ganhos que eu tenho com a Medicina, eu não ficaria mais nela. Eu estaria fazendo uma outra profissão. Se bem que essa particularidade de ser professor do curso de Medicina, ela me traz uma situação de que as minhas angustias, as minhas crises com a profissão, elas são, digamos assim, trabalhadas lá, no momento da atividade docência. Então quando eu tou dando aula eu consigo abstrair dos problemas da profissão médica. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

*Se fosse antes sim. Mas hoje já tenho 40 anos, penso em aproveitar a vida agora. Já tenho um filho, quero ter outro e se me dedicar aos estudos para passar em medicina, tenho que deixar tudo de lado para entrar. Não vou nem aproveitar a vida, porque depois que me formar vou estar já velha.... O tempo já vai ter passado muito, muita coisa tem que ser feita para fazer medicina, não tenho mais como fazer isso não. (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

Neste eixo temático, pudemos observar as relações dos participantes com o mundo do trabalho, o que fazem e como pensam para uma produção individual e social. Na relação homem-trabalho, o homem sente prazeres e desprazeres e muitas vezes não acompanha o crescimento acelerado das fábricas do capitalismo (Guareschi & Grisci, 1993). E necessitando produzir sua mais-valia, produz no mundo do trabalho cansaços e estresses constantes.

E pensando nos processos subjetivos dos trabalhadores, a Psicodinâmica do Trabalho de Dejour (2004) faz a relação trabalho e processos de subjetivação e compreende o trabalho como um modo de ação do homem que vai além de uma questão salarial, engaja corpo e mente, gestos, inteligência: é poder pensar, sentir, viver situações e reagir a elas.

Com isto, a aproximação com o mundo do trabalho dos participantes, torna-se importante conhecer como se processa os sentidos sobre a humanização, já que é através do trabalho em saúde que eles realizam sua práxis e demonstram como lidam com o processo de humanização do trabalho.

Portanto, segue a apresentação do terceiro eixo temático, “Sentidos da Humanização”.

### **3 – Eixo temático “Sentidos da Humanização”**

O terceiro eixo temático – **SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO** – refere-se aos sentidos que os participantes emitem sobre a humanização, como percebem, como vivenciaram e sentem na sua vida profissional. Dentro desse eixo, identificamos cinco

categorias, são elas: sentido da humanização, sentido de serviço ideal, vivência humanizada, vivência não humanizada e compromisso social em saúde.

O eixo temático “Sentido da humanização” apresenta as concepções dos participantes sobre o tema da humanização. Passados mais de dez anos da Política Nacional de Humanização (PNH) na tentativa de melhoria do atendimento em saúde, de ações articuladas com o acolhimento e a qualidade de serviço, as pesquisas ainda buscam avançar na compreensão dos sentidos dos sujeitos trabalhadores de saúde sobre a humanização (Sanches et al, 2016; Callegari, Massarollo & Santos, 2015; Roseiro & Paula, 2015; Seoane & Fortes, 2014; Mongiov, Anjos, Soares & Lago-Falcão, 2014; Deslandes, 2004).

Propondo conhecer as concepções dos (as) participantes desta pesquisa sobre a humanização, observamos que eles(as) enunciaram uma variedade de noções e reflexões. Pensaram múltiplas formas que interpretam a existência do HumanizaSUS no contexto hospitalar onde atuam, onde as motivações para ser profissional de saúde são ressignificadas todos os dias, onde o processo de formação e capacitação são revisitados, bem como onde as novas experiências positivas e negativas configuram o processo de trabalho.

Como a humanização vem sendo trabalhado pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e Municipais, locais de trabalho e pelos sujeitos de saúde, o termo adquiriu movimento histórico capaz de tentar combater a ideia de soberania do corpo acima do sujeito, sobrepondo as reais necessidades de cada sujeito, passando, assim a desprender do movimento biomédico.

*A humanização é quando você, praticamente, tira o rótulo, quando você, praticamente, descoisifica a coisificação que os pacientes recebem: “é um paciente, é uma doença”, você tira esse rótulo e passa a tratar do ser humano*

*que tem ali. Ele não é a doença, ele é um indivíduo que interage com múltiplos fatores e que a doença, inclusive, nem é o foco principal da vida dele. (Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal /21-03-16)*

Ayres (2005) tem reforçado que o conceito de humanização tem sido ampliado e discutido, ocupando destaque na reconstrução das ações em saúde do Brasil, efetivando maior integralidade, efetividade e acesso. Assim, entende a humanização como um “compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum” (p.550). Neste particular, diz o autor, para que haja transformações nas práticas de saúde, tem que haver uma avaliação crítica por parte dos profissionais das posturas morais e éticas das ações de saúde. Assim, considera importante expandir a atenção das práticas de saúde baseadas em conteúdos técnicos, com alto poder de formalização e objetivação, para uma atenção mais focada nas relações e encontros entre subjetividades. Em nosso estudo, pudemos ver que as ações de saúde mais ligadas a humanização trazem, para a maioria dos participantes, satisfação e esse estado de felicidade por estar realizando uma ação em prol de outros, com cuidado mais integral e sensível.

Ayres (2005) ainda realiza uma aproximação entre a noção de humanização com projetos de felicidade entendendo que estes projetos “remetem a experiências vividas, valoradas positivamente, experiências estas que, freqüentemente, independem de um *estado de completo* bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional” (p.551). Compreende a felicidade como horizonte normativo da humanização, ou seja, para a humanização das práticas de saúde as tecnociências biomédicas devem buscar novos horizontes, horizontes de felicidade associados à saúde.

Dentro da nossa pesquisa, demonstramos outras conceituações tratadas pelos participantes sobre a humanização como:

*É tratar com respeito, com educação, como você gostaria que uma pessoa de sua família fosse bem tratada. (Marie/ médica/ entrevista pessoal/ 08-03-16)*

*Me vem à cabeça um tratamento humanizado, como a palavra já diz, de uma forma que o paciente seja tratado como gente, como pessoa, como ser humano que o é, e não apenas como um doente. (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal/ 29-04-2016)*

*Ser mais humana, ter, assim, principalmente respeito pelo próximo. (Ena/ recepcionista/ entrevista pessoal/ 15-05-2016)*

*Cuidado, né? Assim, é cuidar das pessoas que precisam de atendimento. Já que elas estão no hospital, é fazer o bem (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

*Acho que humanização é a parte de compreensão, de compreender as pessoas (Sérgio/ condutor/ entrevista pessoal/ 22-03-2016)*

Nestes relatos, observamos uma percepção de humanização relacionada com uma forma de dignidade e respeito ao ser humano, assim como relata Deslandes (2006). Benevides e Passos (2005b), também retratam que essas conceituações dos participantes valorizam a esfera existencial e, assim, valoriza o homem.

*É estar com o outro, estar disponível pra ouvir e poder captar a essência daquele momento. (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 06-04-2016)*

Ainda quanto os sentidos dos participantes referente à humanização, consideramos interessante a fala de Matilde quando conceitua o tema como um acolhimento, dando valor a tudo e todos de uma relação de estar com outro.

*É acolher. Tem uma definição que eu gosto muito de acolhimento que li em um desses textos sobre experiência de cárcere e diz mais ou menos assim: acolher é você estar na mesma paisagem, não é por intuição, mas é uma forma de você participar, você está lá, de escutar. Eu lembro da definição, um parágrafo*

*pequeno e ele termina assim: participa-se. (Matilde/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 20-03-2016)*

Neste momento, observamos os sentidos subjetivos da humanização como forma de olhar o outro mais sensível, com aconselhamento e com apoio psicológico fazendo parte de uma subjetividade individual. Refletimos que essas conceituações partem de uma experiência pessoal e que é demonstrada através de uma subjetividade social, mesmo sem serem percebidas, seria um fenômeno socialmente discutido.

O termo humanização convoca os sujeitos para que vejamos uns aos outros de forma mais humana, de forma mais igual, levando em consideração que há, nos processos de atenção à saúde, uma relação de distanciamento entre profissionais e usuários. Há uma relação de poder entre profissional de saúde e usuário que tende a desqualificar o sujeito alvo da assistência, o distanciamento que é explicado pelo histórico de poder médico e submissão dos usuários.

*Para mim essa palavra humanização não faz muito sentido, talvez eu devesse ver o significado e usar no meu dia-a-dia. Mas não vejo sentido porque é tudo gente e gente deve ser tratado igual. (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)*

Assim como a participante Alayde, Marcus também não vê sentido na discussão de humanização e afirma:

*Bom, se eu não consigo entender a humanização enquanto uma prática que faz a mudança de atendimento, eu posso considerar isso como uma questão moral. Os profissionais que são bons e os profissionais que são ruins. Os que são mais sensíveis às trocas subjetivas, e os profissionais que são mais pautados pela técnica e não têm envolvimento com o paciente. Então, a gente pode viajar no senso comum e dizer que uma prática humanizada é você sorrir para o paciente, atender as necessidades do paciente, dar abraço no paciente, mas isso não garante nenhuma prática que tenha como característica o acesso a todo os bens de humanidade que atenda à humanidade. Então, eu não consigo discutir isso de humanização, a não ser que a gente trabalhe no senso comum. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Benevides e Passos (2005a) trazem à tona essa discussão sobre a tentativa de definição da humanização que tem expressões fragmentadas, imprecisas e por muitas vezes frágeis, sendo relacionada ao voluntarismo, paternalismo e assistencialismo. Nesse sentido, afirmam que a humanização tem dois desafios: conceitual e metodológico. Quanto ao desafio conceitual retrata o dilema da humanização ter um conceito-sintoma, reproduzido com os movimentos de mudanças das práticas de saúde e que tem sintomas paralisantes como a repartição por áreas (saúde da mulher, idoso, diabético), por níveis (hospital, ambulatório) por profissões (clínica da fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia). Esse caráter sintomático permite um posicionamento crítico de que as práticas de saúde precisam de um “trabalhador bonzinho, doce e sorridente”. Outro desafio descrito para a humanização proposto por Benevides e Passos (2005a) é um desafio metodológico, visto ser necessário conhecer a realidade e sintonizar o que fazer e como fazer na Política. É preciso ter um *modus operandi*, menos fragmentado e fragmentador.

Para nosso participante Marcus, é essencial olhar para além do senso comum que o conceito de humanização tem para as pessoas (uma pessoa humanizada seria bondosa, amorosa, respeitosa). É importante “definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde” (Benevides & Passos, 2005a, p.392), e mais que isso, mudar os processos de subjetivação a partir de sujeitos concretos mudando suas próprias práticas de saúde (Benevides & Passos, 2005a). Para Marcus, tratar da humanização é assumir uma assistência que garanta os direitos à saúde e não ao uso de estratégias paliativas, como ele mesmo afirma, “*dar abraço ao paciente não garante nenhuma prática que tenha como característica o acesso a todos os bens de humanidade que atenda à humanidade*”.

Nossos registros narrativos mostraram o que o estudo de Seoane (2012) também averiguou, ou seja, sinalizou que o conceito de humanização para os profissionais é diverso, as opiniões são amplas, fragmentadas e os conceitos não eram claros, demonstrando uma real imprecisão do termo humanização para os profissionais. Na proposta inicial do SUS, junto ao Ministério da Saúde, a humanização veio embasada na concepção ampliada de saúde, tornando-se referência política para toda a rede pública, mas não se notou uma conceituação única sobre a terminologia “humanização”, pautada numa concepção teórica ou filosófica.

Deslandes (2004) também afirma que essa dificuldade de se tratar o termo “humanização” se justifica pelo fato de se tratar de uma condição de humanizar o humano, tornando-se difícil falar de apreender algo que somente o homem pode fazer.

Como podemos observar, a humanização é um conceito polissêmico que tem proposições ampliadas para a atenção de novas formas de saber, fazendo parte de reflexões sociais das categorias profissionais de saúde, e para reconhecer as particularidades dos sujeitos, dentro de seus imaginários particulares. Mas, Deslandes (2004) não considera essa amplitude de conceituações um real problema, pois conclui que mais importante que os conceitos de cada sujeito sobre a temática, é a comunicação e o respeito as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de saúde. Assim, afirma: “acreditamos que apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como “humanizadoras”, esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada” (p.13).

Nesse sentido, pudemos apresentar uma diversidade de conceitos acerca da humanização dos nossos participantes. Segundo Ayres (2005), a ampliação da capacidade comunicacional dos sujeitos do SUS já demonstra que o debate sobre a humanização já é

válido. Expandiu-se mais que cuidados em saúde, houve o reconhecimento que o homem é um ser das relações, um ser que interage através da linguagem e não haveria humanização sem a existência da comunicação entre os sujeitos.

A categoria “**Sentidos de Serviço ideal**” apresentou a visão sobre o seria um serviço ideal, sendo expresso pelos participantes como a realização de atendimentos de forma cuidadosa, uma estrutura adequada para a execução de um bom trabalho e para o bem estar dos(as) trabalhadores(as) e a existência de um ambiente onde haja boa interação entre profissionais.

*De qualidade. E isso implica em conhecimento sobre o meu trabalho, o que eu tenho que fazer, e também conhecimento sobre o trabalho do outro. Qual a atribuição do outro. E eu valorizar o meu trabalho, valorizar o trabalho do outro, e ter essa troca de saberes (Silvia/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 31-03-2016)*

*Tem que ser um espaço de acolhimento, de estar sensível às necessidades daquele paciente, daquele familiar. Um espaço de discussão entre a equipe. (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 06-04-2016)*

Houve também sentidos atribuídos a uma ideia quase que utópica por parte da sociedade, visto que segundo o participante há problemas reais nos serviço público que torna inviável um atendimento ideal para as demandas dos sujeitos.

*“Aí você está falando de uma coisa bem utópica, porque no SUS ter um serviço ideal é quase impossível. Temos alguns serviços nacionais que podem ser considerados de grande porte e que são quase 100%, como o hospital de câncer de Barretos, parece que Goiás, tem o Incor, que é muito bom, mas tem uma fila quilométrica para os pacientes, não sei. Mas deve ser, assim, ao meu ver, todos atendidos, cada um de acordo com suas necessidades, sem precisar sair de um lugar para o outro desesperados, ter os recursos necessários, ser bem atendido. Isso. Também os profissionais melhor remunerados, com escalas de serviços mais suaves, com os recursos necessários para os procedimentos, sem sobrecarga”. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

Como pensar objetivamente em uma atenção em serviço ideal? Esses relatos dos(as) participantes trouxeram a ideia de que o ideal pode não ser alcançado, mas buscado num caminho contínuo de fazeres de e pelos sujeitos, estes que devem ser o centro de atenção e cuidado. Um caminho alcançado através da prestação do melhor serviço possível, do respeito e responsabilidade com os demais, seja usuários ou profissionais de equipe de trabalho.

A PNH avançou no sentido de ampliar o olhar mais técnico para o olhar de novos fazeres, encontros e possibilidades de ver a saúde, sendo uma concepção mais ampla e reconhecadora da força do sujeito. Nesse sentido, nosso participante Marcus coloca-nos uma reflexão: os serviços não precisariam de um modelo, um formato igual, padronizado e ideal, precisaria atender as necessidades dos sujeitos. Vejamos o que Marcus relata.

*Eu acho que o serviço humanizado é um serviço que consiga atender todas as necessidades das pessoas que precisam desse serviço, sem limitação de estrutura ou de acesso a profissionais ou determinados procedimentos que esse paciente precisa. E aí na sociedade capitalista isso tem limitações. Então, o serviço humanizado necessariamente precisa ser um serviço que o ser humano seja o centro da ação a ser trabalhada e não mera mercadoria dentro de um modo de produção que utiliza dessa mercadoria pra auferir lucros numa perspectiva de mercado. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Podemos, neste instante, remeter nossos pensamentos a Passos (2014) quando relembra que a PNH é uma política transversal e objetiva reconhecer as individualidades dos sujeitos. Assim, observa que a PNH deve colocar lado a lado os diferentes, aceitando que há diferenças e que o SUS deve atender a qualquer um, é uma garantia de prestação de serviço independente de quem seja.

Assim, Marcus tratou de realizar sua crítica política: um serviço humanizado precisa atender a todos compreendendo que o centro do serviço não seria a estrutura,

modelo ou a prestação de serviço financeiro, mas o sujeito. O que pudemos observar é que essa capacidade crítica do participante Marcus não é fruto somente de sua história de vida, mas compreendemos que existe uma grande participação de uma subjetividade social que contribui para análise diferenciada do contexto da humanização.

No questionamento quanto o que seria um serviço ideal, observamos o quão é difícil quebrar a hegemonia de um forte percurso histórico de uma saúde mediada por um capitalismo que faz o homem correr e, às vezes cego, em nome do que pode acreditar ser melhor para ele, como trabalhar muito para manter uma qualidade de vida e estilo social, essa que é uma realidade de algumas categorias profissionais, como a médica. Os sujeitos colocaram nada mais que reflexões subjetivadas socialmente reforçadas por uma história social da saúde do país.

Na direção de apreender os sentidos da Humanização, buscamos explorar as experiências concretas dos(as) entrevistados(as), incentivando que narrassem episódios presenciados e vivenciados que revelassem práticas humanizadas e também não-humanizadas. Organizamos estas percepções na categoria “**Vivência humanizada**”.

Este momento foi de uma grandeza sem igual. Cada caso e suas minúcias dos momentos sociais que ficaram enraizados na subjetividade de cada participante foram reveladores. Vejamos esses relatos de profissionais de áreas não médicas, como uma assistente social e um condutor.

*Foi uma paciente que era usuária de drogas, tinha um filho de cada pai, eram três e em uma das nossas conversas ela deixou escapar que era abusada pelo padrasto. Aí, né, já disse. Ela pediu para a gente não fazer nada, para não contar para ninguém, mas já disse, não podíamos ficar calados com uma situação dessas. Aí, acionamos o Conselho Tutelar porque ela queria por para adoção a criança. Ela toda magra, maltratada, precisava ver. Ela me marcou muito, chego a me emocionar (silêncio), porque a vida é assim para muitas pessoas. Aí ela confessou tudo, conversou com a gente, explicou tudo. Aí, fizeram um flagrante, sabe, a polícia fez um flagrante no cara. Aff, ainda bem, foi preso. Dois filhos foram para um abrigo, o Pedro Jorge. Lá é muito bom, não é muito conhecido,*

*mas abriga mulheres grávidas e faz um trabalho educativo, reeducação e põe de volta no mundo, sabe! Lá é uma fazenda. Ela estava revoltada, falava mesmo “maldito homem”. O bebê ficou com ela, mas depois ia pra adoção. Ainda bem que ele foi preso, aí ele não faz mais isso nem com ela nem com mais ninguém. Precisa ver (silêncio). Ela foi ficando triste demais, revoltada. (silêncio). Daí, ela lá no abrigo, começou a trabalhar, ele lutou para aprender algo e depois buscar os filhos na instituição.... Era uma instituição filantrópica, ligada à igreja. Precisava ver como ela voltou. Ela veio uns 3-4 meses depois, toda diferente, de vestidinho, toda arrumada, toda linda, mais gordinha, tinha mais ou menos uns 6 a 10 kilos a mais. Menina precisava ver, coisa linda. Me emociono sempre que lembro dessa história. Ai ela veio agradecer a gente por tudo que fizemos por ela. Como é que a gente não se emociona. Ajudamos a mudar a vida de uma pessoa. (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

*Até um certo tempo desse uma mulher teve bebê nos meus braços.... ... O sangue descendo e a gente correndo pro Trauma.... Não tenho nem palavras, sabe! Foi assim emocionante. Eu me senti muito importante, porque sem eu estar ali ela não teria ajuda de ninguém e poderia ter acontecido o pior. Mas graças a Deus deu tudo certo, não fui o doutor, nem queria ser, mas só em a gente estar ali ajudando, já sou grato por trabalhar aqui no hospital. (Sérgio/ condutor/ entrevista pessoal/ 22-03-2016)*

São discursos que representam profissionais, mais que representações de categorias, são sujeitos que tentam na sua área profissional agir em uma clínica ampliada. Campos (1997) discutiu isto na sua reflexão da clínica do sujeito, tendo como base as ideias do filósofo Antônio Gramsci que hipervalorizada o papel dos sujeitos e nas ideias de Franco Basaglia que foi de encontro ao objetivismo bruto produzido na psiquiatria de pessoas ocultadas da sociedade nos manicômios. Desta forma, o sujeito é aqui base de olhar, não a doença. O processo de cura na clínica do sujeito passa a um lugar de segundo plano e a figura principal passa a ser o sujeito social, concreto e subjetivamente constituído.

Seria o que o referido autor ainda discute como uma luta pelo reconhecimento de uma clínica com a saúde submetida e pensada de acordo com determinantes sociais, políticos e econômicos. O caminho seria deixar de pensar na saúde meramente econômica, capitalista e reducionista, deixar de ser uma “clínica degradada”, uma clínica-

clínica antiga, a clínica médica medicalista e biologicista para ser uma clínica do sujeito que reconhece a dimensão subjetiva e social das pessoas (Campos, 1997).

Essa batalha não tão fácil, ela está expressa no discurso também de Oswaldo quando faz referência que tem a “obrigação” de fazer uma clínica que seria além do que está proposto a ele, um profissional da área médica. Neste momento, não entende compreende também atendendo as demandas sociais e subjetivas de seus pacientes, ele está fazendo a clínica, mas uma clínica ampliada do sujeito, em uma abordagem de escuta do sofrimento em si, e isso é clínica. O participante separa o seu fazer clínico de ações que fazem parte da clínica ampliada, embora não deixe de sinalizar que estes outros aspectos são importantes para o restabelecimento da saúde. De modo geral, o que podemos observar é que este afastamento entre o que é da clínica e o que não é, é reflexo da formação médica que configura um espaço social de trabalho, onde os(as) profissionais não reconhecem uma determinada ação como uma atribuição do seu fazer clínico.

Vejamos:

*“Muitas vezes os pacientes chegam retornando de uma cirurgia que fez, muitas vezes reclamando de mau atendimento ou de um quadro de dor muito intensa ou de uma complicação qualquer que possa ter havido na cirurgia, e naquele momento a gente tenta entender esse paciente de uma forma global, onde ele teve uma assistência hospitalar, teve um nível de estresse, teve um nível de atendimento, talvez, inadequado, teve um tratamento não humanizado durante todo esse trabalho, e ele tenta algumas vezes, vamos dizer, descarregar suas mágoas como paciente para o médico. E a gente, na obrigação de atender esse paciente não só na parte clínica, se faz como ouvinte desse paciente, como uma forma de tentar aliviar as tensões e tentar ver ao paciente que nem tudo pode ser levado pro lado, vamos dizer assim, radical da situação. A gente tenta de uma forma muito clara levar o paciente, assim, a aceitar melhor; tentar conviver melhor com aquelas adversidades naquele momento, e não só tentar clinicamente resolver o problema, mas uma boa conversa, uma aceitação do quadro, ouvir bem o paciente, entender, e não achar que ele possa estar exagerando – ou qualquer coisa nesse sentido -, na minha opinião, fazem com que esse paciente se sinta mais bem acolhido e, portanto, com o tratamento, naquele instante, mais humanizado”*  
(Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal /21-03-16)

Disso trata Caprara e Franco (1999) quando apontam a necessidade de uma medicina que amplie os horizontes quanto à relação médico-paciente. Olhar para o corpo já faz parte do contexto histórico da área médica, mas olhar para as pessoas é reconhecer a sensibilidade além do corpo. Os autores fazem uma reflexão sobre a humanização na medicina, especificadamente, na relação médico-paciente, afirmando a necessidade efetiva de promover a saúde de maneira integral, considerando os sujeitos em sua totalidade física, psíquica e social. Entretanto, reconhecem o quão difícil é romper com uma história de práticas baseadas excessivamente na visão biologicista.

Nosso participante Oswaldo demonstra que essa relação médico-paciente já avançou, as relações humanas já ganharam espaço, ainda que não reconheça isso como parte intrínseca ao trabalho do médico. O lugar da dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença já pode ser reconhecida principalmente em profissionais com formações mais recentes, como é o caso de Oswaldo que tem menos de cinco anos de formação em medicina. Tais relatos sugerem que a formação foi importante para uma prática de saúde mais humanizada.

Levamos em consideração que, para uma abordagem humanizada, é essencial observar que há também profissionais que também são sujeitos. E mesmo tendo que atender a demandas na maioria das vezes objetivas, esses profissionais também sentem, sofrem e têm suas fragilidades e limitações. E como humanos que são também os profissionais de saúde, estão susceptíveis a deslizes, falta de paciência, enganos, etc. Claro que isto pode estar também relacionado com as condições de trabalho do sujeito.

Segundo Hoga (2004), a dimensão subjetiva dos profissionais provoca impacto na relação profissional-usuário e é importante para a assistência humanizada. Afirma que o relacionamento interpessoal é fundamental para a assistência em saúde e que é necessário por parte dos profissionais o reconhecimento das dimensões subjetivas dos clientes,

muitas vezes fragilizados tanto física como emocionalmente pelas condições de saúde. Assim, relata que “importa ressaltar que o encontro genuíno entre o profissional de saúde e seu cliente, essencial para a humanização da assistência, só vai se efetivar quando os profissionais estiverem preparados e disponíveis para tal ocorrência” (p.18).

*“Uma experiência humanizada é quando a gente consegue atender a todas as dúvidas, as inquietações, a gente passa medicação para uma paciente mesmo que chegou com uma lista imensa de perguntas e eu tive toda a paciência do mundo de poder responder e essa me disse, depois de algum tempo: ‘A senhora foi a melhor médica por quem eu já fui atendida’”. E ela disse: “Por que?”. “Porque a senhora me respondeu tudo, todas as minhas dúvidas, teve paciência comigo”. “Então essa foi a paciente que eu me lembro muito dela, porque ela me disse isso, e às vezes a gente não tá com tanta paciência. A gente chega muito cansada de vários plantões e não tá a fim de responder tanta pergunta e eu não tô muito a fim. Eu sou humana”. (Rita/ médica/ entrevista pessoal/ 12-03-2016)*

Neste momento, pudemos observar que as vivências humanizadas mostravam quanto as relações entre os sujeitos foram ampliadas. Os contatos foram estendidos, o ouvir foi mais apurado e cuidadoso, o sentir a inquietação dos sujeitos foi mais delicado, houve a possibilidade maior de conversa mais acalentadora e melhor alívio de dúvidas e tensões. No entanto, estas particularidades também sugerem uma concessão da médica em relação a dar informações detalhadas, explicar para o(a) usuário(a) o que ele tem, os procedimentos, o prognóstico. Faz-nos pensar até que ponto este modo de fazer é uma concessão ou é um direito à saúde e as suas implicações para o que queremos em relação à humanização.

Neste momento reforçamos as ideias Merhy quando aborda sobre as tecnologias em saúde, mais especialmente falando da tecnologia leve ou relacional. Merhy (2003) afirma que o trabalho em saúde precisa de instrumentos assistenciais, chamados dtc) e tecnologias em saúde, sendo materiais e não materiais. Detalhadamente dividiu em tecnologia dura (equipamentos como raio-x), tecnologia leve-dura (como saberes dos

médicos, dentista etc) e tecnologia leve (das relações). É desta última de que estamos referindo, uma ferramenta que dá valor as relações, ao encontro entre sujeitos que atuam uma sobre a outra, com suas intersubjetividades.

Nossos casos mostraram que a humanização aproximou os sujeitos através da maior comunicação, pois através dela houve maior expressão de sentimentos, desejos e aflições entre usuários e os serviços. Isto corrobora com a ideia central de Ayres (2005) quando afirma que a humanização pode ampliar horizontes normativos capazes de agir sobre problemas de saúde, ir além da compreensão de uma saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” expressa pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos de 1970 (Alma-Ata, 2001). A humanização pode, portanto, alcançar as demandas sempre novas e reconstruídas dos sujeitos, visto que consideramos todos eles sujeitos que são construídos e constroem sua realidade a cada instante.

Além do mais, os relatos mostraram que a humanização é real na vida destes profissionais. Eles demonstram satisfação em suas ações, emocionam-se, sentem-se gratificados e importantes nas atividades de trabalho. Isso remete-nos a Benevides e Passos (2005a) quando apresentam a reflexão de que os sujeitos experimentam movimentações coletivas partindo de experiências concretas do dia a dia de cada profissão. Há na humanização uma modificação de visão nas práticas profissionais, “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” (p. 391). Isso é o que as autoras referem como “reencantamento do concreto”, ou seja, no cotidiano do trabalho, os sujeitos que atuam no SUS repositonam-se e coletivamente produzem novas formas de interação, usufruem e neles se transformam (Benevides & Passos, 2005a).

Estes discursos versavam sobre as vivências mais humanizadas. Entretanto também discutimos também as experiências não humanizadas dentro da categoria **“Vivências não humanizadas”**.

Como já temos visto, a temática da humanização vem sendo bastante discutida nos últimos anos no campo da saúde. Entretanto, essa temática traz consigo também o seu avesso desumanização das práticas de saúde, a partir do momento em que havia uma reflexão de falhas no atendimento ou condições de trabalho (Silva, Chernicharo & Ferreira, 2011), ou seja, a humanização existe e é considerada, hoje, como foco de atenção, pois ainda existe nos serviços práticas consideradas desumanizantes (Casate & Corrêa, 2005). Como vimos, por estes episódios, foi criado em 2004, o plano de humanização das práticas de saúde através da Política Nacional de Saúde e, assim, a humanização passou a ser abordada de forma mais veemente, uma vez que as situações desumanas eram persistentes nas práticas de assistência à saúde (Deslandes, 2006).

Como entender a desumanização das práticas? Silva, Chernicharo e Ferreira (2011), em uma pesquisa na área de Enfermagem, concluíram que nem todos os profissionais agem de forma humanizada e compreendem a desumanização como prática que rompe com a ideia de integração, dialogicidade e respeito ao sujeito.

Casate e Corrêa (2012) fizeram uma pesquisa bibliográfica em diversos artigos científicos e observaram uma variedade de aspectos considerados desumanos na saúde, como longas filas e esperas, consultas e atendimentos cancelados, equipamentos e estruturas físicas inadequadas, desrespeito ao paciente, falta de privacidade por parte dos usuários e de acompanhantes, dentre outros. Houve também a exposição de aspectos por parte dos profissionais, como condições de trabalho inadequadas, baixos salários, sobrecarga de atividade, forte tecnificação e burocratização dos serviços.

No sentido de conhecer as vivências consideradas desumanas, sentimos a necessidade de incentivar relatos dos participantes sobre estes aspectos. Aqui, explicitamos algumas colocações dos participantes. O participante Marcus inicia nossa discussão sobre o tema da humanização e desumanização.

*“A humanização ela tem que ser entendida também na perspectiva da desumanização. Como os dois são produtos de seres humanos, eu acredito que essa frase fique mais tecnicista, ela não deixe de ser uma prática humana, então uma prática humanizada também. Nós não nos tornamos macacos e precisamos nos voltar a se tornar homem. Por isso humanizado. Acho que tem uma questão conceitual aí que antecede essa discussão de humanização”* (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)

Entende que a desumanização é:

*A exploração do trabalhador pelo sistema do capital. Então assim, você descaracteriza o ser humano enquanto ser que possui uma capacidade de transformação da realidade, numa mercadoria a ser pesada e utilizada dentro do processo do capital. Então não dá pra gente falar numa prática desumanizante que não seja exploração disso. O homem sendo coisa e sendo utilizado como mercadoria pra auferir lucros para as indústrias médico hospitalares e farmacêuticas. Isso pra mim já é uma prática que descaracteriza o ser humano enquanto ser e o coloca na condição de coisa.* (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)

Outros participantes relataram suas experiências não humanizadas, como abordado por Alayde, que entende que muita coisa já modificou no contexto da humanização, mas que ainda há aspectos desumanos na saúde.

*“Não era permitido acompanhante com a criança. Aquilo era desumano, antes do ECA, porque as crianças ficavam sem acompanhante e não tínhamos um técnico de enfermagem por criança. A gente tinha uma enfermaria com 12-15 leitos, aqui no estado da Paraíba, a mãe não podia ficar, não tinha como tratar essa criança então tinham que amarrar as mãos e os pés ao leito, porque senão ela iria arrancar o soro”.* (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)

Salientamos, neste registro narrativo que o fato de não ter um técnico por criança ou em quantidade suficiente para oferecer uma oferta humanizadora, por que contar com a família como se ela fosse uma pessoa que sofre também e não como mão de obra? Isso pode ser anunciado como um reducionismo no modo dos(as) profissionais entenderem humanização e desumanização.

O desrespeito em relação ao paciente acamado também foi exemplificado por Eleonora e outro por Zilda que revela que, dentre tantas práticas em saúde, ela considera-se humana, tendo limitações como qualquer outra pessoa, havendo dias que está ótima e outros que não está emocionalmente tão bem. Com isso, podemos observar que a humanização pode estar sendo trabalhada como um esforço individual de alguns profissionais, não como uma política coletiva de cuidado. Segue os enunciados.

*“Já vi falarem de morte para pacientes em coma e de repente a pessoa acorda, já vi dizer, que não ligam se arrancarem a perna. Olha, aparece de tudo minha filha, as vezes nem tem pena das pessoas, coitadas que estão ali sofrendo. Não posso dizer que sou perfeita, mas tento. Mas já me peguei demorando a atender, confesso, com esses PSF’s (Programas de Saúde da Família) parados, dá até raiva. Atrasar e tal, estar mais cansada para trabalhar, assim, fico sem jeito, mas atender, atender, eu faço minha parte bem” (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

*“Me veio agora um caso de uma senhorinha que foi atendida com sangramento. As pessoas fazem julgamento de valor, sabe, é um caso sério. Aí diziam pra ela, pobre, “abre as pernas”. Bichinha, aff. Aí diziam “vixi, tá podre, que coisa horrorosa”. Ficaram fazendo cara feia na frente dos filhos e nora, coisa feia!” (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

Esses dados corroboram com as reflexões iniciais de Howard em 1975 quando pensou na desumanização como forma de coisificação das pessoas, ou seja, as pessoas não são consideradas, são vistas como coisas. Em nosso estudo, pudemos verificar a

existência do que Salim (2014) tratou como impessoalização e fraqueza em relações afetivas no âmbito de trabalho em saúde. Consideramos, pois, que houve avanços consideráveis de humanização, de ampliação de uma visão mais sensível e ampla do ser humano. Entretanto, a desumanização continua a existir por parte de alguns profissionais.

Importante ressaltar a reflexão do participante Marcus que nos remete a discussão trazida por Araújo, Miranda e Brasil (2007) quanto a influência do modelo biomédico, o distanciamento dos sujeitos e as relações desumanas dentro da própria formação acadêmica. Traz à tona uma discussão altamente coerente quanto ao processo de alienação das práticas na formação em saúde.

*“Esse distanciamento que o curso tem com relação à relação à realidade social e com as práticas que a gente acaba assumindo como desumanas, mas na verdade a gente tem uma compreensão que essas práticas elas são alienantes e não desumanas, porque são produtos de um ser humano alienado. Então são mais alienadas que desumanas. E o contato com a própria profissão, a própria relação entre os professores que seria o embrião do que seria o médico no mercado de trabalho, junto ao paciente, junto aos outros profissionais médicos, esse é um aspecto extremamente negativo. A prepotência médica, a intransigência da pessoa, a perspectiva de não existir diálogo entre professor e aluno, a tentativa de desqualificação de uma pessoa que pensava diferente, e aí no caso por fazer parte do movimento estudantil, tudo isso se constituem experiências negativas com relação à Medicina. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal /04-04-16)*

Nesse sentido, Melo (2011) remonta as ideias de Marx e Heidegger para tematizar o conceito de alienação. Para autora, a obra de Marx “*Ökonomisch-philosophische Manuskripte*” (1932) retrata bem o conceito de alienação e norteia que o trabalho alienado está na relação do trabalhador com seu produto de trabalho da seguinte forma: 1) no trabalho o sujeito aliena-se; 2) aliena-se da natureza; 3) aliena-se dos outros sujeitos. E o agente da alienação através do trabalho está motivado, pois o trabalhador não se apropria do objeto do seu trabalho, originando o trabalho alienado. Segundo Marx, a resposta a isto é a existência de objetos estranhos aos trabalhadores que não reconhecem o que

produziram, e ainda assumem uma relação de poder e dominação sobre aqueles que produziram. Ou seja, há a alienação do seu produto e de si mesmo.

Já o filósofo Heidegger compreende em seu material “Sein und Zeit” que a alienação é uma incompreensão, uma reflexão equivocada em torno de algo. Assim, para Melo, tanto Marx quanto Heidegger compreendem que na alienação há uma coisificação dos indivíduos, não sendo o mundo entendido como processo, como um resultado de práticas, mas como um dado final.

Nesta direção, podemos supor que alguns dos sentidos subjetivos produzidos pelos profissionais são alienados e não (des)humanizados: dimensão que parece de modo contundente na trajetória de Marcus, mas cujo contraponto pode ser encontrado na maioria das narrativas dos demais entrevistados. Entender esta dimensão do processo de “(des)humanização” nos faz defender que muitos se encontram alheios a este tipo de crítica social como uma produção capitalista de formação e de prática de saúde. Como vimos, quando os incentivamos a refletir sobre o que é humanização e as estratégias de (des)cuidado (des)humanizado a ênfase recai na dimensão mais relacional entre o profissional de saúde e usuários(as), que muitas vezes faz o(a) trabalhador(a) justificar que por ser “humano” também tem falhas, mesmo que tais falhas tragam consequências muito negativas para a vida de parte da população assistida no SUS, para o próprio SUS como direito e acesso à saúde, e, possivelmente, para o(a) trabalhador(a). Como isso, não pretendemos ignorar que a dimensão relacional profissional-usuário seja importante, mas ela será insuficiente para a defesa do SUS como direito à saúde da população.

Segundo Martín-Baró (1990), quando se aborda sobre alienação e psicologia, podemos pensar na perda do controle de algum funcionamento psicológico e, assim, repercutindo em comportamentos considerados anormais. Na tentativa de poder

compreender melhor a temática, do ponto de vista do que nomeia de Psicologia Libertadora, conceitua a alienação como “estado produzido nas pessoas por relações sociais que espoliam e despojam as pessoas de sua humanidade material e psíquica” (p.567). Nessa discussão, reintegra o pensamento de Alain Touraine (1977, citado de Martín-Baró, 1990) quando afirmou que a alienação “não é a consciência de privações, mas a privação de consciência” (p. 169).

Nesse pensamento, Martín-Baró (1990) considera que para que haja um processo de desalienação é necessário uma transformação das relações sociais, sendo perigoso pensar na possibilidade de superar a alienação sem mudança das estruturas de exploração social, isto seria uma forma do que ele chama de “idealismo psicologista” (Martín-Baró, 1990).

O relato do participante Marcus ainda remete-nos às ponderações de Lane (2012) quando afirma que a alienação se caracteriza pela atribuição de neutralidade aos fatos sociais, tornando-os naturais. É uma inversão da construção humana que faz com que tudo o visto e sentido seja avaliado como verdadeiro ou falso e universal.

Tourinho e Palha (2014) propõem a reflexão de como o sistema de ensino do Brasil e os órgãos reguladores de capacitação do ensino superior podem fazer do ensino uma máquina de produção, baseada no capitalismo, na indústria de ensino, na produção de quantidade de artigos, livros e metas numéricas. Afirmam que para vencer a alienação, temos que sair da produção exacerbada de individualidades. Neste momento, Alcadiyani (2013) cria termos que indica uma realidade adjetivada nos produtivismos que produzem pouca substância, como a *McDonaldização do Ensino*, de *Escolas Fast food* e de *Fábricas de Sardinhas em Lata*. É uma crítica que reforça a necessidade de uma educação para além do mercado, do capitalismo.

Nessa reflexão sobre alienação e o processo de modernização da sociedade brasileira, recordamos de Matraga (2013) quando abordou os modos como o Brasil tratou a modernidade, como um produto de importação. Ele insistiu que era necessário refletir quem somos e o que fazemos em prol de uma sociedade melhor, mais justa e social. Assim, afirmou: “Estamos na universidade, aqui, fazendo uma reflexão, um pensamento diferente, incluindo pensamentos contra a alienação em que nos encontrávamos, precisamos transladar compreensões de nossos pensamentos” (Marcus Matraga/ comunicação oral/ aula pública/ 05-08-13).

A categoria “**Compromisso social em saúde**” apresenta o compromisso que os participantes tem com a saúde voltada para a vida social dos sujeitos.

Apresentamos práticas de profissionais de saúde e agora buscamos ampliar as discussões da participação desse profissional na produção social de sujeitos protagonistas de seu cuidado em saúde, reconhecendo os sujeitos assistidos pelos profissionais como também autores de sua condição de saúde.

O termo protagonismo teve um forte impulso na saúde depois da PNH, sendo um de seus princípios norteadores, juntamente com o acolhimento, a autonomia e a corresponsabilidade (Brasil, 2003). Assim, na tentativa de compreender como se dá o compromisso social de profissionais de saúde para a produção de sujeitos agentes e participantes de sua saúde, observamos nos participantes alguns enunciados que traduzem esse esforço.

*“O que eu costumo falar pros meus pacientes é o meu compromisso. Eu sou responsável por 50% do tratamento e eles são responsáveis pelos outros 50%. E se, de alguma forma, eu precisar de algo mais urgente que o sistema de saúde não me dê, procure amigos, procure família, que a gente tá disposto a ajudar no que pode para fechar o diagnóstico”.* (Oswaldo/ médico/ entrevista pessoal/ 21-03-16)

É uma tentativa de inserir os sujeitos como ativos no seu processo saúde-doença-cuidado, como referem-se Ana e Eleonora.

*“É não deixar o paciente à parte. Tentar inseri-los nos seus próprios cuidados”*  
(Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016)

*“Ajudamos a mudar a vida de uma pessoa... A gente luta para continuar ensinando e trabalhando com as pessoas para que elas também saibam se cuidar, saibam quais são seus direitos. Não interessa, sabe, mulher, que a gente faça as coisas e guarde o assunto com a gente, temos que dizer mesmo, minha filha, você tem que se cuidar”* (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)

Segundo Souza e Mendes (2009), estudar saúde e as relações profissionais remete a uma reflexão acerca das práticas de cuidado, atenção e de gestão do SUS, tendo o trabalhador papel fundamental como protagonista na construção de um SUS humanizado. Quando o participante Oswaldo retrata que parte do tratamento ele remete ao paciente, já é um entendimento de que o sujeito tem que ser coparticipante de seu cuidado em saúde, que o profissional de saúde está ali disponível para a construção de um canal de comunicação aberto a trocas e comprometido com a produção de saúde mais ampla e com sujeitos de saúde implicados na rede do SUS e no cuidado consigo mesmo.

O mesmo coloca Ana quando refere que “não pode deixar o paciente a parte”. É uma atenção que o trabalhador deve buscar na sua rede de trabalho, buscar criar o protagonismo dos sujeitos, autonomia e corresponsabilização dos coletivos. Com a PNH e a discussão da humanização, objetiva-se não somente uma pontual saúde da população, mas que a sociedade esteja envolvida no seu cuidado, que a produção de saúde seja intercambiada por profissionais de saúde, gestores e pacientes, no coletivo de sujeitos. Na humanização, há o compartilhamento de poder em saúde, perpassando profissionais, senão por todos envolvidos no processo de produção de saúde, rompendo com o pensamento de quem planeja, cria, executa e avalia (Brasil, 2009).

Cardoso e Hennington (2011) ressaltam que a humanização é um reflexo de práticas cotidianas que envolvem da atenção à gestão e que é de extrema importância que os profissionais de saúde coloquem-se como membros promotores de mudança. Seria uma mudança dos próprios sujeitos-trabalhadores, dentro de desconfortos e inquietações, de saída de zona de calmaria, seria, pois, uma movimentação no sentido de transformar os processos de trabalho e as práticas de saúde, tornando-as mais amplas, participativas, corresponsabilizadas entre os diferentes sujeitos em saúde.

Neste eixo temático de “Sentido da Humanização”, observamos como se deu o sentido da humanização com os sujeitos de nossa pesquisa. Foram sentidos de cuidado, de promotores de saúde, de acolhimento e sentido de força para um serviço mais cuidadoso e adequado, todos expressos a partir de experiências diversas que emergiram de suas vivências subjetivas. Segundo González Rey (2016), essas vivências são marcadas como fatos particulares, mas os sentidos dessas vivências permitem conhecer para além do individual, mas uma relação dialética entre as emoções e o contexto social, uma relação complexa que constitui os sentidos subjetivos.

Quanto às vivências colocadas pelos participantes, estas fazem parte de experiências de suas histórias articulares, identificadas nos registros narrativos, nos quais percebemos uma diversidade de sentidos subjetivos sobre a humanização. No caso particular de Marcus e alguns outros participantes, compreendemos que existe também na subjetividade individual uma subjetividade social que contribuem para o posicionamento social frente às questões de humanização, como participação de movimentos estudantis e trajetória de luta social, ou como no caso de Oswaldo, uma subjetividade social associada à participação mais recente do curso de Medicina com mais discussões e interações sobre a importância das relações humanas.

No próximo eixo, apresentamos os sentidos subjetivos produzidos pelos participantes sobre a Política Nacional de Humanização, o que pensam e fazem no cotidiano hospitalar, analisando os enunciados a partir das dimensões que configuram as subjetividades individual e social.

#### **4 – Eixo temático “Política Nacional de Humanização”**

O quarto eixo temático – **POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)** – refere-se à discussão de sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde sobre a política pública de saúde da PNH e foi possível organizá-lo em cinco categorias: **conhecimento do PNH, sentido da PNH, sentido das relações profissionais, sentido da ambiência e enfrentamento com o subjetivo.**

A primeira categoria é intitulada de “**Conhecimentos acerca da PNH**” e refere-se ao tipo de conhecimento que os sujeitos tem sobre a Política. O conhecimento dos profissionais sobre a PNH foi restrito, enfatizando que tinham pouco conhecimento sobre o funcionamento da Política em si, como descrevemos a seguir.

*Não, não sei, só sei que tem triagem, porta aberta, essas coisas.... sei apenas da triagem que é feita e não funciona, porque muitos dos casos não são casos de pronto-socorro, o que gera um desconforto com a equipe com uma demanda imensa para o hospital. (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)*

*Muito pouco. Na verdade essas coisas conheço mais na prática, assim, é. ... Conheço algumas coisas, mas nunca li. (Marie/ médica/ entrevista pessoal/ 08-03-16)*

*Eu nunca parei pra ler... eu procuro fazer minha humanização. É que essas discussões vieram da política. É, isso eu sei. Mas eu nunca parei pra ler. (Ana/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 14-03-2016)*

*Pra te falar a verdade nem sei direito os detalhes dela, mas sei que a classificação de risco já veio desses andamentos, que o paciente tem direito ao prontuário, direito de ficar sozinho quando quiser, de até de morrer, dependendo do país. Não quero nem falar, porque vamos puxar assunto até dizer chega. Como não trabalho direto com isso, não sei das regras. Ah, a classificação de risco, se*

*chama acolhimento com classificação de risco. Isso mudou para melhor, não trabalhávamos esse tema antes, falávamos pouco, agora mais sobre o acolhimento. Não é perfeito e acho que nem as pessoas sabem tanto, mas já mudou algo. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

E quando abordavam que tinha algum conhecimento, era geralmente sem uma explicitação efetiva, como:

*Muito pouco. Na verdade essas coisas conheço mais na prática. (Dráuzio/ médico/ entrevista pessoal / 08-03-16)*

*Eu já li todinha, mas faz muito tempo... Faz muito tempo. Eu acho que foi até pro concurso, quando eu estava me preparando pro concurso dos hospitais, eu li ela na integra. (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 06-04-2016)*

Esses conhecimentos superficiais sobre a PNH também foram observados na pesquisa de Zanfolim, Azevedo, Santos e Buriola (2015) que consideram isto como um entrave para a edificação do cuidado humanizado e na pesquisa de Garcia, Argenta, Sanches e Tiago (2010) quando fizeram uma reflexão sobre a humanização entre usuários, profissionais e gestores e observaram o desconhecimento da Política.

Sales, Montezeli e Perez (2012) também avaliaram em seu estudo que há uma falta de conhecimento da PNH por parte dos profissionais pesquisados, especificadamente enfermeiros, ao longo de toda sua pesquisa, concluindo que isso demonstra um ponto crítico a ser melhorado e um obstáculo para a real implementação da PNH. Nesta direção, o não conhecimento dos caminhos e diretrizes da Política inviabiliza mudanças nos processos de trabalho para a constituição da humanização em saúde.

Apesar de a Política Nacional de Humanização estar sendo bastante debatida e disseminada nos espaços de produção de saúde, há muito desconhecimento por parte dos

profissionais de seus funcionamento e diretrizes, inclusive em estudos ainda mais recentes (Tracera, Silva Jr & Mourão, 2017; Matias, Verdi & Finkler, 2016). São dificuldades de conceituação, definições vagas, desconexas e de senso comum, o que Garcia et. al. (2010) concluem que o desconhecimento da PNH pode gerar, inclusive, a não efetivação de alguns dispositivos da PNH, como Grupos de Trabalho de humanização (GTH), Acolhimento com classificação de risco, Projeto Terapêutico Singular, dentre outros.

A categoria de **“Sentidos acerca da PNH”** diz respeito ao modo como os participantes recebem a PNH na sua vida e no trabalho, mesmo com o pouco conhecimento que tem de seu funcionamento. Os relatos enfatizavam o recebimento da Política como forma de auxiliar para uma prestação de cuidado em saúde de forma mais cuidadosa e sensível, com solidariedade e garantindo os direitos dos cidadãos.

*Nem sei te dizer. Mas eu acho que tem o lado bem, que é assim, o paciente, eu acho, que se sente mais seguro, mais bem atendido... em cuidado. Por exemplo, a visita aberta. Às vezes o familiar se meter na conduta, ter influência negativa. Uma influência de pressionar a gente que tá na condução do caso. (Rita/ médica/ entrevista pessoal/ 12-03-2016)*

*O que eu acredito é que a política queira essa compreensão melhor sobre aquele indivíduo em específico, pra que possa oferecer uma assistência mais ampla. Uma assistência integral. Pra que possa atender a demanda específica daquele ser, que sofre, que busca ajuda. (Nise/ psicóloga/ entrevista pessoal/ 06-04-2016)*

*É um programa que a gente vê, lançado pelo Governo Federal, que visa exatamente normatizar essa prática e tentar levar a todos os ambientes de assistência médica essa prática da humanização, tão necessária aos pacientes que procuram e já chegam fragilizados. Então essa prática... que já não é de hoje, mas vem evoluindo, e a implantação tá sendo um pouco lenta, talvez, poderia ser um pouco mais rápida, mas eu vejo ela como uma prática salutar, uma prática muito interessante. (Marcolino/ médico/ entrevista pessoal/ 29-04-16)*

*Vejo que mais sensível às questões de cada um, porque temos mais liberdade de atender com tempo maior e poder justificar também, além da necessidade do atendimento e da avaliação que precisamos fazer, podemos sentir mais os pacientes e poder conversar melhor com eles, até porque o problema pode ser de ordem social e só sabemos se formos conversar mais a fundo. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

Entretanto, embora haja muito desconhecimento de profissionais de saúde a respeito da PNH, Roza, Barros, Guedes e Santos Filho (2014) afirmam que já há alguns conhecimentos e muitas vivências exitosas de coletivos mobilizados e com iniciativas a serem vislumbradas por suas grandes potencialidades. Assim, os participantes expressaram alguns conhecimentos sobre a Política.

*Classificação de risco, porta aberta, visita aberta e tem as tabelas... bom, a gente só precisa ter classificação de risco quando eu tenho um problema com relação ao acesso ao serviço de saúde. Se eu tiver esse acesso ao serviço de saúde de maneira universal, a gente não precisaria classificar risco pra estabelecer prioridade de atendimento. Uma rede de assistência à saúde que consiga contemplar a demanda da população ela teria que estratificar prioridade de atendimento, mas o critério seria pra prestação de serviço e não pra contenção de demanda. A gente tem que entender primeiro isso. Na maioria das vezes a gente vê que a classificação de risco serve pra fazer contenção de demanda e não pra identificação de prioridade de atendimento. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

*Sempre estou trabalhando com os assistentes sociais, o tempo todo preciso de transferência, contatos e eles fazem isso. Além de que tem coisas que os pacientes precisam e temos que dar andamento, como a visita em horários mais flexíveis para os usuários, a questão de sala de classificação e risco. Vejo isso todo dia. Porque é assim que atendemos os pacientes. (Emílio/ médico/ entrevista pessoal/ 24-05-2016)*

Nosso participante Marcus tem uma forma reflexiva sócio-politizada referente à PNH.

*Pra mim, a política nacional de humanização é uma forma de você fazer apassivamento das contradições da luta de classe. Onde você tem uma política de humanização que tem como preconização essa relação intersubjetiva e não a transformação da estrutura social que garanta um acesso da população aos bens produzidos pela própria humanidade que garanta suas necessidades. Pra mim, a política nacional de humanização ela não passa de uma forma de você diminuir as tensões que existem na sociedade capitalista e apassar qualquer possibilidade de revolta da população pra fazer a ruptura com o sistema político que está colocado. Pra mim, dentro dessa perspectiva, a política nacional de humanização ela só tem essa função. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Ainda reforça como vivencia essa política:

*Uma grande hipocrisia. Pelo fato de você não mexer a estrutura, acaba sendo situações esdrúxulas que a gente vai cantar pro paciente, abraçar o paciente, fazer festa, fazer café da manhã, como se isso fosse mudar a condição que o paciente tem dentro do sistema de saúde. Um sistema de saúde perverso que não dá acesso a todo o desenvolvimento técnico científico que existe e que podia ser utilizado por todos. Então eu acho que a política nacional de humanização ela é realmente uma prática de apassivamento da luta de classes, das contradições que movem as relações dentro da sociedade capitalista. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

Neste momento, podemos observar a grande inquietação do Marcus quanto as reais mudanças existentes nas políticas de saúde do país. A construção de programas e políticas de forma vertical não resolve os diversos problemas de saúde, como é o caso da PNH que chega como uma política transversal na tentativa de efetivar os princípios do SUS, mas que não tem força suficiente para assumir todas as problemáticas da assistência brasileira.

Dentro desse eixo temático ainda sobre a Política Nacional de Humanização, expõe-se outra categoria intitulada “**Sentidos das relações profissionais**” que trata da percepção dos sujeitos no que diz respeito ao relacionamento profissional, as interações no trabalho.

*É essencial, sem ter boas relações não fazemos nada. Ainda mais quando estamos falando de pessoas que estão em um hospital, precisando de ajuda, doentes, elas estão mais sensíveis. Então as equipes tem que entender as necessidades dessas pessoas. (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

*As trocas, interações entre profissionais são importantes para resolver melhor o caso de cada paciente” (Emílio/ médico/ entrevista pessoal/ 24-05-2016)*

*Fundamental no sentido de atender o paciente, mas corrompidas pelas relações que são estabelecidas dentro do sistema capitalista também. Uma vez que você tem distinção entre as pessoas que fazem saúde de acordo com sua categoria*

*profissional, de acordo com a remuneração que é recebida por estes. Apesar de a gente ter as mesmas responsabilidades, tem pesos diferentes. E aí se você tem uma relação hierárquica entre as diversas profissões, você não vai conseguir fazer com que essas profissões se identifiquem com o cuidado do paciente”* (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)

*Se eu não tiver um bom relacionamento meu trabalho não anda. Se eu não fizer um vínculo de simpatia e empatia com os meus colegas de trabalho, todos os meus colega, do porteiro, o pessoal da cozinha, não há cooperação. Não é que eu aja com segundas intenções, mas eu entendo que se eu colocar uma trava em algum lugar não flui, meu trabalho não anda.* (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)

Sob esse aspecto, Matos, Pires e Ramos (2010) reforçam para a necessidade de maior integração dos sujeitos em suas equipes, uma vez que em conjuntos todos implicam e são implicados uns aos outros. Assim afirmam:

Na apreensão que se fez em relação aos sujeitos integrantes das equipes interdisciplinares estudadas e suas subjetividades, está presente a noção de alguém implicado na situação, produzindo e se autoproduzindo na vivência do trabalho. Sob esse aspecto, a atuação em equipes interdisciplinares aponta para maior satisfação dos trabalhadores no exercício do trabalho, especialmente por se sentirem “reconhecidos” pelos usuários e pelos demais trabalhadores da equipe. A relação interdisciplinar parece contribuir positivamente para a constituição de subjetividades, manifestando-se na relação construída com o outro ou com os outros, em uma realidade concreta (Matos, Pires e Ramos, 2010, p. 66)

A categoria de “**Sentido da ambiência**” aborda o que os profissionais pensam sobre a importância do ambiente na construção de um processo de humanização e do estabelecimento de cuidado para os usuários. Neste caso, há a exposição de dois pontos de vistas opostos, mas que uma leitura menos superficial, podem ser considerados complementares na crítica que fazem de que a política de humanização não se limita a mudanças no ambiente físico do hospital. Um refere-se à percepção de extrema importância do ambiente para o cuidado em saúde e outra que trata de uma discussão mais ampla que critica o próprio o ambiente hospitalar em si, pelo seu caráter estressante e estranho ao usuário. Nesta direção, as mudanças simples (como decorar e pintar as paredes), de um dos pontos de vista, não alteraria o sistema de humanização.

Nesse sentido, Deslandes (2006) reforça que devemos sair de modismos, dos discursos de humanização já enraizados pela sociedade. Nas discussões em humanização, as ações humanizadas, o uso de grandes tecnologias e instrumentos físicos são de extrema importância, mas um ambiente acolhedor que traga hospitalidade também faz novos olhares para uma saúde mais sensível e humana. É o que preconiza os manuais elaborados pelo Ministério da Saúde. Uma atenção em humanização com visão ampliada, no sentido de valorizar as relações e as pessoas inseridas em ambientes que devem ser mais que espaços físicos, senão um espaço social e profissional (Brasil, 2010c).

E assim, demonstramos alguns dos enunciados a seguir.

*A estrutura é show de bola. Ótimo porque ter bom equipamentos ajuda no trabalho do dia-a-dia e auxilia para a gente cuidar melhor das pessoas. (Sérgio/ condutor/ entrevista pessoal/ 22-03-2016)*

*A gente tem as histórias da cromoterapia, desde a cor que o paciente vê no ambiente. Eu tenho um amigo que é médico e trabalha com a medicina energética e ele diz “o paciente vai tirar um tumor e pede o melhor médico, mas quando chega e vê o médico com avental preto, mascara preta ele vai embora” então é um exemplo, bastante nítido disso do ambiente. Então é desde a estrutura física, porque ele não viu como era o médico só viu a cor. Também a limpeza, que os pacientes daqui têm elogiado o que gera uma confiança maior. Desde o ambiente físico a ser recebido por pessoas que não estão de cara amarrada, de ter um acolhimento então o paciente já entra relaxado. Então a importância é toda, porque vai gerar uma abertura ou não para cuidar do paciente. (Alayde/ médica/ entrevista pessoal /15-05-16)*

*O fato de você retirar o paciente e trazer pra um ambiente hostil, que é o hospital, você despersonaliza a figura. O paciente tá em casa, acorda, toma banho, põe um short, e vai sentar na porta de casa pra fumar um cigarro e escutar a galinha cantar. Você traz ele pra cá... ele não vai mais usar o short, porque ele tem que usar a roupa do hospital. Ele não vai mais escutar a galinha cantando e vai ter que deitar num leito com outras pessoas. Pra mim isso já é uma situação de agressão e de alienação do paciente enquanto sujeito, enquanto pessoa. E aí você coloca ele numa situação que essa situação agride. Você pode pintar a parede de cor de rosa, pode colocar coelhinho na parede, você pode ter a tampa do vaso sanitário acolchoado, você pode ter o leito do paciente com controle eletrônico, independente do que você fizer, esse é um ambiente que é alheio. É lógico que condições precárias pioram ainda mais pro paciente. Mas essa situação de tentar entender que a mudança de algumas coisas na hotelaria do hospital é o essencial pra política de humanização eu acho complicado. (Marcus/ médico/ entrevista pessoal/ 04-04-2016)*

É nesse sentido que alguns estudos vem abordando a temática da ambiência, reafirmando o quão é essencial para a qualidade de saúde e assistência aos usuários assistidos, bem como a todos os que fazem uso do espaço, como trabalhadores, gestores, comunidade em geral (Santos, 2016; Glanz & Olschowsky, 2017; Soares, Carneiro & Bezerra, 2017; Frutuoso, Bruggemann, Monticelli, Oliveria & Costa, 2017; Andrade, Arruda, Teixeira & Silva, 2015; Cohen et al , 2007).

A categoria “**Enfrentamento com o subjetivo**” aborda como os profissionais lidam com as dimensões subjetivas dos(as) usuários(as). Como exemplificação, os(as) participantes realizam colocações como uma situação difícil de ver o sofrimento do outro.

A dimensão subjetiva dos profissionais de saúde configura tanto a relação profissional-usuário, como age no estado geral de humanização da assistência. Essa dimensão subjetiva pôde ser entendida a partir das expressões dos nossos participantes sobre às emoções, sentimentos de dor, desespero, raiva, falta de esperança, medo. Segundo Hoga (2004), a expressão de como se sentem no lidar com o subjetivo, favorece a expressão de sentimentos e participação de um coletivo de pessoas que trabalham em conjunto em prol de um trabalho amplo, multi e interdisciplinar em saúde. A relação com o subjetivo seria, pois, uma das dimensões principais envolvidas na humanização da assistência.

Matos, Pires e Ramos (2010) estudam as expressões de subjetividade de equipes de saúde no processo de trabalho de saúde e concluem que já existe o reconhecimento significativo dos aspectos relacionais entre profissionais e usuários e a importância da autonomia no trabalho para a construção da qualidade na assistência, embasada na integralidade, confiança, práticas solidárias e reforço das subjetividades. As autoras sintetizam assim sua conclusão:

Considerar as experiências motivadoras, os fatores que valorizam e desvalorizam o trabalhador nas instituições, bem como os modos de resistência que esses desenvolvem para a superação das dificuldades, constitui o aspecto central que se discutiu ao tratar do trabalho interdisciplinar e da expressão da subjetividade. Nesse sentido, apesar dos limites e dificuldades que se colocam quando se pensa em mudanças no trabalho em saúde, é preciso valorizar as experiências capazes de restituir a confiança das pessoas nelas mesmas, no grupo, nas instituições de saúde e na construção de uma sociedade mais solidária (Matos, Pires e Ramos, 2010, p. 66)

No caso do presente estudo, considerando as noções de subjetividade individual e subjetividade social, que os profissionais ressaltam a importância da dimensão subjetiva e do caráter relacional no contato com os usuários.

*Lidar com o subjetivo, o lado emocional não é fácil, até tenho dificuldade, se por exemplo, em um plantão meu um paciente vem a óbito em minhas mãos, fico mal, nem sei como dizer a uma mãe. Se eu pudesse não diria... é a dor das pessoas, além de sentir a dor-dor, é a dor de faltar o trabalho, de ter que ficar interna com um filho pequeno e poder perder um emprego, é ver o sofrimento e muitas vezes não podermos fazer nada. Olhe mulher, é um negócio ruim, viu? (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

O que é mais importante é o reforço nas tecnologias relacionais, na importância dada à construção de relações interpessoais, levando em consideração o fator humano existente na saúde, além do imenso maquinário necessário para alguns procedimentos em saúde (Hoga, 2004; Franco & Merhy, 2013). Quando se fala em humanização é importante reconhecer que todos os sujeitos envolvidos na assistência tem necessidade de cuidado e atenção, do profissional aos usuários, observando e dando relevância aos aspectos subjetivos de cada um.

Embora o olhar para os aspectos subjetivos e sociais tenha ampliado nos últimos anos, podemos observar que ainda há um despreparo dos profissionais em lidar com o sofrimento subjetivo, seja por questões particulares, por não ter espaços institucionais ou pessoais para lidar com o sofrimento ou por limitações da profissão médica, por exemplo. Vejamos alguns registros narrativos.

*Eu fecho o olho, senão eu choro junto. Vejo uma criança em caso grave, convulsionando, mãe chorando, chama Deus, chama socorro, chama todo mundo e eu vendo os sinais vitais da criança indo embora ...(respira fundo... silêncio) até eu, dá vontade de parar e chorar, porque vejo que a vida desse serzinho está por um segundo. Então se eu me afobar é pior. Eu tenho calma, peço a equipe para alguém ficar com a mãe e sigo meus protocolos. Depois até comento com as colegas como foi. Ai eu digo: “ufa, quase que eu ia junto, meu coração ficou apertado. (Zilda/ médica/ entrevista pessoal/ 19-05-2016)*

*É o jeito. Quanto tem psicólogo é a salvação, mas quando não tem ficamos sem muita coisa para fazer. Eu atendo o que tem que fazer, as vezes é uma transferência, as vezes é um atestado de óbito, nossa como é ruim. É uma sensação muito difícil, as pessoas desesperadas, chorando, mal falam, tenho que acudir, ficar do lado, aclamar para ver se ela me ajuda a resolver as pendências que precisam. Não sei o que fazer. Lidar com o sofrimento das pessoas é difícil, com o nosso já é, imagine com o de tanta gente que atendemos. (Eleonora/ assistente social/ entrevista pessoal/ 09-04-2016)*

Como pudemos detectar nestes resultados, o trabalho para os participantes é uma forma de execução de ações, produção de atividade na natureza e sociedade, por eles representado como “forma de prazer”, “produzir ações”, “fazer o bem”. E esses fazeres baseiam-se cada vez mais em ações que levam em consideração aspectos subjetivos e sociais das relações humanas. É uma mudança que vem sendo trabalhada na academia, com adaptações e reformas curriculares. Para além da academia, a humanização vem ganhando um sentido mais amplo de cuidado integral e valorizando os aspectos relacionais, observando os sujeitos com sua multiplicidade de aspectos biopsicossocial e cultural. São sujeitos que tem suas singularidades e através do meio social, entrelaçam-se e constroem uma subjetividade social que é objetivada no coletivo de cenários sociais.

O desafio dos últimos anos nos caminhos do SUS é repensar o conceito de saúde e ampliar a importância dos sujeitos como protagonistas de suas ações. É importante dar relevância a produção de saúde, mas também a produção de subjetividades, pois a humanização do SUS já avançou e trabalha com um processo de subjetivação que alterou modelos de atenção (Benevides & Passos, 2005b).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A chegada de um trabalho final é, sem dúvida, um momento muito esperado por qualquer pesquisador e por todos que participam direta ou indiretamente do estudo. É um momento de nervosismo, reflexão e incertezas quanto os limites do estudo, se os objetivos se foram alcançados e, mais que isso, a influência social e científica do estudo.

Nosso estudo teve como objetivo geral compreender os sentidos subjetivos configurados por trabalhadores de saúde de uma rede hospitalar acerca das práticas humanização. Para operacionalizá-lo definimos cinco objetivos específicos que vamos agora retomando para discutir o alcance da pesquisa, recorrendo às temáticas e categorias fruto da produção de informações e do processo interpretativo<sup>20</sup>.

O primeiro objetivo específico foi descrever as trajetórias de vida de trabalhadores de saúde de uma rede hospitalar. Neste momento, buscamos compreender o percurso de vida dos sujeitos do estudo, como se deu a formação e as vivências adquiridas ao longo da vida e do trabalho. Nesta fase, compreendemos as histórias dos sujeitos que explicitaram sentidos de suas vidas, suas trajetórias e emoções vivenciadas. Sintetizamos os percursos de cada um dos participantes, destacando alguns indicadores que contextualizassem, não só o cumprimento mecânico dos demais objetivos, mas que oferecessem aspectos para o entendimento da subjetividade individual a partir da subjetividade social (Gonzalez-Rey, 2012) que configura a escolha pela área profissional, a compreensão dos sentido do trabalho, da humanização e da Política de Humanização, ou seja, aspectos que seriam mais detalhadamente analisados a partir do próximo objetivo específico. Além disso, buscamos situar o leitor em relação ao conhecimento prévio e

---

<sup>20</sup> É importante ressaltar que as temáticas não se relacionam exclusivamente com um único objetivo específico, embora possam ter mais afinidades entre si, há categorias que se relacionam ou podem ser relacionadas aos objetivos independentemente do eixo temático.

novo da autora sobre o contexto de estudo, relações existentes ou novas com os entrevistados, percepções que orientariam sem dúvida o processo construtivo-interpretativo (Gonzalez-Rey, 20012), mas que deveriam ser inicialmente contextualizado a partir do que foi discutido sobre a metodologia da implicação (Barbier, 1985).

Vimos, ao longo das trajetórias, quem eram nossos sujeitos, o que pensavam e faziam em suas vidas. A partir das vivências dos participantes, pudemos destacar que os processos de formação, seja profissional ou ocupacional, e os universos de trabalho marcaram de forma intensa suas trajetórias, sendo formadores de subjetividade. Ouvimos suas vozes que relataram momentos marcantes em suas vidas e que nos serviram de indicadores de sentidos subjetivos, o que foi-nos essencial para processo de informações e de construção dos casos. Desta forma, identificamos indicadores que mostraram sentidos subjetivos referentes a formação profissional e satisfação com a formação, demonstrando a importância da formação para a vida profissional e como essa formação pode ser capaz de refletir em sujeitos mais reflexivos quanto o processo de humanização na saúde. Vale salientar que cada trajetória foi considerada como única e singular, não sendo desprezada nenhuma das histórias, visto cada delas ter sua subjetividade manifestada de acordo as vivências individuais envolvidas em manifestações sociais diferentes. Por fim, podemos destacar que este primeiro objetivo foi essencial para todo o estudo, pois foi o elemento essencial que possibilitou abrir diálogo e entrar na vida dos sujeitos de pesquisa. O segundo objetivo específico foi entender como aspectos da formação profissional configuram sentidos subjetivos sobre humanização em contexto hospitalar.

Buscamos conhecer e descrever como se deu o processo de formação dos profissionais e identificar aspectos de motivação e satisfação da escolha profissional. Em nosso caso, vimos no decorrer das análises que a formação, de forma geral, foi

representada com motivações desde pessoais, a familiares e por questão econômica. Cada depoimento era um reconhecimento do que levou cada sujeito àquela escolha profissional. E ouvindo seus relatos, visualizamos seus desejos e sonhos.

Aqui também observamos a satisfação dos participantes com escolha profissional, havendo alguns não tão satisfeitos, seja pelos cursos com carga excessiva teórica, seja pela desqualificação dos docentes ou mesmo pela ênfase de uma preparação para uma atenção à saúde hegemonicamente curativa. Averiguamos uma gama de enunciados que demonstravam a satisfação dos participantes pela escolha realizada, são identificações com a área, o encontro com o social dentro de projetos de ensino, pesquisa e extensão, são contatos com uma perspectiva de compreensão de saúde mais cuidadosa, humanitária e social.

De forma geral, pudemos considerar que o processo de formação é um construtor de sujeitos reflexivos e que, na nossa pesquisa, foi essencial para o desenvolvimento de sujeitos mais reconhedores da importância da humanização na saúde. Segundo Biscarde, Pereira-Santos e Silva (2014), essa é uma realidade da academia atual que passa por um processo de transformação e que tem pensado cada vez mais nas reais necessidades da sociedade, propondo, inclusive, conexões entre ensino e prática, como é o caso dos projetos de extensão. Nesse sentido, reforça-se a importância da ligação entre ensino, pesquisa e extensão como forma de formação de sujeitos que possam ter seu desenvolvimento dentro de aspectos éticos, técnicos e políticos.

Averiguamos também a existência de insatisfações com a formação por parte de alguns sujeitos, o que era explicado pela necessidade de reavaliação das matrizes curriculares, um debate já em discussão na realidade brasileira e que, segundo Catani, Oliveira e Dourado (2001), já vem surtindo mudanças na reconfiguração da educação superior no Brasil.

Nossos sujeitos apontam o quanto é necessário haver um processo de formação profissional capaz atuar em sujeitos mais compreensivos quanto ao cuidado humanizado. Nesse sentido, entendemos que a academia vem transformando suas ações e que esse processo tem reforçado na construção de cidadãos mais compreensivos, humanizados e atuantes dentro das práticas humanizadas no cuidado em saúde. Como afirmam Corbelline et al. (2010), a academia favorece para o despertar do agir humanizado para além dos princípios do SUS: para a academia e para a vida. Concluímos nosso segundo objetivos também com a reflexão de Passos (2014) a formação é importante para a construção de cidadãos mais críticos, voltados, em saúde, para um gerenciamento de uma saúde mais ampla, igualitária e humana.

Nosso terceiro objetivo específico foi descrever como trabalham os profissionais de saúde na rede hospitalar.

O que pretendíamos neste momento era conhecer melhor as práticas de trabalho dos profissionais, ouvir e conhecer mais de perto os fazeres de cada um dos sujeitos de pesquisa. Muito embora houvesse, algumas vezes, dificuldade de aprofundamento da temática, esse objetivo foi atingido.

É certo que o estudo tem como foco a apreensão dos sentidos subjetivos sobre a Política Nacional de Humanização, mas conhecer suas práticas de trabalho auxiliou na compreensão de como trabalham esses profissionais. Segundo Morin (2001), o mundo do trabalho mantém um lugar importante para os sujeitos em uma sociedade, pois é através dele que as pessoas se relacionam e fazem vínculos, evitam tédio e produzem seus objetivos de vida. Na nossa pesquisa, os enunciados evidenciaram sentidos do trabalho como prazer e labor como produção de si com satisfação, como forma de estar no mundo, fazendo e atuando no que gosta, bem como a demonstração do trabalho como momentos de estresse, cansaços, com rotinas desgastantes e exaustivas. E nestes processos de

trabalho, a mera descrição dos participantes poderia ser muito restritiva e específica, então aqui observamos as colocações além do que faziam, do que estava prescrito no trabalho. Houve também sentido do trabalho como processo de exaustão, corroborado com o estudo teórico de Dejour, Dessors e Desrlaux (1993) ao tratar do cansaço e deteriorização do trabalhador por sua atividade.

Quanto ao sentido de ser trabalhador de saúde, os registros narrativos versavam sobre sujeitos que trabalhavam em função de outros e que atuavam na promoção de melhorias em saúde, abordagem também tratada por Bock e Aguiar (1995) quando afirmam que o trabalhar em saúde vem ganhando força principalmente no que se refere à atenção à promoção da saúde e na busca de uma atenção mais focada nos sujeitos como seres mais que biológicos, senão, sociais, culturais e políticos. Nesse momento, os participantes colocaram como se sentiam sendo profissionais de saúde, médicos, assistentes sociais, psicólogas, condutor, enfim, profissionais que afirmavam da boa sensação de ajudar o outro, de fazer o bem, o que gosta, de ver os usuários sendo bem atendidos e utilizando de recursos humanos de saúde com qualidade.

Nesse trabalho, alguns aspectos foram considerados positivos, como a satisfação em ver a recuperação dos pacientes, o contato direto com eles e a possibilidade de levar conforto e humanização para os pacientes. Aqui não podemos ocultar o outro lado das manifestações dos participantes que também indicaram aspectos negativos do trabalho, como excesso de trabalho, alta carga emocional e estrutura imprópria dos serviços, fatos esses que podem ser comparados ao estudo de Schmoeller, Trindade, Neis, Gelbcke e Pires (2011) que afirmam que as condições de trabalho influenciam na prestação de serviço de qualidade dos profissionais, como a questão de falta de estrutura, insatisfação salarial, alta carga de trabalho dentre outros. Aqui, pudemos ver os lados positivos e negativos e suas formas de trabalho, mas também compreendemos que havia desejos de

mudanças de área profissional, entretanto, esta mudança estava sempre mais ligada ao contexto social ao qual estava inserido.

Avaliamos que a atividade do trabalho, para nossos participantes, tinha técnica, tinha emoção, tinha vida. Havia uma maior singularização e ressignificações de seus trabalhos em suas vidas. Havia um olhar diferente e positivo para o trabalho e trabalhador que não está sozinho. Fica para nós a reflexão de um participante: o que seria de um hospital, sem o trabalho individual de cada trabalhador? Nada. O que vale é o conjunto e a sociabilidade das relações.

Nosso quarto objetivo específico foi entender os sentidos subjetivos constituídos pelos profissionais de saúde sobre humanização na Política Nacional de Humanização (PNH).

O que se pretendia neste momento era ouvir os sujeitos, os trabalhadores de saúde acerca de como compreendiam a temática da humanização na Política Nacional de Humanização.

Nos registros narrativos dos participantes, os sentidos subjetivos sobre a humanização retrataram formas mais humanas de acolher, de descoisificação das pessoas, consideração pelo respeito e dignidade da pessoa humana, uma humanização que atenda a todos. Não uma humanização como uma diretriz, um norteador, como ele mesmo dizia, que para ser humanizado não era preciso sorrir ou atender abraçando. Assim, nosso estudo corrobora com as reflexões de Deslandes (2006) quando afirma que é importante que haja na saúde atual uma ampliação das concepções de saúde humanizada, sendo analisada como dignidade e forma respeitosa de olhar o ser humano. Como tratam Benevides e Passos (2005), olhar para a humanização em saúde é compreender que existe um trabalho focado na saúde das pessoas, mas, acima de tudo, é um olhar que valoriza a essência existencial, valoriza os sujeitos envolvidos nas ações em saúde.

Entendemos a humanização como um renovar na atenção com os sujeitos. É um acolher que ganhou palavra forte e conhecida, é apoio de equipes multi e interdisciplinares em saúde. É a responsabilidade que vai dos trabalhadores aos gestores em saúde, em um cuidado respeitoso, integral e resolutivo. Essa humanização de que falamos e entendemos deveria ser guiada pelo respeito, pela garantia de direitos, cooperação e solidariedade (Deslandes, 2006).

Uma unidade de saúde com qualidade e humanizada não seria o do sorriso ou aperto de mão, mas o que dispusesse de serviços que atendessem as reais necessidades de cada sujeito no seu tempo e espaço. Tais ponderações, impulsionaram-nos às críticas ao PNH, questionando os porquês da necessidade de termos programas de humanização em uma sociedade desigual racial, econômica e socialmente. Neste particular, impondo reflexões sobre os sentidos subjetivos configurados em uma subjetividade social construída sobre uma perspectiva alienante, antes mesmo, que desumanizada.

Incentivamos os participantes a relatarem situações de trabalho que consideravam humanizados, bem como aquelas que não consideravam humanizados e que marcaram suas histórias de vida na profissão. Pudemos identificar destes registros várias exemplificações de vivências humanizadas, o que para nós já é uma demonstração de uma clínica em saúde mais ampliada, com visão de saúde mais ligada ao sujeitos e reconhecendo a importância da fator relacional na área de saúde. A esse respeito, pudemos ter novos olhares sob a ótica de Campos (1997), quando trata da maior valorização dos sujeitos que são a base principal de uma saúde comprometida para além da cura, mas uma saúde que tem como foco principal o sujeito social, concreto e subjetivamente constituído. Assim, pudemos destacar que os horizontes de uma saúde mais relacional e reconhedora da subjetividade dos sujeitos já é uma realidade e como

diz Caprara e Franco (1999), olhar para a saúde de maneira mais sensível é promover uma relação profissional de saúde-usuário mais aberta e uma saúde mais integral.

Nesse sentido, levamos em consideração ao que Benevides e Passos (2005a) retrataram quando abordaram sobre o “reencantamento do concreto”, ou seja, os sujeitos quando mobilizados coletivamente são capazes de agir e transformar realidades, transformando-se ao mesmo tempo. Pudemos ver no nosso estudo o também reencantamento do nosso concreto, de vivências específicas de sujeitos que se emocionaram e viram atuações profissionais consideradas mais humanas. Entretanto, ainda há situações consideradas desumanizadas no contexto da saúde, como visto no nosso estudo alguns casos exemplificados.

Para Casate e Corrêa (2012), há diversas formas de se exemplificar formas de desumanização, como impessoalização, fraquezas nas relações afetivas, longas filas e esperas, consultas e atendimentos cancelados, equipamentos e estruturas físicas inadequadas, desrespeito ao paciente, falta de privacidade, falta também de estrutura física, apoio salarial sobrecarga de trabalho. Todos esses exemplos também foram citados no nosso estudo, o que para nós é o reconhecimento de que muito há para ser feito no caminho da humanização da saúde, na busca do que Silva, Chernicharo e Ferreira (2011) consideram importante para a humanização: integração, dialogicidade e respeito ao sujeito.

Não podemos deixar de apontar para as reflexões de um dos nossos participantes quanto ao processo de humanização/desumanização, reforçando que essas questões são reflexos de um sistema de saúde extremamente biomédico, baseado no corpo e na cura e menos nos sujeitos e suas relações. Além do mais, abordou sobre o processo de alienação das práticas de formação em saúde, justificando que há um posicionamento da sociedade atualmente de que o distanciamento de cursos de formação levam ao não contato com a

realidade social e as práticas passam a ser consideradas desumanas, quando na verdade essas práticas são mais alienadas que desumanas. No nosso estudo, reforçamos análises sobre a alienação junto a Martín-Baró (1990) que fez-nos compreender a relação existente entre a alienação e a psicologia, a partir do entendimento de que a perda do controle de algum funcionamento psicológico pode repercutir em comportamentos considerados anormais, conceituando a alienação como “estado produzido nas pessoas por relações sociais que espoliam e despojam as pessoas de sua humanidade material e psíquica”.

Para finalizar nosso objetivo, retratamos sobre as o compromisso social que os participantes tinham com a saúde dos sujeitos, o que eles traduziram como esforço de trazer os sujeitos para um cuidado de si e que pudessem ser mais ativos e participativos no seu cuidado em saúde. Esse dado foi importante visto ser um dos focos da PNH quando busca criar sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis com a sua saúde.

Nosso quinto objetivo específico foi entender como os sentidos subjetivos configuram práticas profissionais. Nosso foco aqui era compreender como os sentidos dos profissionais sobre a humanização e PNH poderiam configurar práticas profissionais. Neste momento, identificamos que os sentidos apreendidos pelos participantes refletem, sim, nas práticas profissionais.

Percebemos que, por menos conhecimento técnico que os profissionais tenham sobre a PNH, eles recepcionaram bem a Política, com e suas prescrições textuais, condutas e normas. O fato seria que, a sua chegada, iria redefinir as diretrizes de cuidado em saúde, em que tudo e todos fossem tratados com dignidade e assegurados os princípios de SUS de igualdade, equidade e integralidade. O algo mais direto aqui seria o processo de trabalho (Brasil, 2004a; Dejeurs, 2004; Lima, 2006; Merhy, 2008, 2012).

Como sentido da PNH, observamos que, por mais discutida que tenha sido este Programa, muitos dos participantes não conheciam a Política como diretriz norteadora de

práticas, mas possuíam uma compreensão geral, de que seria um programa do governo para organizar e fortalecer as práticas de saúde de forma mais cuidadosa e respeitosa para um fortalecimento do cuidado em saúde. De maneira mais crítica, tivemos um caso negativo que nos trouxe mais reflexões sobre a PNH. Será que o sistema está retraído, com precarização de serviço e super exploração do trabalhador? Não seria a PNH uma forma de apassivamento para acalmar as lutas de classes de uma sociedade pauperizada com reforço nas relações intersubjetivas? O que poderia ocorrer seria, na verdade, focar em um processo de transformação social e estrutural que garanta o direito de todos, não um SUS para os pobres e os planos para os ricos, reforçando assim a existência de uma forte desigualdade social instalada no país, corroborando, assim, com as reflexões de Paim (2012).

Os sentidos sobre as relações interpessoais foram vistas ao longo do estudo uma vez que os sujeitos destacaram a importância das relações entre os sujeitos para um fazer em saúde mais humanizado, considerando o atual movimento de saúde na busca de uma atenção mais integral.

Neste sentido, consideramos que o movimento da reforma sanitária, iniciado na década de 1970, foi uma resposta de trabalhadores articulados para reversão de um sistema desigual e contraditório. Esse sistema continua, em menor força, claro! Vemos que, para dar conta da saúde dos cidadãos, houve uma mudança na utilização das tecnologias em saúde, tanto do uso de equipamentos duros (maquinário) como no reconhecimento das relações humanas e relacionais, das pessoas, dos sujeitos trabalhadores que estão no dia-a-dia de seus trabalhos. Atualmente, já contamos com novos sujeitos sociais capazes de intervir em uma saúde mais ampla às necessidades sociais e com visões de mundo e de saúde diferentes, reconhecedoras da existência de uma saúde composta também por subjetividades, ou seja, combinando a objetividade com

a singularidade dos sujeitos, grupos e coletividades (Gomes & Ramos, 2015; Merhy & Franco, 2003; Mendes, Garcia, Oliveira & Fernandes, 2011).

Considerando história da saúde pública/coletiva no Brasil, o que já foi e o que é, vemos, sim, avanços (Finkelman, 2002; Paim, 2002; Passos, 2014). Analisamos que a humanização é o que é porque depende de todos, de cada um dos sujeitos da saúde, de profissionais e usuários, numa luta diária por uma atualização das relações. Sim, das relações. As tecnologias duras evoluem de forma rápida, passam e logo são substituídas por outras mais modernas e equipadas. Mas nem só de equipamentos se faz saúde. O que mais consideramos foram as tecnologias relacionais, do encontro, dos momentos, do olho no olho (Merhy, 1998, 2000; Merhy & Franco, 2003; Merhy & Onocklo, 1997). Consideramos, portanto, que as relações humanas tem que permanecer na essência dos fazeres em saúde, em cada cuidado prestado, em cada ação que o profissional faz e que o usuário recepciona como se fosse a melhor máquina do mundo.

Através do nosso estudo, pudemos apontar que a relações humanas em saúde são capazes de trazer nosso olhares para o cuidado, olhando o sujeito, seu corpo, forças e fraquezas. Pudemos ver também o quão os ambientes de saúde são importantes para o reestabelecimento, como afirma Deslandes (2006) quando aborda que os instrumentos físicos em saúde são importantes, mas um ambiente acolhedor também proporciona olhares para um cuidado em saúde mais sensível que valoriza as pessoas, as relações e seus espaços sociais.

A saúde no Brasil continua evoluindo buscando uma atenção mais ampla e justa para todos os cidadãos. Os sujeitos precisam de uma saúde mais real e adaptadas as reais necessidades da população, nós precisamos, afinal, nós somos o SUS. Nós somos os sujeitos que usamos e também prestamos serviços. E, como dito inicialmente nas minhas

inquietações, vim da prática e sou da prática quando reflito o que fazer para melhorar as formas de um cuidado que não se muda tão rápido.

O contato com a pesquisa e com os questionamentos acerca da humanização e da PNH foi permeado por muitos sentimentos. Iniciamos pela concretude de que muitos avanços já foram realizados no campo da humanização, técnicas e sentidos mais humanos e sensíveis. Um sentimento de confiança porque sentimos que hoje todos são mais protagonistas de suas histórias, desde o profissional aos demais personagens do SUS, de que fizeram, fazem e farão muito mais em nome, não somente de uma Política transversal, mas em nome do cidadão, eu, você, todos nós. Temos um sentimento de honra, por vir do SUS nossa inquietação e para ele levaremos as reflexões aqui mobilizadas. Honra em fazer de cada dia uma tentativa de mostrar a relevância das relações, do encontro onde afetamo-nos constantemente.

Remetemos nossos pensamentos ao inquietante e revolucionário Marcus. O Marcus fez-nos sair da zona de conforto de pensamentos e nos colocou diante do diferente. Não o ruim, mas o reflexivo que buscava mobilizar, pensar na frente, pensar no outro. O Marcus pensava no seu fazer em medicina como espaço de transformação social, buscando as relações, os sujeitos, a comunidade. Ele não queria as relações desumanas, desqualificantes, não queria a técnica acima de tudo. Ele não queria a estrutura, queria o ser estruturante do sujeito que pensa, age e transforma as relações e transforma a saúde a partir de ações de sujeitos autônomos.

Na ideia do estudo de compreender os sentidos subjetivos configurados por trabalhadores de saúde sobre humanização pudemos observar que a produção subjetiva não é fixa e imutável, é um processo em construção, organizado por aspectos singulares e sociais de cada sujeito. Os sentidos subjetivos não estavam limitados ao processo de trabalho somente e no tocante às discussões da política de humanização, mas estavam

ligadas a diferentes sentidos subjetivos que estavam sendo constantemente construído e integrados nas suas configurações subjetivas.

Consideramos que a Teoria da Subjetividade favoreceu o desenvolvimento de reflexões e compreensão do sujeito na sua totalidade como ser que é individual, social, cultural e histórico e levando em consideração todas dimensões objetivas que circundam a temática de saúde do país. Como perspectiva histórico-cultural foi essencial para poder dar espaço ao poder criativo e de liberdade de expressão de sentido de suas experiências.

O recurso epistemológico utilizado foi fundamental para o alcance do desenvolvimento da conversação livre, aberta e respeitosa, dando importância a relação entrevistado-entrevistador,

Uma contribuição de nosso estudo foi o quão importante é o processo de subjetividade na produção de saúde, como pudemos analisar o forte tom dos participantes reforçando a importância do aspecto relacional para o fortalecimento de práticas de saúde com qualidade. Assim, consideramos que uma atenção à saúde somente pautada nos meios técnico-operacionais, estruturais e, como diz Merhy (1999), duro, não favorece a produção de saúde ampla e integral.

Concluimos essa tese com a força de que a luta continua cada vez que nos mobilizamos para o outro, com o compromisso da reflexão acerca de uma humanização da saúde para todos e com a convicção de que o olhar em saúde tem que perpassar o lado histórico de objetivismo e de uma base biologicista. A humanização tem que ser trabalhada com o esforço de todos os profissionais, numa ação ampla e consciente de toda a sociedade e não com o esforço individual de alguns profissionais. Por isso, compreendemos, neste momento, que nossos escritos não são finais. São, pois, mais um começo de longas histórias de um SUS que dá certo, que pode continuar sua luta por uma assistência mais humanizada. Um SUS que pode reconhecer cada vez mais a força da

subjetividade. Para, além disso, acreditamos no compromisso de fazer a Psicologia mais singular, humana, social e coletiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁRICAS

- Alma-Ata (2001). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978), pp. 15-17. In Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Amador, J. C. (2014). A vocação escravagista. Arquivos do CRM-PR, v. 31, n. 121 (2014). Recuperado de <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/539/525>
- Andrade, D. C.; Arruda, E. A.; Teixeira, J. S.; Silva, L. F. B. (2015). Acolhimento e vínculo na estratégia saúde da família: uma contribuição do enfermeiro à humanização e ambiência na atenção básica. *Revista Conhecendo online*. 2(1).
- Araújo, D., Miranda, M. C. G., & Brasil, S. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 20-31.
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(3), 549-54.
- Ayres, J. R. C. M. (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 4(6).
- Azevedo, N., S. & Kind, L. (2013). Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 33(3).
- Banco Mundial (2012). *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2012. Igualdade de Gênero e Desenvolvimento*, 2011. Disponível em: Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Portuguese.pdf> . Acesso em: 30/04/2015.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Recuperado de <http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>
- Barbier, R. (1985). *A Pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Barros, A. S. S. (2007). Contribuições da educação profissional em saúde à formação para o trabalho em classes hospitalares.
- Becker, H. S. (1997). *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Hicitec. Recuperado de <http://docslide.com.br/documents/becker-howard-metodologia-de-pesquisa-em-ciencias-sociais.html> em 13/07/2016
- Benevides, R. & Passos, E. (2005a). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface*, 9(17), 389-394.
- Benevides, R. & Passos, E. (2005b). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(3), 561-571.

- Benevides, R. & Passos, E. (2005c). Réplique. *Interface (Botucatu)*, 9(17), 404-406.
- Benevides, R. & Passos, E. (2009). Por uma política de narratividade. In: E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp.131- 49). Porto Alegre: SulinaBezerra, T. C. A. et al (2016). Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab. educ. saúde*, 14(2),.445-472.
- Bezerra, T. C. A., Falcão, M. L. P., Goes, P. S. A. D., & Felisberto, E. (2016). Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 445-472.
- Biscarde, D. G. S.; Pereira-Santos, M.& Silva, L. B. (2014). Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface*, 18(48), 177-186.
- Bock, M. B. & Aguiar, W. M. J.(1995). Por uma prática promotora de saúde em Orientação Vocacional. Em: Bock, A M. B. et al. *A escolha profissional em questão* (pp. 9-23). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil (1986). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.
- Brasil (1988). Constituição de 1988. Art. 196.
- Brasil (2000). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Ministério da Saúde. Brasília. (Mimeo).
- Brasil (2001). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004a). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
- Brasil (2004b). Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004c). *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006a). *Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS: Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006b). *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio. Documento Base para gestores*. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>.

- Brasil (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010a). *Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010b). *Política Nacional de Humanização. Atenção Básica*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (2010c). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília (DF):
- Brasil (2011). *Política Nacional de Humanização. Atenção hospitalar*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). *Pacto Nacional pela Saúde: mais hospitais e unidades de saúde, mais médicos e mais formação*. Elaboração: SUS, Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). *História da saúde pública no Brasil - Um século de luta pelo direito a saúde*. Arquivo de Vídeo. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=SP8FJc7YTa0>.
- Brasil (2015). *Coletivo Nacional da PNH se reúne em Brasília (DF) para discutir novos arranjos*. Em: <http://www.redehumanizasus.net/92133-coletivo-nacional-da-pnh-se-reune-em-brasilia-df-para-discutir-novos-arranjos> Capturado em 06/09/2015
- Cabedelo (2016). *Mapa da Cidade*. Recuperado de <http://www.guiaparaibano.com.br/cabedelo>. Recuperado de 22/06/2016.
- Cabedelo (2016a). *História de Cabedelo*. Recuperado de [www.portalcabedelo.com.br/historia-de-cabedelo/](http://www.portalcabedelo.com.br/historia-de-cabedelo/) Recuperado de 22/06/2016.
- Caprara, A., & Franco, A. L. (1999). A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, 15(3):647-654.
- Cardoso, C. G. & Hennington, E. A. (2011). Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde* (Online), vol.9, suppl.1, p.85-112.
- Calegari, R.C; Massarollo, M. C. K. B., & Santos, M. J. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 42-47.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão dos coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S (2011). *É preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS*. Recuperado de <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/108/PDF/radis-108.pdf>.

- Campos, G. W. S. (2013a). *A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”*. *Revista do Médico Residente*, v.5, n.2. Recuperado de <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/download/395/386>.
- Campos, G. W. S. (2013b). O desenvolvimentismo não nos protegeu. *Revista POLI: Saúde, Educação e Trabalho*, 6(31), 32-35.
- Campos, G. W. S. (2013c). Faltam R\$ 55 Bilhões por Ano na Saúde. *Jornal O Globo*. Recuperado de [http://aarffsa.com.br/arquivos/noticias/noticia\\_20092013103112FALTAM%20R\\$%2055%20BILH%C3%95ES%20POR%20ANO%20NA%20SA%C3%9ADE.pdf](http://aarffsa.com.br/arquivos/noticias/noticia_20092013103112FALTAM%20R$%2055%20BILH%C3%95ES%20POR%20ANO%20NA%20SA%C3%9ADE.pdf)
- Campos, G. W. S. (2014). *Regionalização é o futuro do SUS*. Recuperado de <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>.
- Casate, J. C.; Corrêa, A. K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação *Rev Esc Enferm*, 46(1), 219-26.
- Catani, A. M., Oliveira, J. F. D., & Dourado, L. F. (2001). Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. *Educação e Sociedade*, 22(75), 67-83.
- Condrade, T. V. L., Aprile, M. R., Paulino, C. A., Karsch, Ú. M., & Bataglia, P. U. (2015). Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 2(2), 25-35.
- Conferência Nacional de Saúde (1996). *Relatório final da 10.a Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Corbellini, V. L.; Santos, B. R. L.; Ojeda, B. S; Gerhart, L. M., Eidt, O. R.; Stein, S. C, & Mello, D. T. (2010). Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 555-60.
- Corrêa, M. L. & Pimenta, S. M. (2006). Impactos da mobilização da subjetividade nos processos de formação profissional e sindical. *RAE eléctron.*, 5(1), p.0-0.
- Cebes (1980). A questão democrática na área de Saúde. *Saúde Debate*, 9, 11-13.
- Cohen, S. C. et al. (2007). Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Mar 2007, 12(1),191-198.
- Conselho Regional de Psicologia (2013). *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres / Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP, 2013. Recuperado de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/Publica%C3%A7%C3%A3o\\_Mulher\\_FINAL\\_WEB.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/Publica%C3%A7%C3%A3o_Mulher_FINAL_WEB.pdf)
- Cruz, P. J. S. C. (2014). Extensão popular: a pedagogia da participação estudantil em seu movimento nacional. *Interface*, 18(supl.2), 1591-1592.

- Declaração De Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Urss, 6-12 de Setembro de 1978.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciê & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14
- Deslandes, S. F. (2005) O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 9(17), 389-406.
- Deslandes, S. F. (2006). *Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica*. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14(3), 27-34.
- Dejours, C., Dessors, D., & Desrioux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de empresas*, 33(3), 98-104.
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(4), 112-117.
- Do Prado, M. L., Schmidt Reibnitz, K., & Lima Gelbcke, F. (2006). Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(2).
- Duayer, M. (2013). A ontologia de Lukács e a restauração da crítica ontológica em Marx. *R. Katál*, 16(1), 17–25.
- Fleury, S. (1994). Equidade e reforma sanitária: Brasil. *Saúde Debate*, 43, 44-52.
- Ferreira, V. S. C. (2008). *Micropolítica do Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividades*. (Tese de doutorado). Programa de Pós- Graduação em Clínica Médica. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Finkelman, J. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24(1), 17-27.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fortes, P. A. C. (2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude soc. [online]*. 13(3), 30-35.
- Franco, T. B. (2006). *As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde*, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS. Buscado de [http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_proceso\\_trabalho\\_-\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_proceso_trabalho_-_tulio_franco.pdf).

- Franco, T. B. & Mehry, E. E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Frutuoso, L. D.; Bruggemann, O. M.; Monticelli, M.; Oliveria, M. E. & Costa, R (2017). Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental*. 9(2), 363-370.
- Garcia, C. (2014). *Apresentação da Política Nacional de Humanização*. Telesaúde – Santa Catarina. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=njIUC3y7Z0I>.
- Garcia, B.; Rosa, L. R. & Tavares, R. (2014). *Projeto Mais Médicos para o Brasil: Apresentação do Programa e Evidências Acerca de Seu Sucesso. Temas de economia aplicada*. Recuperado de [http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3\\_26-36-bea-et al.pdf](http://www.fipe.org.br/publicacoes/downloads/bif/2014/3_26-36-bea-et al.pdf)
- Garcia, A.V., Argenta, C. E., Sanchez, K. R., São Thiago, M. L. de. et al. (2010). *O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores*. *Physis [Internet]*. 20(3): 811-834.
- Glanz, C. H. & Olschowsky, A. (2017). A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 5(1), 7-14.
- Glossário da Educação Profissional em Saúde (2007). Profissão. *Revista RET-SUS* nº29. Em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/profissao\\_01.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/profissao_01.pdf)
- Gomes, D., & Souza Ramos, F. R. (2015). Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 9-20.
- Gomes, R. M. & Schraiber, L. B. (2011). Humanization-alienation dialectic as a tool for the critical comprehension of health practices dehumanization: some conceptual elements. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 15(37), 339-50.
- González, A. M. G. (2012). Contribuciones y retos de la economía de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38(5), 834-843.
- González Rey, F. L (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo nn la investigacion de la Psicologia Social. *Revista Cubana de Psicologia*, 17(1), 61-71.
- González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- González Rey, F. L. (2005). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em: González Rey, F. L. (org). *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. (p. 27 – 51). São Paulo: Thomson Learning.

- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade. Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo, Thomson.
- González Rey, F. L. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. In: *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*. 4(2), 225-243.
- González Rey, F. L. (2012). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- González Rey, F. & Martínez, A. M. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 15(1), 5 – 16.
- González Rey, F. L. (2016). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guareschi, P., & Grisci, C. (1993). *A Fala do Trabalhador*, ed. *Vozes, Rio de Janeiro*.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Editora Vozes Ltda., Petrópolis.
- Gurgel, R. M. (1986). *Extensão Universitária: Comunicação ou domesticação?* São Paulo: Cortez – autores Associados, Universidade Federal do Ceará.
- Heckert, A. L. C., Passos, E. & Barros, M. E. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*, 13, suppl.1, p.493-502.
- Hoga, L. A. K. (2004). A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1),13-20.
- IBGE (2016). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados de municípios*. Recuperado de <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250320>. Recuperado de 14/07/2016.
- Jonas, H. (2013). *Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade*. São Paulo: Paulus.
- Kaufmann, J. C. (2013). *A entrevista compreensiva: um guia de pesquisa de campo*. Maceió: Edufal.
- Lampert, J. B. (2002). *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. Hucitec.
- Lane, S. T. M. (2012). *Consciência/alienação: a ideologia do nível individual. Psicologia Social: o homem em movimento*. Brasiliense: São Paulo.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.

- Leite, D.C.; Andrade, A. B., & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 23(4).
- Leite, M. F.; Riberiro, K. S. Q; Anjos, U. U & Batista, P. S. S. (2014). Extensão Popular na formação profissional em saúde para o SUS: refletindo uma experiência. *Interface*,18(suppl.2),.1569-1578.
- Lima, M. E. A. (2006). Resenha do livro A função psicológica do trabalho de Yves Clot. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(2),109-114.
- Lima, E. D. N. D. A., & Souza, E. C. F. D. (2010). Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online)*, 58(2), 231-238.
- Lhullier, L. A.; Roslindo, J. J; Moreira, R. A. L. C. (2013). Quem são as psicólogas brasileiras? *Resultado Preliminar da Pesquisa 2012 - Uma profissão de muitas e diferentes mulheres*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Machado, M. C. S. (2003). A feminilização da medicina. *Análise social: Novas Faces da Saúde*, 38(166), 127-137.
- Machado, M. H. (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- Marques, B. P. & Fernandes, R. C. (2004). A desflorestação da Amazônia: do “inferno verde” ao “deserto vermelho”? *Revista do Departamento de Geografia e Planejamento Regional*, 9(p. 81-100. Recuperado de <http://fcsh.unl.pt/geoinova/revistas/files/n9-5.pdf>.
- Martín-Baró, Ignacio. (1990). Hacia una psicología política latino-americana (2013, Fernando Lacerda, trad.). *Psicologia Política Latino-Americana. Psicologia Política*, 13(28), 555-573.
- Marx, K. (1998). *O capital: crítica da economia política*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998. (Livro 1. p. 221).
- Matias, M. C.; Verdi, M. I. M & Finkler, M. (2016). A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 14(1), 55-75.
- Matos, E., Pires, D. E. D., & Ramos, F. R. D. S. (2010). Expressões da subjetividade no trabalho de equipes interdisciplinares de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(1), 59-67.
- Matos, I. B., Toassi, R. F. C., & Oliveira, M. C. D. (2013). Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social. Barcelona*, 13(2), 239-244.
- Merhy, E. E. (1998). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*; Ed. Xamã; São Paulo.

- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Debates. Interface*, 4(6).
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E. E. & Franco, T.B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27(65).
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. HUCITEC, Série Didática.
- Merhy, E. E. & Land, M. P. (2011). *Linha de pesquisa: micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde*. Recuperado de <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/>.
- Mendes E. V. (2011) *As redes de atenção à saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, E. V. (1993). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec-Abrasco: São Paulo/Rio de Janeiro.
- Mendes Gonçalves, R. B. (1992). Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (Cadernos Cefor 1 – Série textos).
- Menezes, R. (2014). *Saúde: Ousar para Salvar*. Jornal Página 13. Recuperado <http://www.pagina13.org.br/sLsalimaude/saude-ousar-para-salvar/#.VDWAtFcRnV3>.
- Milagre Júnior, L. S., & Fernandes, T. de F. (2013). A Belle Époque Brasileira: as transformações urbanas no Rio de Janeiro e a sua tentativa de modernização no século XIX. *Revista História Em Curso*, 3(3), 13-33.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Minella, L. S. (2017). Medicina e feminização em universidades brasileiras: o gênero nas interseções. *Estudos Feministas*, 25(3), 1111-1128.
- Mongiiov, V. G; Anjos, R. C. C. B. L., Soares, S. B. H. & Lago-Falcão, T. M. (2014). Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de enfermagem*, 67(2).
- Morin, E. M. M. (2001). Os sentidos do trabalho. *RAE - Revista de Administração de Empresas, ERA*, 41(3), 8-19.
- Moura, L. F. A. D. et al. (2012). Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. *Rev. odontol. UNESP*, 41(5), 348-352

- Moysés, S. J. (2003). A humanização da educação em odontologia. *Pro-posições*, 14(1), 87-106.
- Mota, L. Q., dos Santos, T. A., & Magalhães, D. B. L. (2013). Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação nos campos de estágio. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(4), 537-544.
- Nepomuceno, R. F., & Witter, G. P. (2010). Influência da família na decisão profissional: opinião de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 15-22.
- Neves, C. A. B. & Herckert, A. L. C. (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 151-168.
- Nogueira, R. P., Faria, R., & Viana, A. L. D. A. (2002). O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho* (pp. 257-273). Universidade Estadual de Campinas.
- Osa, J. A. (2011). Um olhar para a saúde pública cubana. *Estudos Avançados*, 25(72), 89-96
- Oliveira, B. R. G., Collet, N. & Viera, C. S. (2006). A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*; 14(2), 277-84.
- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, OMS, 2003.
- Paim, J. (2012). O futuro do SUS. *Cad Saude Publica*, 28(4), 612-613.
- Paim, J. S. (2002). *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador, CEPS-ISC, 446p.
- Paim, J. S. (2003). Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, Maria Zélia & Almeida Filho, Naomar (2003). *Epidemia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Pagliccia, N., & Pérez, A. Á. (2012). The Cuban experience in public health: Does political will have a role?. *International Journal of Health Services*, 42(1), 77-94.
- Pagliosa, F. L.; Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 32(4), 492-499.
- Pasche, D. F. (2014). Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização (Vídeo). [Arquivo de Vídeo]. Brasília, Brasil: *Rede HumanizaSUS*, Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=0WRQR-0yytM>.
- Passos, E. (2014). *Eduardo fala sobre SUS e a PNH na PUC*. Vídeo recuperado de <http://www.redehumanizasus.net/86931-eduardo-passos-fala-sobre-o-sus-e-a-pnh-na-puc-18092014>.
- Pedroso, C. G. T., Sousa, A. A. D., & Salles, R. K. D. (2011). Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1).

- Pereira, I. D. F. & Lages, I. (2013). Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. *Trab. educ. saúde*, 11(2), 319-338.
- Pereira, M. C. (2013). Épocas turbulentas, momento de manter a razão acima de tudo. *Pneumologia Paulista*, 27(1).
- Prado Filho, K. & Teti, M. M. (2013). A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói*, 38(1), 45-59.
- Reibnitz, K.S. (2004). Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseçor na relação pedagógica. *Rev. Bras. Enferm.*, 57(6), 689-702.
- Reis, A. O. A., Marazina, I. V., & Gallo, P. R. (2004). A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 36-43.
- Ribas, M. M. (2013). Pretexto de suprir médicos visa ocultar descaso da saúde. *Revista do Médico Residente*, 15(2). Recuperado de <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/394/385>.
- Ribeiro, K. S. Q. S. (2009). A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. *Cad. CEDES*, 29(79), p.335-346.
- Ribeiro, M. M. F., Leal, S. S., Diamantino, F. C., & Bianchi, H. D. A. (2011). A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública Brasileira. *Rev. bras. educ. méd.*, 35(3), 405-411.
- Rios, I. C. & Schraiber, L. B. (2014). Humanização e Humanidades em Medicina. São Paulo: Editora Unesp; 2012. *Revista: Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48).
- Roza, M. M.R.; Barros, M. E. B; Guedes, C. R. & Santos Filho, S. B. (2014). A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 1041-52.
- Roseiro, C. P & Paula, K. M. P. (2015). Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Estud. psicol. (Campinas)*, 32(1), p.109-119.
- Rojas Ochoa, F. (2011). Políticas sociales y salud de la población. *Rev Cubana Salud Pública [online]*, 37(4), 362-365.
- Mendes, J.M.R.; Garcia, M. L.T.; Oliveira, E.F. A & Fernande, S, R. M. C. (2011). Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos*, 10(2), p. 331-334.
- Sales Zem, K. K.; Montezeli, J. H.; Peres, A. M. (2012). *Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(4), 899-908.

- Salles, M. (2013). O que falta discutir sobre a saúde pública brasileira. *Revista de Cultura e Extensão USP*, 10, p 11-17. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rce/article/view/68231/pdf>.
- Salim, N. R. (2014). Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Santos, J. A. F. (2011). Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 26(75), 27-55.
- Santos, L. N. (2012). *O encontro das psicólogas com o "social" no CRAS/SUAS: entre o suposto da igualdade e a concretude da desigualdade* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia.
- Santos Filho, S. B.; Barros, M. E. B. de; Gomes, R. S. (2009). A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface comun. saúde educ*; 13(supl.1), 603-613.
- Santos, L. N.; Mota, A. M. S & Silva, M. V. O. (2013). Dimensão Subjetiva da Subcidadania: Considerações Sobre a Desigualdade Social Brasileira. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (3), 700-715.
- Santos, N. D. S. C. D. (2016). *Implantação do acolhimento com classificação de risco em um hospital maternidade* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- Scheffer, M. C. & Cassenote, A. J. F. (2013). A feminização da medicina no Brasil. *Rev. Bioét.*, 21(2), 268-277.
- Schneider, D. G.; Manschein, A. M. M; Ausen, M. A. B; Martins, J, J & Albuquerque, G. L. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade Coronariana. *Texto Contexto Enferm*, 17(1), 81-9.
- Schraiber L B. (1997). No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface*, 1(1), p. 123-140.
- Schmoeller, R., de Lima Trindade, L., Neis, M. B., Gelbcke, F. L., & de Pires, D. P. (2011). Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 378.
- Sebastiani, R.W. (2003). *Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história*. Disponível de <http://www.nemeton.com.br/>
- Seki, Natalie Hidemi and Galheigo, Sandra Maria O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. *Interface (Botucatu)*, Jun 2010, vol.14, no.33, p.273-284.
- Seoane, A. F. (2012). *A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre a humanização nos serviços de saúde*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo.

- Seoane, A. F., & de Carvalho Fortes, P. A. (2014). Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1408-1416.
- Silva, A. M.; Sá, M. C. and Miranda, L. (2013). Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saude soc.*, 22 (3), 840-852.
- Silveira, L. M. C., & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16), 91-104
- Silva, F. D.; Chernicharo, I. M. & Ferreira, M. A. (2011). Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery*, 15 (2), 306-313 Soares, L. T. (2003). *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record.
- Soares, L. S., Carneiro, T. J., & Bezerra, M. A. (2017). Percepção das acompanhantes de crianças internadas sobre o ambiente, o acolhimento e o lúdico. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 11(1).
- Souto, A. C. (2004). *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicamentos.
- Souza, A. R. N. D. (1998). *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica* (Tese de Doutorado). Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, UFRJ, IPUB.
- Souza, A. V. M. D., Santos, P. A. C. D., & Santos, V. S. (2011). O Conceito de implicação em práticas da análise institucional contemporânea. In: Colóquio Educação e contemporaneidade, 5., 2011. São Cristóvão. Anais eletrônicos... São Cristóvão: Educon, 2011. Disponível em: <<http://www.educonufs.com.br/vcoloquio/cdcoloquio/cdroom/eixo%2014/PDF/Microsoft%20Word%20-%20O%20CONCEITO%20DE%20IMPLICACAO%20EM%20PRATICAS.pdf>>.
- Souza, L. E. P. F. (2014). Saúde pública ou saúde coletiva? *Revista Espaço para a Saúde*, 15(4), 01-21.
- Souza Junior, H. P. (2008). Centralidade ontológica do trabalho ou centralidade da informação e do conhecimento nos processos de formação humana? *Pro-Posições*, 19(2).
- Spiegel, J., Alegret, M., Clair, V., Pagliccia, N., Martinez, B., Bonet, M., & Yassi, A. (2012). Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *International journal of public health*, 57(1), 15-23.
- Starr, P. (1991). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Trad. Agustín B. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tourinho, M. M. & Palha, M. D. C. (2014). A Capes, a universidade e a alienação gestada na pós-graduação. *Cad. EBAPE.BR*, 12(2), 270-283.

- Tolfo, S. D. R., & Piccinini, V. C. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 38-46.
- Tracera, G. M. P.; Silva Junior, A. G.; Mourão, L. C. (2017). Complexidades na implementação da política nacional de humanização sob a ótica de profissionais de saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 8(1), 76-91.
- Trad, L. A. B., & Rocha, A. A. R. D. M. (2011). Conditions and work process in the daily of the Family Health Program: coherency with health humanization principles. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1969-1980.
- Traverso-Yépez, M.; Morais, N. A. (2004). Ideias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estud. Psicol.*, 9(2), 325-333.
- Vaitsman, J; Andrade, G, R, B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 10(3), 599- 613.
- Varela, F. (2003). O reencantamento do concreto. In: Pelbart, P. P.; Costa, R. (Org.) *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.
- Zago, K. S. A. (2011). *Terapia Comunitária: espaço de re-significação do sofrimento de trabalhadores de enfermagem* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.
- Zanfolim, L. C., Azevedo, A. C. F., Santos, L. A., & Buriola, A. A. (2015). Compreensão de agentes comunitários de saúde sobre a Política Nacional de Humanização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 36-41.
- Zilbovicius, C. (2005). *A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Woleck, A. (2002). O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica. *Revista Leonardo Pós-Instituto Catarinense de Pós-Graduação*, 1, 1.

**APÊNDICE I****Roteiro de Entrevista Semi-estruturada para profissionais de saúde**

**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Psicologia**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa “A humanização da saúde na perspectiva de médicos: produções objetivas, subjetivas e suas implicações”. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o LEV – Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental, situado no Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Estrada de São Lazaro, Rua Aristides Novis, nº 197, Federação, Salvador- BA, CEP: 40210-730.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Projeto: “Configurações subjetivas e as práticas profissionais no contexto da Política Nacional de Humanização”

Pesquisador Responsável: Prof<sup>a</sup> Dra. Mônica Lima de Jesus

Pesquisadora Participante: Lúcia Robertta Matos

Telefones para Contato: (71) 9163-0490

- Este projeto tem por finalidade compreender as configurações subjetivas de profissionais da rede hospitalar acerca da temática da humanização das práticas de saúde.
- Serão realizadas entrevistas, utilizando gravadores para o registro e posteriores transcrições das mesmas. Sendo que o sujeito pode recusar a responder quaisquer das perguntas realizadas, assim como, recusar a gravação;
- Tal pesquisa não aponta quaisquer tipos de riscos, perdas, desconforto, ou lesões aos seus participantes;
- É também de total liberdade do sujeito em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- Todas as informações prestadas serão colocadas em anonimato com total sigilo e segurança.

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## APENDICE II

### Roteiro de Entrevista Semi-estruturada para a usuária

#### **Identificação do entrevistado**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos: Sim ( ) Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: Sim ( ) Não ( )  
 Trabalha: Sim ( ) Não ( ) Área: \_\_\_\_\_  
 Faixa de renda: 1-2 salários mínimos ( ) 3-4 salários mínimos ( )  
 Mais de 5 salários ( )

#### **1- Aspectos familiares**

- 2- Fale um pouco sobre sua vida.
- 3- E sobre sua família.

#### **2- Sobre a saúde dos usuários**

- a. Como se sente atualmente?
- b. Quais são as suas necessidades de saúde?

#### **3- Sentidos da humanização e da PNH**

- a. O que seria humanização para você?
- b. Fale de um momento que foi humanizado?
- c. Como seria um ideal de serviço “humanizado”?
- d. Você considera a humanização importante para sua recuperação? Por que?
- e. Como você vê a importância do ambiente/estrutura física na humanização. Fale um pouco.
- f. Já ouviu falar na Política Nacional de Humanização? O que sabe?
- g. Como é o relacionamento dos profissionais com vocês?
- h. Fale de pontos positivos? E pontos negativos?
- i. Sente que a equipe trata você com humanização?
- j. Como se sente quando é tratado de forma mais humana?
- k. Fale de um momento que foi tratado de forma mais acolhedora e humana.
- l. Fale de um momento que não foi tratado de forma humana.

#### **4- Sobre a assistência prestada**

- a. No geral, como você avalia a humanização do hospital?
- b. Como percebe aspectos positivos e negativos da assistência no hospital?