

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

JULIANA ARAÚJO MENEZES

**RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA
SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO**

MACEIÓ

2020

JULIANA ARAÚJO MENEZES

**RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA
SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO**

Trabalho apresentado à banca de defesa como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki

MACEIÓ

2020

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

M543r Menezes, Juliana Araújo.
Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um centro especializado em reabilitação / Juliana Araújo Menezes. – 2020.
139 f. : il. ; figs.

Orientador: Sérgio Seiji Aragaki.
Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2020.

Inclui bibliografias.
Apêndices: f. 95-131.
Anexos: f. 133-139.

1. Humanização da assistência. 2. Centros de reabilitação. 3. Educação permanente em saúde. I. Título.

CDU: 614 (813.5)



Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Faculdade de Medicina – FAMED
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - PPES

Defesa do Trabalho Acadêmico de Mestrado do(a) aluno(a) **JULIANA ARAÚJO MENEZES** intitulado: **RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO** orientado pelo Prof^(a). Dr^(a). **SÉRGIO SEIJI ARAGAKI**, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Alagoas, em 29 dias do mês de maio do ano de 2020.

Os membros da Banca Examinadora consideraram a candidata **aprovada**.

Banca Examinadora:

Dr.(a) Presidente – **SÉRGIO SEIJI ARAGAKI**

Dr. (a) Titular – **MARIA DE LOURDES FONSECA VIEIRA**

Dr. (a) Titular – **JEANE FÉLIX DA SILVA**

Banca Examinadora:

SÉRGIO SEIJI ARAGAKI

Membro Presidente da Banca

MARIA DE LOURDES FONSECA VIEIRA

Membro da Banca

JEANE FÉLIX DA SILVA

Membro da Banca

À Deus pelo dom da vida, que tanto me protege e abençoa!

Aos meus pais, Graça e Humberto (in memoriam) por todo esforço e dedicação na construção da pessoa que sou hoje.

À Irajá Júnior, meu esposo, pela compreensão e paciência.

Ao meu filho, Bernardo, que está no meu ventre na reta final desse sonho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas doses de força e coragem que não me deixou desanimar e a Nossa Senhora Mãe Rainha por me levar em seu colo nas horas que mais necessitei.

À mainha, Maria das Graças Araújo Menezes, pelo amor e pelas palavras de apoio que tanto me motivaram nessa jornada.

Em memória, ao painho, Humberto de Souza Menezes e a voinha Vitorina Araújo de Lima, por serem exemplos de honestidade, força e determinação que carrego para vida.

Ao meu esposo e companheiro, Irajá Moraes Araújo Júnior que esteve ao meu lado em todas as horas, com todo seu amor e incentivo torcendo pelo meu sucesso.

À minha família, em especial a tia Maria José Araújo Epifânio, aos meus irmãos Humberto de Souza Menezes Júnior e Thiago Alex Araújo Menezes por acreditarem em mim e aos amados sobrinhos Anna Victória O. Menezes, Arthur Humberto O. Menezes, Heitor José P. de S. Menezes e Heloísa Maria P. de S. Menezes por me alegrarem nas horas de desamino.

Aos anjos que são instrumentos de Deus em minha vida: Hέλvia Castro, Amanda Viana, Carla Islowa, Samilla Maia, Gilvan Epifânio, Camila Moura e Everson Melo que foram imprescindíveis em momentos que mais precisei nessa caminhada.

A minha turma MPES 2018, representação de união, amizade e solicitude, a quem tive o prazer de representar enquanto estudante nesses anos de mestrado, em especial as amigas que construí laços fortes: Eladja Oliveira, Maria Izabel Alves e Graziella Martins, pela parceria de sempre.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki, por toda orientação feita com tanta paciência, disponibilidade e compreensão em todo o processo de construção dessa pesquisa.

Aos professores do MPES que se dedicam com entusiasmo no ato de construção do conhecimento, em especial a Profa. Dra. Josineide Francisco, Profa. Dra. Lucy Vieira, Prof. Dr. Antônio Carlos Silva e Profa. Dra. Cristina Camelo.

As professoras da banca de qualificação e defesa, Profa. Pós-Dra. Maria de Lourdes Vieira e Profa. Pós-Dra. Jeane Fêlix, pela disponibilidade e a contribuição de forma carinhosa com essa pesquisa.

Aos participantes dessa pesquisa, sem vocês nada disso seria possível.

A todos os colegas e todas as colegas de trabalho e, aos amigos e as amigas, de modo geral, que tanto torceram por mim.

Minha gratidão!

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática”.

(Paulo Freire)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CER	Centro Especializado em Reabilitação
EPS	Educação Permanente em Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
MS	Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Vídeos educacionais e endereços.....	77
Quadro 2 – Critérios Avaliativos da série de vídeos sobre a humanização da Saúde na Atenção em Reabilitação.....	79
Quadro 3 - Associação com as palavras Atividade Coletiva.....	96
Quadro 4 - Associações à palavra humanização.....	98
Quadro 5 - Associações às palavras não humanização.....	100
Quadro 6 - Transcrição Sequencial.....	101
Quadro 7 – Quadro Analítico.....	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição espacial dos participantes no grupo.....	37
--	----

RESUMO GERAL

Este Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas é composto por um artigo, baseado na pesquisa intitulada Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um centro especializado em reabilitação, e dos produtos educacionais, construídos a partir das reflexões advindas da citada pesquisa. Fundamentando-se na perspectiva do Construcionismo Social, a pesquisa teve como objetivo conhecer os discursos de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação a respeito de como as suas práticas estão relacionadas com o seu processo formativo sobre humanização da saúde. Para atingir os objetivos, adotou-se enquanto metodologia uma oficina realizada com 15 trabalhadores de um serviço de saúde, localizado na cidade de Maceió, Estado de Alagoas. Os resultados da pesquisa apontam para a polissemia do conceito humanização da saúde, processos de trabalho que estão alinhados aos sentidos da humanização orientados pela Política Nacional de Humanização e outras que dela divergem. Identifica-se que há uma fragilidade da educação formal em torno do tema e percebe-se que a prática não caminha isolada da formação, visto que o processo formativo em humanização da saúde está presente na interação com outros sujeitos e se faz na intervenção. Nos desafios identificamos o modelo de gestão, a valorização profissional, a mecanização do trabalho e a educação permanente em saúde. E, enquanto propostas de superação desses desafios identificamos a necessidade de se fomentar grupos. Como produtos educacionais foram produzidas mídias educativas que diz respeito a uma série de vídeos sobre a humanização da saúde na atenção em reabilitação. Verifica-se a necessidade de desenvolver atividades de Educação Permanente em Saúde visando aprofundar o tema. Espera-se, com esse trabalho, contribuir para o ensino na saúde, em especial, na formação dos trabalhadores e gestores de saúde, bem como melhorar a atenção na saúde em reabilitação.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Ensino. Educação Continuada. Centros de Reabilitação.

ABSTRACT

This Academic Work of Course Completion of the Professional Master's Degree in Health Education at the Faculty of Medicine of the Federal University of Alagoas is composed of an article, based on the research entitled Relationship between training processes on humanization of health and the practice of workers at a specialized center in rehabilitation, and educational products, built from the reflections arising from the aforementioned research. Based on the perspective of Social Constructionism, the research aimed to get to know the speeches of workers at a Specialized Rehabilitation Center regarding how their practices are related to their training process on humanization of health. To achieve the objectives, a workshop with 15 workers from a health service, located in the city of Maceió, State of Alagoas, was adopted as methodology. The research results point to the polysemy of the concept of humanization of health, work processes that are aligned with the meanings of humanization guided by the National Humanization Policy and others that diverge from it. It is identified that there is a weakness of formal education around the theme and it is noticed that the practice does not go isolated from the training, since the training process in humanization of health is present in the interaction with other subjects and is done in the intervention. In the challenges we identified the management model, the professional valorization, the mechanization of work and the permanent education in health. And, while proposals to overcome these challenges identified the need to foster groups. As educational products, educational media were produced that relate to a series of videos on the humanization of health in rehabilitation care. There is a need to develop Permanent Health Education activities in order to deepen the theme. This work is expected to contribute to health education, especially in the training of health workers and managers, as well as to improve health care in rehabilitation.

Keywords: Humanization of Assistance. Teaching. Continuing Education. Rehabilitation Centers.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO GERAL DO TRABALHO	16
1.Artigo – Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação	18
1.1 INTRODUÇÃO	20
1.2 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	22
1.2.1 Humanização e Formação em Saúde	29
1.3 REABILITAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E SERVIÇOS.....	30
1.3.1 A Reabilitação em Saúde	31
1.3.2 Os Centros Especializados em Reabilitação	32
1.3.3 O Centro Especializado em Reabilitação pesquisado	34
1.4 OBJETIVOS.....	35
1.4.1 Objetivo Geral:	35
1.4.2 Objetivos Específicos:	35
1.5 PERCURSO METODOLÓGICO	35
1.5.1 Procedimentos para produção de informações	36
1.5.2 Participantes	40
1.5.3 Local	40
1.5.4 Procedimentos de análise das informações	40
1.5.5 Critérios éticos na pesquisa	42
1.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
1.6.1 Sentidos da humanização na saúde.....	42
1.6.2 Processos formativos em humanização	49
1.6.3 Processo de trabalho alinhado a práticas humanizadas	53
1.6.4 Desafios para práticas humanizadas.....	57
1.6.5 Propostas para a superação dos desafios.....	62
1.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
1.8 REFERÊNCIAS.....	68
2 PRODUTOS EDUCACIONAIS - MÍDIA EDUCATIVA “SÉRIE DE VÍDEOS SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO EM REABILITAÇÃO”	75

2.1 Introdução	76
2.2 Justificativa	75
2.3 Objetivos	76
2.3.1 Objetivo Geral	76
2.3.2 Objetivos Específicos	76
2.4 Público-alvo	76
2.5 Procedimentos adotados para a criação das mídias educativas	77
2.6 Resultados ou Impactos.....	78
2.7 Critérios CAPES de avaliação.....	78
2.7.1 Classificação de Produção Técnica – 2016.....	78
2.7.2 (Nova) Proposta de Classificação e Avaliação de Produtos – 2019	79
2.8 Considerações finais sobre os produtos.....	82
2.9 REFERÊNCIAS DOS PRODUTOS	82
3. COMENTÁRIOS FINAIS DO TACC	83
4. REFERÊNCIAS GERAIS DO TRABALHO	85
APÊNDICES	94
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OFICINA DE PESQUISA	95
APÊNDICE B – QUADRO DE ASSOCIAÇÃO COM AS PALAVRAS: ATIVIDADE COLETIVA	96
APÊNDICE C – QUADRO DE ASSOCIAÇÕES À PALAVRA HUMANIZAÇÃO.....	98
APÊNDICE D – QUADRO ASSOCIAÇÕES ÀS PALAVRAS NÃO HUMANIZAÇÃO	100
APÊNDICE E - TRANSCRIÇÃO SEQUENCIAL.....	101
APÊNDICE F – QUADRO ANALÍTICO	118
APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA.....	131
ANEXOS	133
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	134
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	138

APRESENTAÇÃO GERAL DO TRABALHO

O Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) tem, dentre seus objetivos, a formação de profissionais que atuem no cotidiano dos serviços de saúde. Estes devem estar baseados na produção de conhecimento científico, que se faz por meio da investigação de contextos relacionados à prática no ensino na saúde - na sua interface com as evidências científicas da área - e dos conhecimentos advindos do trabalho realizado nos serviços de saúde. É esperado também que esse espaço de formação promova um aumento de intervenções a partir de pesquisas realizadas nos serviços de saúde que produzam impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2018).

Como autora desse Trabalho de Acadêmico de Conclusão de Curso, explico que sou graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), desde o ano 2009, especialista em Gestão de Pessoas pelo Centro de Ensino Superior Arcaño Miguel de Arapiraca (CESAMA) no ano de 2011, e especialista em Gênero e Diversidade na Escola pela UFAL, no ano de 2016. Tive algumas experiências profissionais, contudo meu ingresso na Saúde Pública ocorreu em 2011, quando fui contratada para exercer a função de Assistente Social em uma Organização Não Governamental – ONG, localizada na cidade de Maceió, Estado de Alagoas.

Essa ONG realiza atendimento de reabilitação em saúde, sendo credenciada junto ao SUS, se constituindo como Centro Especializado em Reabilitação. Como Assistente Social inserida na equipe multiprofissional desse serviço, a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa partiu da observação referente às alterações nas práticas de saúde, a partir da determinação feita pela instituição de que fosse produzido o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os usuários assistidos.

O PTS é um dispositivo da Política Nacional de Humanização – PNH, da diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2008a; b), que busca, dentre outros objetivos, a construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. Na perspectiva da PNH, isso traz o

sentido de valorização os sujeitos por meio da responsabilidade compartilhada, da participação coletiva nos processos de gestão e atenção, possibilitando a sua transformação. É, desse modo, um dispositivo que articula o funcionamento das práticas de produção da saúde (BRASIL, 2009a).

Nesse sentido, a equipe multiprofissional do referido serviço de saúde precisou se adequar às determinações. Porém, na prática, pude constatar que não havia clareza do que é o PTS, de que ele é um dispositivo da diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada, de como fazê-lo e, também não estando claros os sentidos de humanização atribuídos pelos trabalhadores locais.

Estes fatos me inquietaram a desenvolver uma pesquisa, haja vista que essa nova prática de saúde foi implantada no serviço sem a prévia construção de conhecimentos ou discussão com a equipe e com os usuários, sendo considerada mais uma atribuição pelos trabalhadores locais. Esta pesquisa, disponível na seção 1, a seguir, teve como objetivo conhecer as práticas discursivas dos trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação, a respeito de como relacionam o processo formativo sobre humanização da saúde com as práticas que desenvolvem no serviço.

Além da produção da pesquisa, o mestrado profissional possui o compromisso de desenvolver produtos educacionais que possam contribuir para melhorar o ensino na área específica estudada. Nesse sentido, a partir das reflexões sobre a pesquisa, foram produzidas mídias educativas, cujo objetivo geral é disseminar conhecimentos sobre a humanização da saúde nos serviços de reabilitação, conforme orientações da PNH. Estes produtos educacionais podem ser vistos na seção 2.

Este trabalho, composto por pesquisa e produtos educacionais, visa contribuir para o ensino, a pesquisa e a melhoria das práticas em saúde, sob a ótica da PNH, no contexto da reabilitação física. Espera-se também colaborar na melhoria na qualidade do atendimento aos usuários e familiares e na valorização do trabalho e dos trabalhadores e gestores do SUS.

Por fim, registramos que nas considerações gerais desse Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso, traremos nossos aprendizados, apontando contribuições, limites e sugestões.

1. Artigo – Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação

RESUMO

A humanização da saúde é um tema relevante na área da saúde, tendo sido criada, inclusive, uma política transversal no SUS, para dela tratar: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. A humanização da saúde está presente nas práticas em saúde e nos espaços de formação (acadêmicos ou não). A formação torna-se fundamental, uma vez que é por meio dos processos formativos que se questionam, reafirmam ou se alteram o trabalho em saúde. Esta pesquisa teve o objetivo de conhecer a relação entre as práticas de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação e o seu processo formativo sobre humanização da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva fundamentada na perspectiva teórica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos de Spink. Para alcance dos objetivos, foi realizada uma oficina com 15 trabalhadores de um serviço de reabilitação em saúde, localizado em Maceió, Alagoas. Os materiais produzidos foram transcritos e serviram para a construção de cinco categorias analíticas: sentidos da humanização na saúde, processo formativo em humanização, processo de trabalho alinhado às práticas humanizadas, desafios para realizar tais práticas e propostas para superação dos desafios. Os resultados apontam para a polissemia em torno do tema; alguns sentidos se aproximam ao proposto pela citada política, outros se alinham a valores humanos e humanitários e ainda outros os mesclam. Há uma formação pontual e incipiente tanto nos espaços escolares quanto nos não escolares a respeito do tema. Apesar disso, foram identificadas práticas alinhadas ao proposto pela Política, mesmo ela não tendo sido referida pelos participantes. Vários desafios e possibilidades de sua superação foram trazidos, de modo a melhorar o trabalho da instituição e beneficiar usuários, trabalhadores e gestores. Conclui-se que o processo formativo sobre humanização da saúde foi construído, predominantemente, por meio das relações sociais e no espaço de trabalho, sendo imprescindível a realização de atividades de Educação Permanente em Saúde no serviço, intervindo em situações concretas do trabalho, para que se possa conhecer, aprofundar e pôr em prática os conhecimentos acerca da PNH e assim melhorar os modos de atenção e gestão no serviço de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Ensino. Educação Continuada. Centros de Reabilitação.

1. Article - Relationship between training processes on humanization of health and the practice of workers at a Specialized Rehabilitation Center

ABSTRACT

The humanization of health is a relevant theme in the area of health, and a transversal policy was created in SUS, to address it: the National Policy for the Humanization of SUS Care and Management. The humanization of health is present in health practices and in training spaces (academic or not). Training becomes fundamental, since it is through training processes that health work is questioned, reaffirmed or changed. This research aimed to understand the relationship between the practices of workers at a Specialized Rehabilitation Center and its training process on humanization of health. It is a qualitative, exploratory and descriptive research based on the theoretical perspective of Spink's Discursive Practices and Sense Production. To achieve the objectives, a workshop was held with 15 workers from a health rehabilitation service, located in Maceió, Alagoas. The materials produced were transcribed and served for the construction of five analytical categories: meanings of humanization in health, training process in humanization, work process aligned with humanized practices, challenges to carry out such practices and proposals to overcome the challenges. The results point to the polysemy around the theme; some meanings approach what was proposed by the aforementioned policy, others are aligned with human and humanitarian values and still others mix them. There is a punctual and incipient formation in both school and non-school spaces regarding the theme. Despite this, practices were identified in line with what was proposed by the Policy, even though it was not mentioned by the participants. Several challenges and possibilities to overcome them were brought up, in order to improve the institution's work and benefit users, workers and managers. It is concluded that the training process on humanization of health was built, predominantly, through social relationships and in the work space, and it is essential to carry out Permanent Health Education activities in the service, intervening in concrete work situations, so that one can get to know, deepen and put into practice the knowledge about the PNH and thus improve the modes of care and management in the health service.

Keywords: Humanization of Assistance. Teaching. Continuing Education. Rehabilitation Centers.

1.1 INTRODUÇÃO

A humanização da saúde é um tema relevante de discussão e pesquisa no Brasil.

De início, é bom lembrar que diversos são os sentidos e as práticas relacionadas à humanização da saúde nas práticas discursivas que circulam atualmente em nossa sociedade e, nesse emaranhado de sentidos e práticas temos a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) também chamada de HumanizaSUS.

A PNH, criada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, está presente em vários espaços da saúde: em textos oficiais de diversos âmbitos de governo; em serviços públicos; nas publicações em periódicos científicos ou não; nas práticas discursivas de trabalhadores, gestores e usuários da saúde e de outras instâncias, governamentais ou não; e no desenvolvimento de pesquisas e atividades de extensão universitária¹. Além disso, ela também está presente em outros locais, na vida cotidiana, tais como nas conversas do dia a dia.

Contudo, diante da conjuntura política e econômica em exercício atualmente no país, com a redução de investimento em políticas públicas, dentre outras coisas, a PNH passa a ter uma redução em sua potência e na sua visibilidade. Porém, isso não a faz menos importante, uma vez que ela se propõe a ser resistência e luta contra práticas antidemocráticas e contrárias à saúde como direito.

Assim, documentos do Ministério da Saúde registram a existência da PNH, demarcando seus princípios, método, diretrizes e dispositivos. Estes disparam movimentos de mudança nas práticas de atenção e gestão da política pública de saúde brasileira e buscam reafirmar e colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2008a).

¹ Por exemplo, a Política Estadual de Humanização do Estado de São Paulo (http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf); publicações na Rede HumanizaSUS (<http://www.redehumanizasus.net>) e textos citados nesse trabalho.

Por outro lado, para que ocorram as citadas mudanças, é fundamental uma proposta de formação em saúde. Diante disso, a PNH afirma que a formação é indissociável da intervenção; os processos de formação ocorrem nas relações coletivas do trabalho. A formação provoca movimentos de transformação nas práticas utilizadas pelos sujeitos nos seus serviços de saúde quando se utilizam de metodologias que atendam às necessidades dos mesmos.

Dito isto, esta pesquisa propôs-se a conhecer as práticas discursivas dos trabalhadores de um serviço de reabilitação física, a respeito de como relacionam o trabalho que desenvolvem no local ao seu processo formativo sobre humanização da saúde. Sendo assim, entender os sentidos produzidos por trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação a respeito de humanização da saúde, identificando como e em que locais se deu o processo de formação dos referidos trabalhadores em humanização da saúde, além de compreender se as práticas que desenvolvem no Centro Especializado em Reabilitação estão alinhadas à humanização da saúde, em especial, dentro do proposto pela Política Nacional de Humanização e conhecer desafios e propostas para a humanização da saúde no local onde trabalham.

Assim, foi feita uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, fundamentada na perspectiva teórica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos de Spink, alinhada ao Construcionismo Social.

De acordo com Spink (2013) a produção de sentido é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Utiliza da linguagem para sustentar as práticas sociais geradoras de sentido, buscando entender tanto as práticas discursivas quanto os repertórios utilizados nessas produções discursivas.

O Construcionismo Social que diz respeito a um movimento que considera o discurso como um artefato de intercâmbio social e “se configura em um momento onde fervilham estudos sobre a linguagem” (Méllo *et al.*, 2007, p.26). A linguagem é uma forma de ação no mundo, é uma prática.

Nesse sentido, as práticas discursivas são linguagem em ação, pois a partir delas as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. É por meio do discurso que ocorre a construção social da realidade em

que se vive. O conhecimento é construído em meio às práticas sociais e não algo apreendido do mundo, ou seja, o conhecimento é produto histórico e social (SPINK, 2013).

Foi feita uma revisão bibliográfica na base de dados Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, relacionando humanização da assistência e ensino, no qual foram encontrados 10 artigos relevantes para o estudo; outro descritor utilizado foi humanização da assistência e educação continuada, que encontrou 3 artigos interessantes para o estudo; e por fim, utilizamos o descritor humanização da assistência, que resultou em 192 artigos; consulta a livros e (outros) artigos científicos disponíveis sobre os temas, *on line*, no acervo pessoal da pesquisadora e na biblioteca da universidade vinculada à pesquisa. Também foram pesquisados e estudados outros assuntos pertinentes, tais como os conceitos de educação formal, informal e não escolar.

Para alcance do objetivo, foi feita uma oficina com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de um serviço de reabilitação física de Maceió, Alagoas, cujos procedimentos de análise, resultados e conclusões serão oportunamente trazidos.

Esse artigo se estrutura em seções, tal como veremos a seguir.

A primeira seção trata da humanização da saúde no Brasil, registrando que o conceito é polissêmico, mas detendo-se a tratar da política oficial, do governo federal, criada para dela tratar: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH). Traz, dentro dessa apresentação, fatos em relação ao lugar que essa política ocupa no contexto político e econômico atual. Nesta seção também são feitas considerações a respeito de humanização e formação em saúde, de autores alinhados à referida política.

Na segunda seção é explicitado o conceito de reabilitação em saúde, apresentando, de maneira sucinta, os Centros Especializados em Reabilitação e, dentro destes, o serviço onde foi realizada a pesquisa.

Na sequência, são trazidos os objetivos e, seguidos do percurso metodológico, que apresenta os procedimentos utilizados para o alcance dos objetivos, dados

adicionais sobre o local de realização da pesquisa; informações sobre os participantes, critérios e procedimentos éticos e de análise das informações que resultaram nas categorias analíticas.

Por fim, temos os resultados e discussão, e as considerações finais.

Com esse trabalho pretendemos contribuir para a pesquisa e o ensino sobre a humanização da saúde à luz da PNH, bem como na melhoria da qualidade da atenção e gestão do cuidado nos serviços de reabilitação física.

1.2 A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o termo humanização da saúde emergiu em meados do século XX e estava muito ligado à assistência ao parto, com o uso de medicações para aliviar as dores ocorridas durante esse processo. Esta prática foi desenvolvida durante várias décadas em pacientes ricas e logo se tornou um tipo de parto “idealizado”². A partir dos anos 1950, essa prática começou a ser questionada e criticada por obstetras e movimentos *hippies* e feministas, devido ao uso indiscriminado de medicações analgésicas (DINIZ, 2005).

Na mesma década de 1950, o termo humanização começou a ser identificado na literatura brasileira como um movimento. Já, em 1970, ganhou força por meio da criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) e pelo Movimento da Luta Antimanicomial (CONCEIÇÃO, 2009).

A humanização ganhou espaço em diversas áreas da saúde, contudo o enfoque maior estava no ambiente hospitalar. Casate e Correa (2005) afirmam que, entre as décadas de 50 a 80 do século XX, o foco da humanização estava nas relações interpessoais com o paciente e nas questões administrativas, atreladas apenas à área hospitalar.

² Segundo Diniz (2005) durante décadas pacientes da elite brasileira utilizaram drogas para o alívio das dores decorrentes do parto. Este poderia ser feito com a mulher totalmente inconsciente, no qual ela não possuiria qualquer recordação ou consciência, sem dores e sendo feito em posição horizontal durante toda a sua duração.

É importante compreender que a conjuntura que permeava o Brasil na década de 1970, foi marcada por diversos questionamentos, reflexões e discussões sobre como se configurava a assistência em saúde, tanto sobre o acesso aos serviços, quanto aos direitos dos usuários. A pressão popular da sociedade civil e dos movimentos sociais democráticos de esquerda, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986).

Essa Conferência contou pela primeira vez com a participação da sociedade civil e trouxe temas como o direito de cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. Estes aspectos contribuíram para a inclusão da saúde no tripé da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) na Constituição de 1988 (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2008).

Assim, a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para materializar essa política de saúde, foi instituído o SUS, por meio da lei nº. 8080/90 (BRASIL, 1990a) e da lei complementar nº. 8142/90 (BRASIL, 1990b). Porém, o SUS foi regulamentado somente em 2011, com o decreto 7508 (BRASIL, 2011a). Atualmente, esse é o modelo de organização dos serviços e das ações da política de saúde no Brasil.

Para Passos, Pasche e Hennington (2011) a construção do SUS tem como uma de suas implicações aprimorar a própria experiência como sociedade, mais justa e solidária, a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado.

[] a saúde passou a ser reconhecida como um bem ao qual todo cidadão tem direito, havendo determinação de que os serviços de saúde devem promover o acesso à informação sobre a saúde e potencial de atendimento e resolutividade, bem como preservar a autonomia das pessoas” (GOULART; CHIARI, 2010, p. 256).

Nesse sentido, houve a necessidade de construir mecanismos que aumentassem a qualidade do atendimento e com isso, a temática começa a aparecer com mais ênfase nos debates da saúde, apresentando também algumas experiências

isoladas, tais como o Método Mãe-Canguru³, o acolhimento em recepções, dentre outros. Segundo Benevides e Passos (2005), o tema humanização conquistou legitimidade a partir da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 2000, intitulada “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social”.

Ainda nos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) cujo objetivo fundamental era aprimorar as relações entre profissionais e usuários, como também entre os profissionais, o hospital e a comunidade (BRASIL, 2001). Ele surgiu devido ao alto número de queixas de maus tratos dos usuários nos hospitais “e, como forma de dar resposta a essas necessidades, convidando vários profissionais da área de saúde mental para elaborarem uma proposta de trabalho com vistas à humanização” (CONCEIÇÃO, 2009, p. 199).

Neste programa são incorporadas aquelas ações de humanização já realizadas tanto no nível local como nacional; caracterizadas geralmente por terem sido desenvolvidas de forma focalizada e fragmentada, com ênfase nas áreas da saúde da mulher e da criança, trabalhando em frentes como humanização do atendimento; humanização do acolhimento; humanização do parto; humanização da gestão, entre outras, e quase que exclusivamente em hospitais. O que não significa que, a partir do PNHAH, esse direcionamento tenha sido modificado (CONCEIÇÃO, 2009, p. 200).

Com isso, observa-se que a humanização foi adquirindo outros sentidos e ampliando seu campo de atuação. Observa-se que, até 2003, existiam iniciativas de humanização que tinham por características determinados programas, com baixa comunicação entre eles e setores do MS e uma imprecisão conceitual sobre o tema humanização da saúde (PASSOS; PASCHE; HENNINGTON, 2011).

O PNHAH, em 2003, sofreu alterações, ampliando seu alcance e transformando-se em uma política social. Segundo Ferreira e Artmann (2016, p. 1438) “independente de programas ou da política, sempre houve nichos na saúde onde a prática humanizada foi exercitada”.

³ O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado ao recém-nascido de baixo peso e sua família, baseado nos princípios da atenção humanizada (BRASIL, 2011b).

Em 2003, num cenário de mudança política, houve um investimento para que a humanização se configurasse não mais por meio de programas isolados, mas como uma política transversal, capaz de radicalizar discussões sobre a produção de saúde como bem comum, ou seja, como política pública (MORSCHER; BARROS, 2014, p. 929).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, sendo “a humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS” (BRASIL, 2008a, p. 17). Ela é conhecida também como HumanizaSUS e busca colocar em prática os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, proporcionando transformações nas maneiras de se fazer gestão e também de se cuidar na área da saúde.

Segundo Passos, Pasche e Hennington (2011), a PNH:

Emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (p. 4542).

Acredita-se que a PNH está voltada tanto à qualidade do atendimento e satisfação do usuário, quanto às questões referentes aos profissionais de saúde (modo de trabalhar, valorização do trabalho e de quem trabalha na área etc.).

De acordo com Passos, Pasche e Hennington (2011), a PNH se apresenta como uma política pública construída para enfrentar e superar os desafios apresentados pela sociedade brasileira sobre os cuidados em saúde, a qualidade do atendimento, os problemas no campo da gestão e da organização do trabalho.

[A PNH] afirma sua dimensão pública, identificada com ideais ético-políticos do campo da saúde, como a universalidade e a equidade no acesso e o direito ao cuidado, considerando-se o sentido integral para o conceito de saúde (PASSOS; PASCHE; HENNINGTON, 2011, p. 4546).

Dessa maneira, apesar das mudanças políticas em voga, no governo federal, no país⁴, ela ainda se apresenta como referência para a construção de práticas de saúde efetivas na defesa e fortalecimento do SUS, em diversos territórios (estados e municípios), na atenção, na gestão e na formação em saúde⁵.

Para Vieira *et al* (2014) essa política vem tratar acerca de como devem se estabelecer as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS, em prol de fomentar um atendimento e prestação de serviço que garantam melhor qualidade no processo de cuidado em saúde.

Em outras palavras, humanizar o sistema é torná-lo capaz de prestar serviços que acolham os usuários como eles são, sem discriminação, levando em consideração não apenas seu estado físico, mas mental (emoções, sua subjetividade) e suas condições sociais, culturais. No âmbito de desenvolvimento do trabalho entre as equipes de profissionais e entre a rede de saúde, é melhorar a comunicação entre esses setores, visando o respeito à autonomia de atuação de cada sujeito envolvido na produção de saúde e também garantir-lhes condições adequadas de trabalho, como também para os usuários. (VIEIRA *et al*, 2014, p. 38).

⁴ Destacamos alguns pontos da história da PNH, no âmbito federal: ela foi criada e permaneceu na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (com a proposta de ser transversal em todas as políticas do MS) de 2003 a 2010, nos governos Lula. Em 2011, no primeiro governo Dilma, foi alocada na Secretaria de Atenção à Saúde (no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas). No segundo governo Dilma, ascendeu dentro do citado departamento, virando uma coordenação geral. Porém, foi sendo enfraquecida durante a gestão Temer e, desde 2018, não aparece mais no citado organograma, tendo sido alocada, desde 2019, no governo Bolsonaro, na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, contando com somente dois trabalhadores e sem verba alocada. “Como uma morte por inanição, mas que não pode ser decretada, uma vez que oficialmente ela não foi extinta” (frase dita por colega, em determinada ocasião, conversando sobre a PNH no contexto atual, que não será identificada, uma vez que não temos essa autorização). Observação: Aproveitamos para agradecer as contribuições de Gustavo Nunes de Oliveira, Serafim Barbosa Santos Filho, Marcelo José Fontes Dias, Rejane Guedes Pedroza e Patrícia de Souza Campos Silva na recuperação dessas informações.

⁵ Para atestar isso, pode-se, por exemplo, consultar as postagens feitas na Rede Humanizausus, que tratam de várias ações que continuam ocorrendo em unidades de saúde, cursos da saúde, secretarias municipais e estaduais e outros locais (<http://www.redehumanizausus.net>). Também pode-se encontrar divulgações de ações pautadas na PNH em portais governamentais, tal como no site da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (<https://www.saude.al.gov.br/2020/02/18/nova-gerente-do-hea-diz-que-politica-de-humanizacao-e-prioridade/>) e <https://www.saude.al.gov.br/2019/10/30/sesau-promove-seminario-e-mostra-sobre-humanizacao-da-saude-em-alagoas/>); e no site da Prefeitura de Teresina (<https://pmt.pi.gov.br/2019/07/01/ubs-cristo-rei-tem-semana-de-sensibilizacao-sobre-humanizacao-em-saude/>), dentre outros.

A PNH tem como um de seus propósitos a construção de trocas solidárias para a produção de saúde, por meio de atitudes e ações humanizadas, incluindo os sujeitos envolvidos: gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Para Conceição (2009), essa política trata de um conjunto de dimensões que visam considerar as necessidades sociais subjetivas, a partir da constituição de novos sentidos para a produção de saúde e de seus sujeitos.

De acordo com o Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (Brasil, 2008a), a PNH se estrutura por meio de três princípios: a transversalidade, que diz respeito ao aumento do grau de comunicação entre sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre atenção e gestão, uma influenciando a outra, estando ambas sempre presentes nas práticas de saúde; e a defesa e fortalecimento do protagonismo, da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos, que implica em envolvê-los nos processos, dividindo as responsabilidades, produzindo ações transformadoras em todos.

Assim, a humanização na saúde proposta por essa política diz respeito a uma transformação na gestão dos sistemas e serviços de saúde e no cuidado realizado pelos seus trabalhadores. Busca mudar a forma como usuários, gestores e trabalhadores da saúde interagem entre si. De acordo com Passos, Pasche e Hennington (2011) “humanizar não como o contrário de desumano [...] mas, humanizar como a construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis” (p.4545).

A PNH é conduzida pelo “Método de Tríplice Inclusão”, o qual busca incluir: (1) os diferentes sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores) na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho; (2) os grupos e coletivos, incentivando a construção de redes e de movimentos sociais; e (3), os analisadores sociais, que alteram as relações de poder e ressignificam e transformam as posições ocupadas nas relações com o outro. Destaca-se ser necessária a gestão de conflitos, gerados na inclusão dessas diferenças.

Assim, a PNH provoca mudanças no sentido de transformar práticas de saúde, buscando melhorá-las e qualificá-las, valorizando e incluindo os sujeitos na reflexão e construção de estratégias para a superação dos problemas. E estes

podem ser articulados por meio de dispositivos (tais como o Projeto Terapêutico Singular, o Grupo de Trabalho de Humanização e a Equipe de Referência, o Apoio Matricial), alinhado a diretrizes (por exemplo: Clínica Ampliada, Acolhimento, Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde).

Em síntese, essa seção abordou, de maneira breve, a contextualização da humanização da saúde no Brasil, onde identificamos que o termo humanização na área da saúde existe no país há algumas décadas e que essa temática tomou maiores proporções, tornando-se uma política pública. Seguiremos para a próxima subseção que tratará sobre a humanização e a formação em saúde, compreendendo que formação e intervenção são inseparáveis e que os processos de formação ocorrem nas relações coletivas do trabalho.

1.2.1 Humanização e Formação em Saúde

No processo de trabalho em saúde a formação e intervenção são inseparáveis; ao pensarmos em formação entendemos que ela se faz com o outro, ao lado do outro (BARROS, BARROS, 2010). Nesse sentido, o processo de formação está na experiência coletiva de trabalho, “sempre situado, contingenciado pelas condições e meios de processo de trabalho, condições e meios do trabalhador de viver no trabalho” (BARROS, BARROS, 2010, p. 78).

Segundo Barros e Barros (2010) a formação é transformação, onde os trabalhadores inventam, constroem suas práticas, não se limitando à mera execução ou reduzindo-o ao instrumentalizá-lo com novas tecnologias.

Estamos em contínuo processo de aprendizado, de formação, construindo e desconstruindo conceitos, valores e o próprio trabalho em saúde. “Trata-se de inventar pela prática de tateio, de experimentação, de problematização das formas já dadas” (ROZA *et al.*, 2014, p.1044).

De acordo com Neves e Heckert (2010), na perspectiva da PNH, formar e intervir são práticas indissociáveis. A formação se faz nas e com as práticas concretas em saúde, analisando-as e modificando-as, ajustando-as conforme as necessidades do momento; por outro lado, transformando as práticas, se aprende.

Para Roza *et al.*(2014) o processo de formação de trabalhadores da saúde se sustenta por práticas concretas de intervenção, tendo a PNH como referência para operacionalizar no sentido de produzir práticas coletivas entre e com os diferentes atores (usuários, trabalhadores e gestores do SUS). “São processos onde a formação não se separa da intervenção, do mesmo modo que as situações concretas de trabalho são espaços privilegiados de formação” (ROZA *et al.*, 2014, p. 1042).

Para construirmos um processo de formação para trabalhadores da saúde é importante prestar atenção ao campo de complexidade existente nas relações entre os sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários), escolhendo uma metodologia que consiga atender às necessidades do saber, sendo um modo de fazer a formação que atenda a real demanda desses sujeitos. De acordo com Neves e Heckert (2010, p.15), “essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas”. É imprescindível que a construção de processos de formação caminhe na direção de discutir e superar os entraves para a concretização do SUS.

Acreditamos que essa formação voltada à necessidade da intervenção é um desafio, haja vista que a maioria dos processos formativos ainda está sustentada pelo modelo tradicional, formando profissionais com ações isoladas e (re) produzindo a fragmentação dos saberes e práticas em saúde. A formação-intervenção implica em compreender os processos de trabalho e a partir daí propor métodos de formação relacionados às práticas de cuidado e de gestão em saúde. Dessa maneira, é importante entender que a “formação, significa, sobretudo, produção da realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho” (NEVES, HECKERT, 2010, p. 17).

Nesse sentido, os processos formativos estão alinhados ao constante movimento, fazendo parte de um processo do que é vivido e experimentado em sua particularidade pelos sujeitos nos serviços de saúde.

Prática formativa se faz no encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, destruindo evidências e universalidades e recusando configurações totalizadoras que não favorecem a

expressão do processo vital. Não é um processo finalizado, portanto, uma vez que não se reduz à transmissão de conteúdos, mas é criação de estratégias para encontrar indícios que possam nos fazer mudar de caminho, rever estratégias e prosseguir no trabalho de construção de práticas não aprisionadas sob a ótica da produção de profissionais que valorizam certo tecnicismo estéril (ROZA *et al.*, 2014, p. 1050).

No processo de formação há uma potência de problematizar, não sendo ele uma mera transmissão de conteúdos. Ele deve promover a reflexão, o pensamento crítico, além de provocar movimentos que estabilizem ou desestabilizem pensamentos e cenários, conforme a necessidade em questão. O que se deseja é “a força de intervenção nos processos de formação como dispositivos potentes de problematização de si e do mundo” (NEVES; HECKERT, 2010, p.18).

Dessa maneira, compreende-se o processo formativo como uma aprendizagem que não se dá apenas por linhas institucionais formais, tendo em vista que somos seres inacabados, em constante aprendizado. Além disso, os espaços de intervenção são potentes para a formação dos sujeitos diante de situações concretas.

Assim, dentro do proposto pela PNH, é importante destacarmos que formação e intervenção caminham sempre juntas (formar é intervir e intervir é formar). Por isso, é necessário que a formação seja feita para problematizar e propor soluções diante de determinados problemas identificados na saúde, de modo a superá-los.

Tendo nos dedicado ao embasamento teórico sobre humanização da saúde e sobre formação, tal como proposto pela PNH, nessa seção, passaremos a seguir a definir o conceito de reabilitação e explicar sobre os serviços especializados para realizá-la, detalhando o local onde a pesquisa foi desenvolvida.

1.3 REABILITAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E SERVIÇOS

Nesta seção traremos o conceito de reabilitação em saúde, explicaremos a respeito dos Centros Especializados em Reabilitação, além de apresentar o serviço onde foi realizada a pesquisa.

1.3.1 A Reabilitação em Saúde

A reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde, é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p. 100).

No Brasil, a reabilitação é uma das ações fundamentais do SUS (BRASIL, 2002) e reafirmada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência instituída pela lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, a qual afirma no Capítulo II, Art. 14, parágrafo único, que o processo de reabilitação tem por objetivo:

...o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a reabilitação deve ser compreendida como a capacidade funcional, o desempenho humano e a contribuição para a inclusão em todas as esferas da vida social.

Para Ribeiro *et al* (2010) o conceito de reabilitação diz respeito ao diagnóstico, intervenção precoce, recursos tecnológicos, a necessidade de continuação da atenção à saúde e a utilização de modalidades de atendimento que atendam à necessidade da funcionalidade do sujeito. Envolve melhorar e manter a qualidade de vida e inclusão social do sujeito. Vale ressaltar, que a reabilitação deve envolver as questões técnicas do trabalho em si, mas também de cidadania do sujeito, respeitando o seu direito de fazer escolhas.

Compreende-se que a reabilitação tem o potencial de tornar o sujeito funcional diante de uma perda ou limitação em decorrência de um dano, sendo um processo global e dinâmico.

Por fim, concordamos com Ribeiro e Barter (2010), que afirmam que a reabilitação possui enquanto meta final a reintegração social do sujeito.

1.3.2 Os Centros Especializados em Reabilitação

As pessoas com deficiência constituem um grupo com determinadas particularidades na sociedade, que por muitas décadas viveram em meio à discriminação e preconceitos, sem direitos sociais.

O conceito de deficiência é polissêmico, existindo um debate com diversos sentidos ao longo da história da humanidade, contudo, atualmente podemos dizer que para o conceito de deficiência são considerados aspectos de vida em comunidade, o processo de inclusão, sendo um processo de construção social que não se limita apenas à questão biológica.

A Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência conceitua Pessoa com Deficiência quem possui impedimentos a longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988 elas passam a ter uma atenção diferenciada no sentido de cuidados, proteção e garantias de direitos por parte dos entes federados.

Assim, após reivindicações e luta de movimentos sociais para a defesa dos direitos das pessoas com deficiência, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM Nº 1.060 de 05 de junho de 2002), a qual defende a inclusão dessas pessoas em toda a rede de serviços do SUS, possibilitando a prevenção de agravos, a proteção da saúde e a reabilitação (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência afirma que a Atenção Integral à Saúde deve ser de responsabilidade do SUS, voltada para os cuidados necessários, assim como para ações básicas e de maior complexidade, reabilitação e recebimento de tecnologias assistivas (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de implantar novas iniciativas e reforçar as ações já desenvolvidas em prol de benefícios para as pessoas com deficiência foi lançado o

Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, no dia 17 de novembro de 2011, sob o Decreto de Nº 7.612. Esse plano envolve todos os entes federados e está estruturado em quatro eixos: acesso à educação; inclusão social; atenção à saúde e acessibilidade (BRASIL, 2011c).

Ainda nesse âmbito, o Ministério Saúde, visando ampliar o acesso, melhorar o atendimento, articular e integrar os serviços na área da pessoa com deficiência publicou a Portaria GM de nº 793/2012 que instituiu a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado à saúde dessa população. Assim, os serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência estão organizados por meio de uma Rede de Cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo a Atenção Básica como porta de entrada, e cabendo o atendimento de média e alta complexidade aos Serviços de Reabilitação (BRASIL, 2012a).

Assim, todas as ações nesse campo devem ser realizadas de forma articulada, ou seja, é imprescindível que as pessoas com deficiência sejam atendidas em sua totalidade, considerando suas múltiplas necessidades nos diferentes momentos de vida.

Além disso, a citada Rede cria os Centros Especializados em Reabilitação (CER), por meio da Portaria GM de nº 835/2012, integrando as diversas modalidades de reabilitação (física, auditiva, visual e intelectual), bem como o incentivo de custeio para o CER habilitado e instrutivo técnico para o funcionamento dos serviços. Estabelece também diretrizes, tais como: garantia de acesso aos serviços; qualidade de serviços; cuidado integral; assistência multiprofissional sob a ótica interdisciplinar, tendo como linha central a construção do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2012b).

A definição de CER é feita de acordo com a modalidade de atendimento de reabilitação, podendo ser caracterizada como tipo I, II, III ou IV. A diferença entre os serviços se dá pela quantidade de deficiências (física, auditiva, visual e intelectual), que a mesma busca tratar e reabilitar: se for apenas um tipo de deficiência, CER I; dois tipos, CER II; e daí em diante.

Para habilitação cada instituição deve apresentar o trabalho desenvolvido e sua proposta para os gestores das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, essa

proposta diz respeito ao projeto da instituição, as demandas, os trabalhos desenvolvidos, que são discutidos nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite, ressalta-se que é feito um estudo no município para verificar a necessidade de habilitação de um CER. Em seguida, após a votação na Comissão Intergestora Bipartite, a esfera Municipal e Estadual encaminham o parecer com essa proposta para a esfera Federal, no Ministério da Saúde que definirá se será habilitado. Essa habilitação ocorre por meio de portaria.

1.3.3 O Centro Especializado em Reabilitação pesquisado

É imprescindível esclarecer que o CER no qual se desenvolveu essa pesquisa é uma Organização Não Governamental que tem como missão a prestação de serviços de medicina física e reabilitação para pessoas com deficiência.

Essa ONG presta assistência na referida área desde os anos 1996, quando foi estabelecido o credenciamento com o SUS, conforme previsto no dispositivo da Constituição Federal de 1988, artigos 197 e 199. E, em 2001 a instituição passou a ser referência no atendimento de alta complexidade em Medicina Física e Reabilitação, prestando serviços aos 102 municípios alagoanos. Ela tem por objetivo desenvolver o potencial físico, psicológico, educativo e profissional de seus usuários. O serviço participa também na promoção de políticas públicas de inclusão social deles, no âmbito do tratamento e convívio social, reinserindo-os na sociedade.

Com a publicação da portaria que define os CER, pelo governo federal, em 2013, essa ONG foi habilitada como CER III (Portaria GM 1.357/2013), uma vez que já prestava assistência em reabilitação física, auditiva e intelectual. De modo geral, essa Portaria implicou no reconhecimento de um serviço prestado por equipes multiprofissionais, de acordo com sua área específica de reabilitação, em caráter ambulatorial especializado, realizando o diagnóstico, tratamento, a concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, esse serviço de saúde teve de reorganizar o modo de prestar o atendimento, com novos modos de gerir e de produzir saúde. Foram sendo constituídas equipes de referência e propôs-se o trabalho com o Projeto Terapêutico

Singular PTS, o que, por um lado, fortaleceu os vínculos entre os usuários e os profissionais, e, por outro lado, trouxe incentivos financeiros da União, para o investimento em reformas estruturais e qualificação profissional.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral:

Conhecer a relação entre trabalho e processo formativo em humanização da saúde, de acordo com as práticas discursivas de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Entender os sentidos produzidos por trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação a respeito de humanização da saúde;
- Identificar como e em que locais se deu o processo de formação dos referidos trabalhadores em humanização da saúde;
- Compreender se as práticas que desenvolvem no Centro Especializado em Reabilitação estão alinhadas à humanização da saúde, em especial, dentro do proposto pela Política Nacional de Humanização;
- Conhecer desafios e propostas para a humanização da saúde no local onde trabalham.

1.5 PERCURSO METODOLÓGICO

1.5.1 Procedimentos para produção de informações

Na abordagem teórica adotada entendemos que não coletamos material de pesquisa, uma vez que eles não estão prontos. Assim, eles são coproduzidos nas

relações estabelecidas da pesquisadora com os participantes/colaboradores da pesquisa (SPINK, 2013).

Para a produção das informações realizamos uma oficina, como estratégia de pesquisa, e se trata de um espaço onde se agrega pessoas para discussão e reflexão em torno de um tema, a fim de gerar produtos, propicia um profícuo espaço de negociação de sentidos, com potencial crítico de produção coletiva.

Ressaltamos o potencial das oficinas em promover o exercício ético e político, pois, ao mesmo tempo em que geramos material para análises, criamos um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação (SPINK, MENEGON, MEDRADO, 2014, p. 33).

Assim, essa ferramenta de trabalho em grupo propiciou aos participantes conversarem acerca da temática formação em humanização da saúde, correlacionando-as com as práticas que realizam durante seu trabalho no CER. Além disso, compreendemos que os grupos possibilitam um espaço para conversa descontraída entre os participantes, nos quais expressam suas ideias e afetos. “Trata-se de um contexto interativo que possibilita a circulação de repertórios [linguísticos]” (TAVANTI *et al*, p. 74, 2014).

Na semana anterior ao dia da oficina, foi entregue um convite a cada participante, com esclarecimentos sobre a pesquisa. Também foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para que fizessem uma leitura prévia e o trouxessem assinado, caso concordassem em manter a participação.

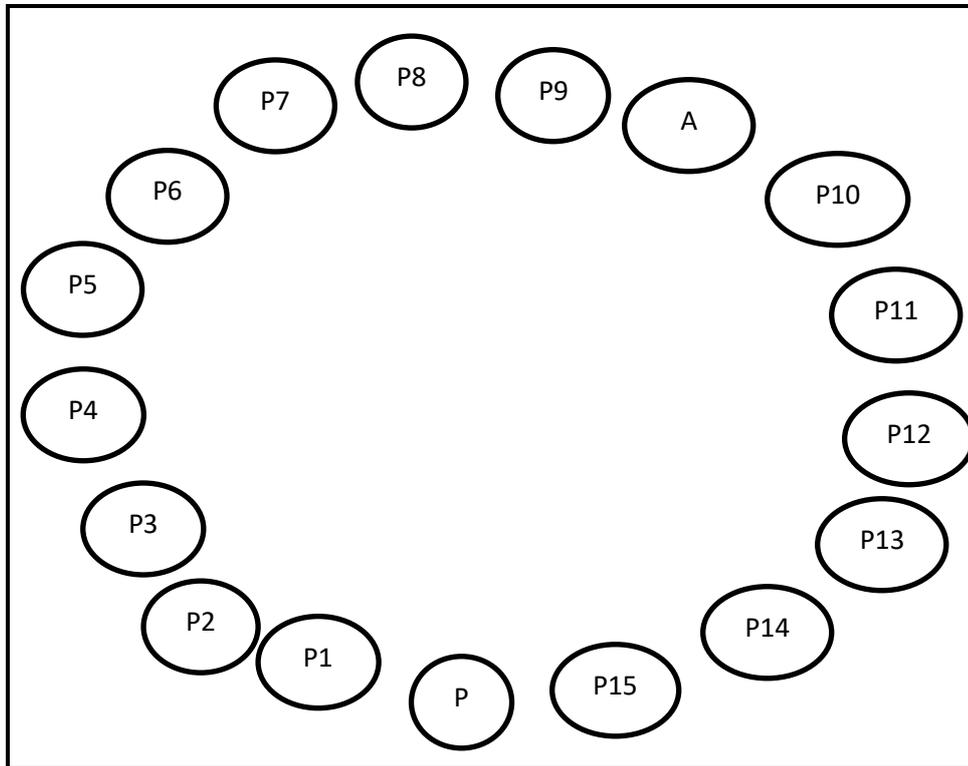
A oficina teve duração de quatro horas e foi conduzida pela pesquisadora, com o apoio de duas auxiliares de pesquisa⁶, devidamente treinadas, que foram responsáveis pelo registro de ações não verbais e pelos equipamentos de gravação em áudio⁷. O ambiente foi organizado com cadeiras dispostas em círculo, uma vez que possibilita uma melhor visualização, interação e mobilidade de todos para a realização da atividade.

⁶ As auxiliares de pesquisa foram mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – FAMED/UFAL, sendo uma Odontóloga e uma Assistente Social.

⁷ Tudo isso foi combinado no início da atividade junto aos participantes.

Fizemos um registro gráfico da disposição dos participantes na roda.

Figura 1. Distribuição espacial dos participantes no grupo.



Fonte: Autora, 2020.

Legenda: P=Pesquisador; P1 a P15 =Participantes; A.=Auxiliar de Pesquisa.

No planejamento da oficina definiu-se que ela teria sete atividades e que seriam utilizadas, como material de apoio, tarjetas coloridas, fita adesiva e canetas.

No momento inicial, alguns participantes demonstraram estar ansiosos e curiosos sobre como seria a execução da oficina. Contudo, após as explicações sobre a garantia do anonimato, as pactuações e o objetivo da oficina de pesquisa, o grupo ficou relaxado, havendo boa participação e interação. A dinâmica da discussão seguiu o planejamento.

A primeira atividade teve o objetivo de dar as boas vindas aos participantes, com uma breve apresentação do projeto de pesquisa e os objetivos da oficina. Foram feitas pactuações: tempo de duração da oficina, a não utilização do aparelho celular, uma pausa para o momento do lanche, idas livres ao banheiro. Também fizemos uma breve síntese do TCLE, o qual foi recolhido após as assinaturas.

Na segunda atividade desenvolvemos uma dinâmica de apresentação: nome, profissão, um sentimento ou expectativa quanto ao encontro. O que trazemos?

A terceira atividade teve o objetivo de discutir as práticas profissionais, provocando reflexões sobre as atividades desenvolvidas de maneira individual e/ou em coletivo no trabalho no CER. Para isso, distribuimos tarjetas coloridas aos participantes - para cada categoria profissional uma cor. Solicitamos que escrevessem quais atividades executam sozinhos ou junto com outro(s) profissional(is). As tarjetas foram afixadas na parede e abrimos uma discussão em grupo.

Na quarta atividade buscamos entender os sentidos de humanização da saúde. Foram utilizadas tarjetas coloridas, de acordo com a categoria profissional, nas quais solicitamos que os participantes escrevessem palavras que associassem à expressão humanização da saúde. Em seguida, coletivamente, ocorreu uma nova interação dialógica, com os participantes explicando, justificando e negociando os sentidos atribuídos, à medida em que fossem classificando os seus escritos em “humanização”, “não humanização” ou “dúvida”, fixando as tarjetas na parede, para que todos pudessem vê-las.

Na quinta atividade realizamos uma roda de conversa, que teve por objetivo possibilitar que falassem a respeito do processo de formação em humanização da saúde, em qual ou quais momentos teve contato, o que foi e como foi abordado.

Na sexta atividade, fizemos outra roda de conversa para que os participantes dialogassem sobre aspectos favoráveis às práticas de humanização no CER, dificuldades para trabalhar de acordo com o que pensavam sobre humanização da saúde, e algumas propostas para superá-las.

Em seguida foi feita uma avaliação da oficina, para que os participantes pudessem fazer comentários e as sugestões sobre a pesquisa e sobre a oficina.

Finalizando foi feita a pergunta: O que levaremos?

Registramos que, posteriormente à realização dessa oficina, alguns participantes nos buscaram para compartilhar o quanto acharam importante serem escutados, dizendo que o momento foi de aprendizagem. Alguns, inclusive, queriam

saber se conseguiram contribuir com a pesquisa. Compreendemos que isso diz respeito ao fato deles terem sido provocados a refletir sobre o contexto em que trabalham. Também a pesquisa despertou um interesse maior de aprofundar a construção de conhecimentos sobre o tema. Assim, ressalta-se que essa oficina foi um espaço de pesquisa, mas também de reflexão e construção a respeito de formação e trabalho na saúde, por meio do processo de interanimação dialógica⁸.

1.5.2 Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais no serviço de alta complexidade de reabilitação física de um CER III, localizado em Maceió, Alagoas. Todos têm formação em nível superior (nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional). Isso possibilitou uma visão heterogênea do tema nas diversas áreas, em uma amostra feita por conveniência. Todos foram convidados verbalmente e por meio de convite impresso, entregue pessoalmente a cada profissional. Convidamos 02 profissionais de cada categoria de formação, totalizando 16 profissionais. Destas, 15 participaram voluntariamente da pesquisa e uma informou que não poderia mais participar por ter problemas com o horário combinado. Porém, constatamos que isso não interferiu na produção das informações e no alcance do objetivo da pesquisa.

Ressalta-se que a pesquisadora usou uma estratégia na análise para garantir o anonimato dos participantes, não identificando a categoria profissional, uma vez que não foi nosso objetivo estabelecer distinções ou comparações entre elas. Adotou-se identificar cada participante com a letra P e um número sequencial (por exemplo: P1, P2, P3 etc).

Adotou-se como critérios de inclusão atuar no citado serviço no mínimo há um ano e aceitar participar da pesquisa. Como critérios de exclusão considerou-se: estar afastado por licença maternidade ou para tratamento de saúde.

⁸ De acordo com Spink (2013), Bakhtin afirma que em uma conversa os enunciados de uma pessoa interagem ou são endereçados a outra(s) e esses se animam mutuamente.

O perfil de participantes da pesquisa é composto por 15 participantes do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Mas, percebemos que isso não trouxe dificuldades ou questões pertinentes em relação ao gênero que necessitassem ser diferenciadas ou analisadas. Todavia, apreendemos a predominância do sexo feminino e entendemos que ao longo da história cultural da sociedade foram e continuam sendo construídos sentidos relacionados ao feminino, que o associam a profissões voltadas para o “cuidar” do outro como principal fundamento. Porém, por fugir de nosso foco, não nos deteremos a aprofundar esse assunto, havendo vasta literatura a respeito para quem assim o desejar.

Finalizando a caracterização dos participantes, informamos que as idades variaram entre 25 e 52 anos; o tempo de formação de graduação, de 02 a 30 anos e o tempo de atuação na reabilitação, de 02 a 17 anos. O não detalhamento maior de cada pessoa faz parte do compromisso de manter o anonimato de quem colaborou na pesquisa.

1.5.3 Local

A oficina foi desenvolvida no mini auditório de um Centro Especializado em Reabilitação – CER III, localizado na cidade de Maceió, Estado de Alagoas, no dia 25 de fevereiro de 2019, no horário de 8h às 12h. Trata-se de um espaço fechado, climatizado, confortável, com acústica favorável para a preservação do anonimato, conforme normas éticas em pesquisa (as quais serão trazidas mais adiante).

1.5.4 Procedimentos de análise das informações

A análise das informações foi alinhada ao referencial teórico-metodológico das práticas discursivas. Para Spink (2013), as “práticas discursivas são linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (p. 26). Assim, estivemos interessados no modo como as pessoas falam, nos repertórios linguísticos usados ao descreverem a formação que tiveram em relação à humanização da saúde e de como isso está presente (ou não) em suas práticas profissionais no CER III.

Como já foi dito, foi solicitado que os participantes escrevessem em tarjetas palavras relacionadas a: atividades que realizam individualmente, coletivamente e associações sobre o tema humanização da saúde. Lembramos que foi pedido, na sequência, que classificassem as palavras dessa última etapa em humanização, não humanização e dúvida. Todas as tarjetas foram afixadas na parede e geraram os quadros: “Associação com as palavras atividade coletiva”; “Associações à palavra humanização” e, “Associações às palavras não humanização” (Apêndices B, C e D).

Vale ressaltar que foi solicitado que apontassem também as atividades individuais no trabalho para que se compreendesse, de forma mais global, como se dão os processos de trabalho. Porém, conforme já dito, essas não foram analisadas, porque não tivemos, dentre os objetivos, a categorização e comparação entre as diferentes profissões. Além do mais, dessa maneira, se resguardou, mais uma vez, o critério ético de garantir o anonimato.

O material produzido nas tarjetas serviu de disparador das rodas de conversas, as quais foram gravadas e transcritas de duas maneiras: integral e sequencialmente.

Na transcrição integral, numeramos as linhas e preservamos o discurso original, na íntegra e de forma literal. Ela nos permitiu analisar as falas em profundidade e conhecer o discurso de cada participante e do grupo.

De acordo com Spink, Menegon e Medrado (2014), na transcrição sequencial anota-se a sequência das falas, fazendo-se uma breve descrição da temática, com o objetivo dar uma visão de conjunto – dinâmica e conteúdo dos discursos. Esta etapa da análise auxiliou na definição das categorias de análise descritos nos resultados.

Em seguida, fizemos um quadro analítico (Apêndice F), organizado com colunas relativas às categorias identificadas na transcrição sequencial, com trechos da transcrição integral, de maneira a agregar os conteúdos, com o cuidado de preservar os sentidos do que foi dito. Este quadro nos ajudou a entender quem disse e o que foi dito em cada uma das categorias produzidas, mostrando-se uma ferramenta muito útil na análise do material discursivo.

A redação deste estudo obedeceu à normatização da Associação Brasileira de Normas Técnicas, especificamente a NBR 6023, publicada em 2018 (ABNT, 2018).

1.5.5 Critérios éticos na pesquisa

Conforme já apontado, para tentar garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados pela letra P, seguido de um número sequencial: P1 a P15. Aos participantes da pesquisa explicado que a participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízos.

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução Nº 510/16 que trata das normas aplicáveis a pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado por meio do Parecer de número 3.099.332. A oficina se realizou somente após a aprovação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

1.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para discussão dos resultados foram estabelecidas cinco categorias analíticas: “Sentidos da humanização na saúde”, “Processo formativo em humanização”, “Processo de trabalho alinhado a práticas humanizadas”, “Desafios para práticas humanizadas” e “Propostas para superação dos desafios”.

Cada categoria foi em seguida analisada, sendo em alguns momentos trazidos exemplos das falas, com identificação de quem falou e as linhas correspondentes na transcrição integral do que foi falado.

1.6.1 Sentidos da humanização na saúde

Essa categoria analítica apresentou repertórios linguísticos voltados à polissemia do conceito de humanização na saúde.

Assim, algumas falas e parte do material produzido escrito associaram o conceito de humanização na saúde como o acolhimento dos usuários em suas fragilidades e individualidades.

O acolhimento... principalmente, né, acolher o usuário, indivíduo e a integralidade, no sentido dos princípios do SUS né, [inaudível] da promoção, prevenção e da reabilitação também... Esse, essa questão da integralidade é muito importante, como o acolhimento também [...] (P14, l.428-431).

O acolhimento é uma diretriz da PNH, considerada uma tecnologia leve e que pode ser traduzida como uma postura ética, que pode ser realizada por qualquer sujeito e em qualquer horário e lugar. É um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas em um momento específico (BRASIL, 2010a). Considera-se uma atitude de inclusão, em uma ação de estar com ou perto do outro.

Segundo Sales-Peres (2008) o acolhimento também pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do problema. Na fala de P1 identificamos que foi considerada uma relação entre escuta ativa e humanização.

[...] eu coloquei como escuta ativa, né... porque a escuta ativa é exatamente isso, é você parar esvaziar a sua mente da resposta, da possibilidade de resposta, pra escutar o outro, pra a partir de então, você formular a sua resposta. [...] a gente anda meio que no automatismo, a humanização começa pela escuta ativa do outro ser humano que tá lá. (P1, l. 575-585)

Cabe esclarecer que a escuta ativa difere da escuta qualificada. Na escuta ativa ocorre apenas a comunicação, havendo a abertura para o outro. De acordo com Moura e Giannella (2016) “trata-se de escutar o outro para compreender o que está a dizer, evitando o quanto possível avaliar ou julgar” (p.11). Já, na escuta

qualificada o usuário será ouvido e a necessidade apresentada se traduzirá em uma oferta de serviço, para Maynard *et al* (2014) se trata de uma tecnologia leve que envolve relações como diálogo, vínculo, acolhimento, valorizando as experiências e estar atento às demandas e aos diversos aspectos envolvidos na produção de saúde.

No discurso de P1 entendemos que se percebe a necessidade e a importância da escuta, mas é imprescindível apreender que a atitude do escutar, alinhada ao proposto pela PNH, está num sentido de firmar o compromisso em dar respostas às demandas do usuário e não apenas ouvi-lo.

É interessante também quando P1 fala do automatismo, pois muitas vezes no cotidiano produzimos ações mecânicas e nem sempre paramos para escutar o outro na sua necessidade. O processo de humanização aciona um movimento de mudanças em práticas mecânicas, automáticas ou tecnicistas, atualmente presentes nas relações de trabalho, em determinados setores ou grupos de trabalhadores (BRASIL, 2010a).

Consideramos que o conceito de acolhimento se concretiza nas práticas de saúde por meio da escuta qualificada, bem como na pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Trata-se de uma forma de fazer o trabalho em saúde, de atender a todos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Um outro sentido de humanização da saúde foi produzido por P11, quando associa humanização com valorização, tanto em relação aos usuários do serviço, quanto aos profissionais.

Valorização com o ambiente em relação ao outro, nosso colega e com o paciente também (P11, l.610-612).

Porém, P12, ao falar sobre o assunto, acrescenta:

Valorização e dedicação. Eu falei em relação ao paciente né... a valorizar os sentimentos, as situações do dia a dia que ele passa a gente entender tudo isso. Eu pensei, mas o foco foi no paciente. (P12, l.540-542).

A PNH propõe a valorização e participação ativa (implicando em protagonismo e autonomia) de todos os sujeitos envolvidos (usuários, profissionais e gestores) na produção de saúde. Porém, a participação ativa não aparece nas práticas discursivas dos participantes da pesquisa, o que nos faz pensar que os trabalhadores não estão incluídos na gestão dos processos de trabalho, não havendo espaço para serem agentes ativos no serviço de saúde.

É importante destacar que outra diretriz da PNH é a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde, a qual ressalta que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, mas também devem reconhecer e estimular o potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços (BRASIL, 2008b).

Assim, as práticas discursivas dos participantes da pesquisa trazidas até o momento em relação ao conceito de humanização caminham no sentido de conceito-experiência:

tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES, PASSOS, 2005, P. 391).

Por outro lado, outros sentidos de humanização também se fizeram presentes, um tanto distantes dos orientados pela PNH, como veremos a seguir.

Assim, P1 e P10 afirmam que o acolhimento envolve a questão do abraço:

Eu não sei se entraria nesse contexto de acolhimento à questão do abraço, é eu acho que entra, é uma forma de acolher né, você abraçar o paciente né... enquanto ser humano. (P10, l.439-440).

O acolhimento... o abraço é a manifestação física do acolhimento. (P1, l.441).

A fala de P5, por sua vez, traz um sentido da humanização relacionado à amorosidade:

[...] Se a gente não tiver amor à profissão, eu não consigo gerar humanização. Eu não consigo gerar o amor ao paciente, a

dedicação, não faz com que eu tenha empatia com o paciente, não faz com que eu tenha o respeito com aquele paciente (P5, l.565-567).

Nas práticas discursivas acima interpretamos que a humanização é algo inato ao ser humano, um sentimento instintivo que todas as pessoas trazem em si, no qual emerge atos e ações de bondade, tendo o bem como máxima a guiar as relações em sociedade (SILVA; FERREIRA; CHERNICHARO, 2014).

É interessante que registrar que a amorosidade também pode estar alinhada aos pressupostos da Educação Popular em Saúde. Ela aparece como um dos princípios que orienta a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta foi instituída pela Portaria nº 2.761 de 19 de novembro de 2013, e traz a amorosidade como ampliação do diálogo nas relações de cuidado, colaborando na criação de vínculos, na participação social e no enfrentamento de problemáticas do sistema público de saúde (BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que o material produzido na oficina e os discursos apresentados trazem também sentidos da humanização como respeito (também já trazida acima no fragmento de P5):

Eu coloquei não só respeito no sentido coletivo, eu acho que o respeito... mas o respeito às individualidades também você entendeu? Porque você.... respeito é uma coisa que você pode ter coletivamente, como você também pra ser humano você tem que respeitar o indivíduo, aquela capacidade, aquele potencial, aquele ser. [...]. (P1, l. 458-461).

E, também foram produzidos sentidos sobre humanização da saúde como atenção e paciência, tal como visto no discurso de P13:

[...] atenção, no caso acho que entra até a questão da escuta né, você dá uma atenção ao paciente, até o próprio cuidador também, você escutar, dar atenção pra depois tomar alguma atitude. A paciência [...]. Quer dizer você tem que ter a paciência de lidar com esse tipo de atitude ou do paciente ou do cuidador [...]. (P13, l. 613-620)

Outro sentido muito presente nos discursos de vários participantes (P1, P4, P7, P8 e P10) foi entender a humanização como empatia. Para ilustrar, trazemos dois exemplos:

Então, assim empatia eu acho que tem que ser um dos primeiros critérios pra você trabalhar humanização. E quando a gente vai trabalhar o conceito de humanização, o conceito não pode ser um conceito verticalizado, ou esse conceito é horizontalizado ou esse conceito não é considerado em momento algum. (P1, l. 536-539).

E aí vem também da empatia em relação ao nosso colega de trabalho né? [...] o paciente tá lá chorando, pra agilizar e ela não sabe dar esse devido acolhimento ao paciente. Ela vai chamar uma de nós e aí a gente: “não, não vou agora porque o meu trabalho é mais importante!”. Não... a gente vai, isso é empatia também, o colega tá lá precisando da nossa ajuda e a gente vai se dispor pra resolver a situação. (P4, l.506-511).

Dessa maneira, dentre os sentidos de humanização produzidos, houve destaque para a empatia, que se sobressai dentre as associações estabelecidas. Para muitos dos participantes, ao se pensar em humanização vem a ideia de se colocar no lugar do outro, de que é necessário compreendê-lo e que a melhor maneira de isso ocorrer é por meio da empatia.

Para Rios (2009) sob a ótica de uma vertente da moral, a humanização faz um chamamento para valores humanitários, como respeito, solidariedade, compaixão e empatia.

É importante lembrar que, de acordo com Benevides e Passos (2005), o conceito de humanização pode ser expresso também de forma frágil, em ações fragmentadas e imprecisas, e que tem seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao paternalismo e ao tecnicismo. O termo humanização seria um conceito-sintoma, “a noção que paralisa ou reproduz um sentido já dado” (p.390), e se apresenta em práticas de atenção segmentadas por áreas e por níveis de atenção, associada à prática de profissionais específicos e com a característica do gênero feminino e seguindo uma lógica mercadológica de foco no cliente e garantia de qualidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Assim, nessa categoria de análise, as práticas discursivas trouxeram uma polissemia em torno do conceito de humanização na saúde, também se referindo a quem se destina (usuários e profissionais). Como vimos, alguns sentidos se aproximam ao proposto pela PNH, ao passo que, outros se alinham a valores humanos e humanitários, havendo também possibilidade de mistura entre os diferentes sentidos.

1.6.2 Processos formativos em humanização

Nessa categoria os participantes foram indagados quanto aos processos formativos em humanização, buscando saber quando, onde e como foram realizados. Assim, foram relatadas experiências de formação em espaços escolares e não escolares, incluindo o local de trabalho, tal como veremos a seguir.

Os discursos de P5, P7, P9 e P10 referem uma formação na graduação. Nesse caso, encontramos a educação formal ou escolar, visto que foi desenvolvido dentro de uma instituição regulamentada por leis, com conteúdos previamente demarcados, que devem seguir orientações de diretrizes nacionais de ensino na graduação na área da saúde.

Para Almeida (2014, p. 10) “a educação formal ocorre em espaços sistematizados de educação, inserida no planejamento político pedagógico de uma escola e regulamentada por Lei Federal”. Já, segundo T éran e Cascais (2014) ela acontece no espaço escolar institucionalizado, onde há um currículo a seguir, normas a cumprir e onde o principal objetivo é a aprendizagem.

Eu tive na graduação, assim na faculdade que eu estudei o lema principal deles era a humanização inclusive em todos os cursos (P7, l. 841-842).

Na graduação eu tive, assim não como disciplina, mas assim voltado em algumas, encaixando né, de serviços da saúde, saúde pública (P10, l. 957-958).

Eu tive na graduação também [...] então acho que as matérias já tinham implementado isso. Eu tive no 1º período uma matéria que a

gente começou a entender as diretrizes do SUS, então começou a ser implantado a humanização e vim ter no estágio integrado [...] (P5, l. 873-876).

P3, por sua vez, ainda no âmbito da educação escolar, diz que teve momentos de formação na pós-graduação, em leituras sobre a Política de Humanização:

Na pós-graduação, no curso de pós-graduação gestão em saúde pública. Aí eu tive contato com a humanização, contato teórico. (P3, l. 828-829).

P2 diz que também teve uma formação no ensino superior, porém reafirma o dito por Sirino e Rios (2015), quando dizem que a abordagem da humanização no ensino, muitas vezes, é colocada em segundo plano, em detrimento de outras.

Eu tive o 1º contato na graduação, mas [...] era muito teoria mesmo e o engraçado era dentro da inst.. da matéria de saúde pública, não sei alguma coisa desse tipo assim. E o engraçado é que tipo matérias anatomia, histologia... a turma era cheia, né? Aí, saúde coletiva, humanização aí... menos da metade da turma participava das aulas. Que dizia ah isso aí é besteira, isso aí... entendeu? [...] (P2, l. 883-888).

P6, P10 e P13 também trouxeram a notória fragilidade presente na formação da graduação dos cursos de saúde, tal como ilustrado abaixo:

Foi pouco também, foi só na graduação, na aula de saúde pública, mas nada específico não (P6, l. 1013-1014).

Na análise das práticas discursivas dos participantes, entendemos que a formação ocorrida nos espaços escolares, formais, foi teórica e bastante superficial, ocorrendo de maneira isolada, não havendo interação com outras disciplinas.

É interessante a fala de P10, que apesar de ter relatado que teve uma formação no ensino superior, afirma que:

[...] não sabia que existia a Política Nacional de Humanização [...] (P10, l. 1301-1303).

E, ainda encontramos a fala de P14 que não teve nenhuma formação a respeito, seja na graduação ou na pós-graduação. Porém, traz um evento ocorrido no local.

E a outra experiência de formação foi aquele *workshop* né de aniversário da instituição que ela resolveu criar a Política de Humanização [...] (P1, l. 946-945).

P1 e P3 também falam sobre esse mesmo evento:

[...] e o único contato que tive é assim mais voltado às atividades do trabalho... foi nessa palestra que eu achei totalmente descontextualizado [] (P3, l. 830-832).

Analisando o dito por esses três participantes sobre o referido evento, apesar da diferença na sua nomeação (*workshop* e palestra), vimos que se tratou de um evento pontual, ocorrido somente uma vez durante o tempo de trabalho de todos os participantes da pesquisa, onde um convidado trouxe o conteúdo pronto, apresentando-o, em um modelo hierarquizado de transmissão de conhecimentos. Não o nomearemos de educação continuada em saúde, assim como não o denominaremos como educação permanente em saúde, uma vez que sabemos que não há consenso em relação à sua diferenciação (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018) e, trazer e discutir isso de maneira aprofundada sairia do escopo desse trabalho. Porém, sabemos que foi criada uma política para tratar de questões ligadas à formação de profissionais no contexto do trabalho em saúde, a qual trataremos, brevemente, a seguir.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída por meio da Portaria GM/MS Nº 198/2004 e teve suas diretrizes implementadas na Portaria GM/MS 1.996/2007, compreendida como:

...uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (BRASIL, 2007, p. 13).

A EPS parte de uma realidade vivenciada no cotidiano do trabalho e proporciona um espaço de reflexão, de troca de experiências e construção de autonomia, trazendo transformação nas práticas de saúde e fortalecendo o trabalho da equipe, aumentando a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Porém, P5 acrescenta que, desde a graduação na universidade, não teve outros aprendizados relacionados à humanização da saúde; nem mesmo no local do trabalho:

Eu não fazia parte da instituição no momento da palestra (P5, l. 878-879).

Analisando o material discursivo produzido, vimos que o tema foi tratado pontualmente no CER (apenas uma palestra). Além disso, nem todos os trabalhadores foram contemplados; ou por não estarem atuando naquele momento nessa localidade ou por não terem comparecido nessa atividade, devido a motivos diversos.

É importante lembrar que o ensino e aprendizagem também ocorrem durante a realização do trabalho em saúde, tal como afirma a OMS (2010), quando trata da educação interprofissional. Porém, nenhum dos entrevistados falou a respeito disso, o que nos leva a pensar que processos formativos, na maioria das vezes ainda estão sustentados pelo modelo tradicional, formando profissionais com ações isoladas e na forma de transmissão de conhecimentos. O local de trabalho não é entendido como espaço de / para o aprendizado, contrariando, por um lado a EPS e, fomentando, por outro lado e nas entrelinhas, a dissociação ensino e serviço.

Destaca-se que para a consolidação de práticas de saúde conforme o modelo fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) os profissionais devem estar preparados para atuar diante das complexas necessidades de saúde. E para isso, é necessário, segundo Silva (2011), desenvolver novas propostas para a sua formação. É fundamental a adoção de uma formação baseada na interprofissionalidade, em uma perspectiva crítico-reflexiva e colaborativa. Entende-se que os profissionais sejam capazes de prestar uma assistência mais integral, de serem mais coerentes nas resoluções e no

enfrentamento de problemas e necessidades de saúde, na direção da constituição de sujeitos para a transformação social. Considera-se esse tipo de formação como uma das demandas para que se reorganizem as práticas de saúde, na direção de um sistema ancorado nos princípios e diretrizes do SUS. E é nessa linha que atuam a EPS e o proposto pela OMS – educação interprofissional e práticas colaborativas na saúde (OMS, 2010).

Por fim, na análise das práticas discursivas relacionadas aos processos formativos, foram trazidas outras experiências, derivadas de outros espaços, para além dos já citados.

Outro contato teórico quando fui fazer concurso, também tive de estudar a humanização [...] (P3, l. 829-830).

[...] eu nunca participei, de uma capacitação assim o conhecimento que eu tenho e que tá meio defasado porque faz muito tempo que eu estudei, foi a Política de Humanização, quando eu estudava pra concurso, ai foi o acesso que eu tive né, [...] a minha aproximação foi a partir de iniciativa mesmo pessoal. [...] (P15, l. 808-814)

[...] o que que eu li de teoria de humanização, eu li em preceitos teóricos do SUS quando eu fui entender o que é um CER I, um CER II, CER III e ai tem lá os conceitos, eu confesso a você que quando eu começava a ler, gente isso aqui é óbvio, entendeu? E li assim muito por alto (P1, l. 944-946).

Vários autores têm se dedicado ao estudo de processos educativos ocorridos fora das salas de aula, os quais têm sido denominados de diferentes maneiras - tal como educação não formal, educação informal, educação não escolar – (Vide, por exemplo: GOHN, 2006; ZUCCHETTI; MOURA, 2010; ALMEIDA, 2014; TERÁN; CASCAIS, 2014; ZUCCHETTI; MOURA, 2019). Em se tratando de campo profícuo, denso e cheio de questionamentos, vamos nos deter a simplesmente reconhecer que os processos formativos ocorrem em espaços não formalizados, para além de cursos, disciplinas ou outras atividades ocorridas em instituições de ensino. Caberá, de nossa parte (no futuro) ou de outros pesquisadores, o aprofundamento nesse tema. Não o faremos no momento, pois nos desviaria muito do propósito de nosso trabalho.

A educação não escolar diz respeito aos processos educativos que ocorrem fora do espaço institucionalizado. Segundo Zucchetti e Moura (2019, p. 5) “aqui o

saber acadêmico não é tão central porque cede lugar para a experiência, aquela que emerge da memória, das vivências do dia a dia, do modo como o educador lê o mundo”.

E eu tive outras aulas, muito menos teórica e muito mais práticas, a forma como as pessoas tratavam os outros, essa foi minha inspiração [...] (P1, l. 942-943).

Dessa maneira, a fala de P1 traz a educação não escolar que advém das experiências, promovida em espaços coletivos.

Nessa categoria analítica percebemos que os processos educativos podem ocorrer em espaços escolares (formais), não escolares ou mesmo por meio da Educação Permanente em Saúde – nos espaços de trabalho.

Vale destacar que, essas modalidades de educação não se substituem, e sim, se complementam. E que a educação é um processo contínuo que prepara os sujeitos para desenvolverem suas atividades e viver em sociedade.

Porém, os relatos dos participantes trouxeram uma formação bastante superficial, pontual e, portanto, insuficiente no que tange à humanização da saúde, incluindo aí a Política Nacional de Humanização.

Finda essa subseção, vamos a seguir nos deter a analisar as práticas discursivas que identificam a humanização no trabalho realizado pelos participantes da pesquisa.

1.6.3 Processo de trabalho alinhado a práticas humanizadas

Esta categoria analítica trouxe os diálogos dos profissionais de saúde quanto às atividades desenvolvidas coletivamente e que, em suas concepções são humanizadas. Assim, os profissionais, se referiram à atuação em equipe multiprofissional que trabalha interdisciplinarmente e o trabalho com o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O discurso de P10 nos leva a entender a importância da atuação em equipe multiprofissional, uma vez que possibilita a discussão de casos e a construção coletiva de propostas.

[...] em conjunto, os encaminhamentos, porque aí, às vezes, durante a avaliação a gente vê a necessidade de um endócrino né... de outro profissional, aí em conjunto eu sempre em contato com a equipe [...] pra fazer né... o encaminhamento externo e... sim, algumas altas né... [...] eu faço uma discussão [...] com a equipe, né sobre dar alta a esse paciente (P10, l.21-79).

P1 complementa a fala de P10:

É a soma das capacidades individuais, acho que o grande mérito da avaliação coletiva do paciente, não só no sentido de quando a gente faz a triagem de entrar, como também quando a gente faz a avaliação de evolução deles, é essa diferença de olhares que cada uma tem, pra uma mesma singularidade [...] (P1, l.159-162).

E P9 também corrobora essas falas:

[...] em conjunto, a discussão de caso, em conjunto é a questão da discussão de caso, já trabalhei em outras instituições e eu vejo é uma vantagem ou talvez a [localidade de trabalho] esteja a frente em relação a essa questão do PTS né? (P9, l.318- l.321).

As práticas discursivas relacionadas ao trabalho no CER trazem muito do que propõe a PNH, apesar de muitas vezes terem relatado uma frágil formação em relação a ela. Porém, reafirmamos o dito por Santos Filho, Barros e Gomes (2009, p.605) que “é no encontro entre sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói”.

Assim, apesar da formação incipiente no tema humanização da saúde, fica evidente nas falas dos profissionais que as práticas utilizadas estão aproximadas da Diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada da PNH. Trata-se de uma proposta de mudança que visa um novo modo de trabalhar, de modo a articular e incluir as diferentes perspectivas e disciplinas para o atendimento das diferenças e particularidades (BRASIL, 2009a), sendo a Equipe de Referência e o Projeto Terapêutico Singular dois de seus dispositivos.

Para Campos e Amaral (2007), a medicina predominante no país tem como objeto de trabalho as doenças, o tratamento das doenças. Por sua vez, na Clínica Ampliada há a ampliação desse objeto; para além das doenças, são incluídas as singularidades, as experiências de cada pessoa, os condicionantes e os determinantes sociais dos adoecimentos e da saúde. Assim, a Clínica Ampliada e Compartilhada busca ampliar o objeto de trabalho, tornando os resultados mais eficientes e eficazes.

As mudanças na sociedade alicerçadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implicando em alterações nas práticas de saúde, a exemplo do dispositivo PTS (BOCCARDO *et al.*, 2011), que surge como uma estratégia de cuidado pautada em um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito ou para um coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 2009a).

Conforme discurso dos profissionais inseridos no CER, o momento do PTS se constitui como um espaço de avaliação das necessidades do usuário, onde se é pensado e construído coletivamente propostas terapêuticas com vistas a resolver as demandas apresentadas.

O dispositivo PTS é citado por vários participantes, tais como P2 e P3, visto também no fragmento abaixo:

[...] essa em conjunto, geralmente é feita no PTS né? Aí, geralmente a gente faz essa avaliação sempre com a equipe direcionando da melhor forma possível. E aí, nesse momento a gente anula, não, não é que anula, mas a gente, é... não anula, mas a gente direciona de uma forma juntamente com a equipe né? [...] (P15, l. 2–5).

P1 também relata a satisfação em trabalhar com o PTS, o que promove a interdisciplinaridade, a educação interprofissional e as práticas colaborativas.

Do ponto de vista coletivo, pelo menos pra minha área o que eu faço são alguns procedimentos, e em que esses procedimentos eu preciso do contar com a presença de alguém [...] e o PTS que eu acho que é o momento que mais me agrada na instituição e pela qual eu não tenho o menor pudor de dizer que lutei muito para que isso acontecesse aqui dentro porque é o momento que a gente soma as nossas diversas habilidades né... então, assim, há a anulação da visão individual e a soma das potencialidades, dos conhecimentos

coletivos em prol [da resolução] de uma queixa. Eu acho que o PTS é o grande barato da instituição. (P1, l.47-55).

Porém, de acordo com a PNH, o PTS é orientado pelas políticas de saúde e tem como princípio a inclusão e a participação dos usuários, familiares e comunidade no cuidado (BRASIL, 2009a; BOCCARDO *et al.*, 2011).

Cabe uma ressalva importante: a observação de que os participantes da pesquisa não referem à inclusão dos usuários e familiares na produção do cuidado, conforme orientação do dispositivo PTS e do método da tríplice inclusão propostos pela PNH (BRASIL, 2008a). E isso nos leva a pensar que ainda é necessário avançar no sentido dos profissionais compreenderem que é fundamental trazer os usuários e familiares para mais próximo da produção da saúde, reconhecendo-se o protagonismo e estimulando a autonomia de todos.

Em síntese, nessa categoria, os profissionais não relataram estarem desenvolvendo trabalho baseado ou relacionado à PNH. É interessante notar que, apesar disso, identificamos que as práticas relatadas estão alinhadas (de maneira parcial ou total) às orientações dessa política.

1.6.4 Desafios para práticas humanizadas

Nessa categoria analítica as práticas discursivas dos participantes trouxeram desafios do cotidiano para práticas humanizadas no serviço de saúde: modelo de gestão; dissociação entre teoria e prática; melhoria da atenção e da comunicação; valorização dos trabalhadores; práticas fragmentadas e individualizadas; exigência de quantidade em detrimento de qualidade do serviço e revisão de condutas feitas de maneira mecânica.

Assim, conforme trazido em roda de conversa, um dos grandes entraves para a existência de práticas humanizadas no CER diz respeito ao modelo de gestão. P1 afirma que não reconhece a gestão, desenvolvendo trabalhos sob a ótica da humanização da saúde:

[...] nas minhas poucas experiências com palestras sobre humanização em geral, eu tô vendo um hierárquico superior falando sobre a necessidade de desenvolver um trabalho de humanidade, mas aí eu olho pra ele e pergunto - e já fiz essa pergunta - e que tipo de trabalho de humanização você tá fazendo com a sua equipe, né? (P1, l.530-533).

P4 afirma que existe uma lacuna entre teoria e prática, uma vez que se coloca bastante a necessidade de desenvolver trabalhos humanizados, mas na realidade acredita que as atitudes da gestão não estão alinhadas à humanização da saúde:

Eu coloquei teorias e práticas, como [...] até falou, é as meninas estavam falando aí da questão das hierarquias né, no caso existe o líder, o superior ele pega muito a humanização, quando chega na prática essa humanização não existe. Porque a teoria da humanização de verdade ela é belíssima, mas muitas vezes ela não é colocada em prática (P4, l. 627-630).

Para melhorar o modelo de atenção é imprescindível mudanças no modelo de gestão. Segundo Hennington (2008), com modelos de gestão verticalizados e centralizados é retirado do trabalhador o seu próprio processo de trabalho, o que impede e dificulta o protagonismo e a autonomia dos diferentes sujeitos na execução das políticas e na produção de saúde.

Se o gestor daquela instituição não incorporar ou não tiver aqueles conceitos como um comportamento pessoal, é muito difícil que a instituição que ele dirige se torne humanizada, porque as pessoas que trabalham dentro daquela instituição sejam... comecem a ter comportamentos mais humanizados e que os clientes daquela instituição [...] e passe a ter também atitudes humanizadas (P1, l. 998-1004).

Hennington (2008) afirma que “a humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho” (p.556). Para isso é imprescindível haver o envolvimento dos diferentes sujeitos, onde cada um assuma seu papel de relevância e com isso se estabeleçam práticas humanizadas eficientes e efetivas.

A PNH orienta em suas diretrizes e seus dispositivos que haja uma reorganização dos processos de trabalho em saúde, tendo como ponto central as

transformações nas relações sociais, envolvendo os trabalhadores e gestores de saúde, partindo da experiência cotidiana nos modos de organizar e conduzir os serviços e assim, transformar a produção de saúde junto com os usuários.

De acordo com Santos Filho (2007), se busca uma gestão de instância colegiada e horizontalizada, valorizando a participação dos diferentes sujeitos, o trabalho em equipe, a comunicação, a democratização nos processos decisórios e a corresponsabilidade dos usuários, trabalhadores e gestores.

Também vale destacar a comunicação como um dos desafios apresentados por P1 e P5:

Até de comunicação, não só de comunicação. [...], e eu não tenho abertura alguma de conversar com a minha coordenadora, imagina com o meu gerente, então eu não tenho essa abertura [...] (P5, l. 1112–1114).

[...] eu ouvi isso de todo mundo: surdez institucional, (risos de todos), eu coloquei surdez entre aspas, né... (risos) [...]. A surdez institucional, nos dois sentidos, nas duas vias, porque às vezes a instituição não ouve a necessidade do público externo dela e também não ouve a necessidade do público interno dela [...] (P1, l. 760-769).

A transversalidade é um dos princípios da PNH que visa transformar os modos de relação e comunicação entre os sujeitos (BRASIL, 2008a). Este princípio propõe que se estabeleça o diálogo entre os diferentes saberes, a reinvenção de práticas, criando-se novos modos de produzir saúde e novos sujeitos (transformações na subjetividade por meio das relações interpessoais).

Ao tratarmos de aumentar o grau de comunicação e a participação estamos falando também da diretriz Gestão Participativa e Cogestão, incluindo as pessoas nos processos de análise, provocando a sua participação nos processos decisórios. Por meio da escuta, do diálogo e da negociação na tomada de decisão ocorrem alterações nas práticas de produção de saúde, com decisões horizontalizadas e participativas (BRASIL, 2009b).

Outros desafios são trazidos por P1, P2 e P3 e dizem respeito à não valorização e ao não reconhecimento das pessoas. Por exemplo:

[...] a gente já vem desmotivado, sem estrutura física, sem aquela valorização, mas ainda assim a gente busca dentro de nós, é... né

força pra se estruturar, e dizer assim: “olha a gente precisa disso, a gente quer isso, mas a gente não quer pra gente, quer pra instituição”; e a instituição é gestão, funcionário e paciente (P3, l. 1078-1082).

É interessante destacar na fala de P3 que a instituição é composta pelos usuários, profissionais e gestores de saúde, uma vez que a PNH prevê a valorização desses diferentes sujeitos (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, considera-se que o trabalho em saúde produz bens e serviços, mas também é um espaço de valorização dos sujeitos que o fazem: “(...) nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado” (BRASIL, 2008b).

P1 afirma:

[...] eu acho que o não reconhecimento é uma coisa que pesa muito na não humanização, na hora que a gente não é reconhecido, e não precisa ser necessariamente [reconhecimento] financeiro [...] (P1, l. 710-769).

Com isso, compreende-se que o desafio está no reconhecimento das atitudes desses sujeitos no cotidiano profissional, na abertura para a comunicação, participação e democratização. A diretriz da PNH Valorização do Trabalho e do Trabalhador (BRASIL, 2008b) também orienta que sejam valorizadas as experiências dos trabalhadores a fim de promover a melhoria nos processos de trabalho e de incluí-los na tomada de decisão.

Já P5 traz em seu discurso o entrave no apoio da gestão em adotar atitudes humanizadas:

Vocês conseguem enxergar que tudo que a gente falou se volta, quer dizer, esbarra e barra na gestão. Em tudo, não adianta, a gente ter força de vontade, mas sempre esbarra na gestão (P5, l. 1101-1102).

Segundo Pedroso e Vieira (2009, p.695) “a humanização do SUS indica mudanças nas práticas de atenção e gestão, em que a aposta é nos sujeitos concretos”. A possibilidade do “reencantamento do concreto” que a PNH proporciona

mostra que é possível, por meio de atitudes, disparar mudanças nas formas de gerir e produzir saúde. Contudo, caso a gestão não se “reencante” será um grande desafio estabelecer práticas humanizadas à luz da PNH (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

As falas de P7 e P1 apresentam outro desafio, que são as práticas fragmentadas, com atitudes individuais. Por exemplo:

[...] eu pelo menos já tô fazendo... fazendo a minha parte e vejo alguns colegas fazendo sua parte, mas o maior mesmo que a gente precisa pra que o resultado seja mais visível, vem de cima (P7, l. 1007 – L1111).

Assim, esse pensamento contribui também para se desresponsabilizar quanto à atenção e o cuidado, fazendo com que se tenham cada vez mais ações isoladas. “Nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional” (BRASIL, 2009a). É importante pensar em estratégias para contagiar o outro, no sentido de que se provoquem mudanças na atenção e no cuidado, de modo que o fazer seja fazer junto, um fazer solidário, democrático e inclusivo.

Outro entrave que se identifica nos discursos dos participantes é sobre a produção quantitativa no serviço de saúde. P1, P2, P3, P5, P7, P10 e P15 nos levam a compreender que se trata da lógica da produção quantitativa em detrimento da qualidade do que é produzido. Em síntese,

É aquela questão né, vê o paciente como número e não como ser humano (P10, l. 677).

O fato de a instituição ver o paciente como um número é algo bastante presente e que incomoda muito os participantes da pesquisa. Segundo Martins, Martins e Eich (2012), a lógica da produtividade traz consequências negativas à qualidade da assistência aos usuários, nas relações de trabalho e na qualidade de vida dos trabalhadores, pois tem enquanto finalidade explorar ao máximo o trabalhador para ter lucros.

[...] como é que a gente vai falar, fazer uma humanização no nosso serviço se a gente não é tratado com humanização né? Se a produtividade se sobrepõem a realmente as necessidades da equipe, da...dos usuários (P15, l. 651–653).

P7 complementa que os profissionais são cobrados por um quantitativo necessário para atender às demandas institucionais:

E assim nessa parte que fala da... da quantidade de pacientes, não é só a falta de humanização com paciente, é com a gente profissional também, porque assim eu falo da minha área lá [...] (P7, l. 678-680).

Observa-se que esse excesso de atender à demanda se apresenta como uma dificuldade para a humanização do cuidado. Segundo Marin, Storniolo e Moravcik (2010) isso cria um ambiente desfavorável às condições de trabalho.

Além do mais, isso acarreta em outro desafio, que é a conduta mecanizada do trabalho, o que acaba contribuindo na ausência da “capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos” (BRASIL, 2009a).

[...] é isso mesmo e, às vezes, assim no trabalho a gente aqui... a demanda é tão grande que, às vezes, os pacientes querem expressar alguma coisa e, às vezes, a pessoa bloqueia. [...] (P9, l. 586-587).

Assim, a tão comum atribuição de culpa aos trabalhadores pelos atendimentos insatisfatórios e até produtores de sofrimento deve ser ressignificada, compreendendo-se essa questão em uma dimensão mais ampla e profunda. Segundo Goulart e Chiari (2010), nem sempre os trabalhadores encontram condições de garantir um atendimento humanizado, haja vista que são submetidos a processos de trabalhos mecanizados, que os limitam na possibilidade de se transformar em pessoas mais críticas e de até mesmo se fragilizar diante da situação apresentada no dia a dia. E isso, decerto, são questões urgentes a serem abordadas ao se pensar na humanização da saúde, em especial quando pensamos na importância da Diretriz Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde.

Relacionado a isso, mas a partir de uma outra perspectiva, um dos discursos apontou para o desafio em relação às atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS):

Vou pegar um gancho, eu coloquei assim, falta de capacitação no trabalho, o processo de humanização não é via única, não tem que ser só direcionado ao paciente né? (P3, l. 642-644).

A EPS é uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores. Na fala de P3, acima, se percebe uma reflexão mais crítica dessa demanda, ao reconhecer que a humanização não trata apenas da atenção ao usuário, mas deve contemplar também os profissionais de saúde.

Concordamos com Hennington (2008) quando afirma que o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores reduz as condições de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde. E isso, como vimos, produz sofrimento no trabalho em saúde, o que poderia ser minimizado por meio da EPS.

Em síntese, todos os entraves trazidos pelos participantes estão relacionados à necessidade de uma saúde humanizada. Sem uma boa comunicação e com a compreensão dissociada entre atenção e gestão continuam se produzindo relações verticalizadas e hierarquizadas. E o que se objetiva com a humanização da saúde proposta pela PNH é caminhar para a construção de relações horizontalizadas, participativas e democráticas.

Verifica-se que as relações, tal como estão estabelecidas na instituição, produzem a desvalorização dos trabalhadores de saúde, associado à precarização das relações de trabalho, com a exigência do atendimento de uma demanda excessiva às possibilidades dos trabalhadores e equipes locais. Associa-se a isso a preocupação constante com a quantidade de atendimentos, em detrimento da qualidade, deficiências na estrutura física e o baixo investimento em Educação Permanente em Saúde, além dos limites em relação à gestão participativa.

1.6.5 Propostas para a superação dos desafios

Nessa categoria de análise foram identificadas propostas de superação para os desafios apresentados: formação de grupos; trabalhar sentidos de humanização da saúde; reconhecimento e valorização dos trabalhadores; e alterações no modo de fazer gestão. Cada proposta será detalhada a seguir.

Conforme P1, uma maneira de resolver alguns dos desafios elencados seria criar grupos.

Para Zanella e Pereira (2001), em um grupo deve-se ter algo compartilhado, mas isso não deve excluir as necessidades particulares e singularidades. No grupo existem diferenças, limites e possibilidades, afetos e desafetos. De acordo com os autores, “o grupo é tanto um espaço de conjunção de singularidades, instância que remete à diversidade de sujeitos, quanto do compartilhado, elo [] da pluralidade” (ZANELLA, PEREIRA, 2001, p.107).

P15 complementa a fala de P1, trazendo a necessidade de trabalhar nos grupos os sentidos da humanização e do fortalecimento do coletivo:

[...] a gente poderia colocar também, conceitos da humanização, também o que a [...] falou [...] sobre as atividades em grupo, a gente sabe que a instituição muitas vezes ela não vai fazer o que a gente quer, mas a gente tem que tá alinhado, todo mundo no mesmo pensamento, e reivindicar mesmo por melhoria de qualidade do serviço, por... por qualidade nas salas, por ter locais adequados pra gente trabalhar (P15, l. 1047-1052).

Dessa maneira, identificamos uma sugestão que caminha na direção da Diretriz da PNH: Fomento das Grupaldades, Coletivos e Redes (BRASIL, 2008a). A grupalidade “é um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão, na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza” (BRASIL, 2010b, p.30). Uma vez assumindo o mesmo posicionamento político, artístico e/ou estético, se constroem coletivos.

O reconhecimento é uma questão que está nas práticas discursivas dos participantes, enquanto proposta de superação. Com isso, entendemos que há necessidade de valorização dos profissionais.

É o reconhecimento de esforço individual, que é importantíssimo e se não há reconhecimento não há humanização (P1, l.764-765).

Durante o processo de trabalho os sujeitos se sentem mais valorizados e realizados quando participam dos processos; afinal, são eles que estão produzindo saúde.

Identificamos aqui também a Diretriz Gestão Participativa e Cogestão, que propõe uma forma de organização do trabalho onde todos tenham participação ativa na produção de saúde. Assim, por exemplo, se os trabalhadores estiverem mais motivados e com uma melhor autoestima, conseguirão refletir e melhorar suas práticas, aumentará o empenho no trabalho, utilizando de criatividade nas resoluções e aumentando a responsabilidade sobre suas ações. E, somado a tudo isso, haverá mais interação positiva, produtora de saúde, entre profissionais, usuários e gestores.

Os discursos de P5 e P9 enfatizam a sugestão de uma gestão participativa, democrática, inclusiva e que tome claros os sentidos da humanização, conforme preconiza a PNH. De acordo com eles, isso contagiaria os profissionais:

Eu acho... Eu acho que seria mais eficaz, seria mudar política e gestão. Eu acho que se vier de cima, até quem não entende, quem não concorda com a ideia, vai ter que cumprir também [inaudível] da mesma forma que ele consegue ser de uma forma negativa, ele também pode ser de uma forma positiva. Ou seja, somos gestores dos nossos trabalhos, cada um fazer a sua parte também vai melhorar, mas eu acho que se vier de cima [inaudível] (P5, l. 1017-1021).

É claro que, no exemplo supracitado, permanece ainda a necessidade de uma relação verticalizada, comum nas relações institucionais na saúde. A presença e participação de todos deveria, assim, ser decisão da gestão, a qual seria exigida como outra forma de trabalhar. Porém, pensamos que, no contexto trazido, na medida em que os modos de realizar o trabalho vão sendo problematizados e alterados por decisões dialogadas e negociadas por todos, isso dará espaço para deslocar o lugar do gestor e da gestão, tornando-a mais horizontalizada, participativa e democrática. Nesse caso, seria uma maneira de transitar de um modo a outro de gestão.

Ao tema, acrescenta P9:

Então eu acho que a questão de humanização tem que fazer primeiro um treinamento na gestão (P9, l. 1152-1153).

Isso reforça a sugestão dos profissionais em provocar mudanças, sentindo a necessidade de transformação no modelo de gestão para “[...] um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo” (BRASIL, 2009b, p. 8).

Segundo Hennington (2008), na humanização é importante um novo posicionamento dos sujeitos, bem como mudanças nos modos de fazer e produzir saúde, além de se evitar dissociar o cuidado e a gestão do cuidado. Com relação a isso temos a fala de P1:

[...] eu posso fazer de mudança de hábito pessoal né, de mudança de hábito profissional, lembrando que nós somos gestores de gente quando a gente tá dentro da nossa casa também (P1, l. 1035-1039).

Para Mori e Oliveira (2009) “a Política assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, identifica o que recusar e o que conservar” (p.628).

A produção de saúde é feita por meio das relações sociais, por meio do encontro, e a capacidade de construir um novo modo de fazer política de saúde, está nas mãos de todos que fazem o serviço de saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores.

Assim, vimos na análise dessa categoria várias propostas para superação dos desafios citados trazidos durante a oficina realizada.

1.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas discursivas produzidas pelos participantes apontam para a polissemia do conceito de humanização na saúde.

Assim, por um lado, trazem sentidos que estão alinhados à PNH, tais como vistos nas diretrizes: Acolhimento, Valorização do Trabalho e do Trabalhador, Gestão Participativa e Cogestão e Fomento de Grupos, Coletivos e Redes. Dentro disso, há percepção crítica acerca das condutas automatizadas que prejudicam o processo de trabalho em saúde e a relação com os usuários e consigo mesmos, enquanto sujeitos coprodutores do processo.

Porém, por outro lado, apresentam um emaranhado de concepções advindas de outros sentidos, relacionados com valores humanos e humanitários. Nestas, humanização da saúde é relacionada com o amor, o abraço, a paciência, o respeito e a empatia.

Em relação aos processos de trabalho realizados pelos trabalhadores do Centro Especializado de Reabilitação, percebemos que desenvolvem práticas alinhadas à diretriz Clínica Ampliada e ao dispositivo Projeto Terapêutico Singular. Contudo, outras práticas divergiram do proposto pela Política Nacional de Humanização, tais como o modo de gestão verticalizado e autoritário, que produz, dentre outras coisas, a desumanização da saúde, com desvalorização do trabalhador e a hipervalorização da quantidade em detrimento da qualidade do cuidado.

Verificou-se que os processos formativos ocorreram, por um lado, em instituições de ensino e, também, em outros espaços, tais como o de trabalho (uma palestra ofertada pelo serviço de saúde) e de convivência no trabalho (por meio do compartilhamento de aprendizados e experiências). Destacamos uma grande fragilidade na formação em torno do tema, seja nos cursos de graduação ou de pós-graduação, seja na proporcionada pela instituição de saúde.

Consideramos, assim, a formação relatada pelos participantes como insuficiente para o embasamento de práticas alinhadas à humanização da saúde, tal como proposto pela PNH e, conseqüentemente, pelo SUS.

Portanto, se releva a importância de sua melhoria com a inserção e fortalecimento da temática nos espaços de ensino e de trabalho em saúde. Ressaltamos a necessidade de atividades de Educação Permanente em Saúde, visando aprofundar a discussão sobre o tema humanização da saúde, para que

sejam exploradas a polissemia do conceito, as práticas derivadas e as desejadas, fortalecendo os processos de trabalho alinhados à PNH.

Destacamos que, a formação crítica do trabalhador da saúde transforma práticas, na medida em que ela se aproxima e questiona a realidade do trabalho realizado de maneira crítica. Desenvolvem-se, assim, atitudes que disparam a necessidade de mudanças no sentido de enfrentar e superar os desafios analisados. Dessa maneira, coerentes com a PNH, sugerimos o desenvolvimento de processos formativos em humanização da saúde que produzam intervenções, mudanças concretas nos serviços de saúde, que o tornem melhor para todos.

Essa pesquisa atendeu aos objetivos propostos e acreditamos na necessidade de se investir em atividades de EPS para que se proporcione a construção do aprendizado nos espaços coletivos do trabalho, para reflexão e avaliação das práticas produzidas, melhorando-as e qualificando-as.

Por fim, assinalamos que a escassez de produções científicas sobre a formação em humanização na saúde, em especial relacionada à área da reabilitação, foi um fator limitante para a discussão acerca da temática. Diante disso sugerimos o desenvolvimento de mais pesquisas na área com o objetivo de se ampliar a discussão e a formação na área.

1.8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências Bibliográficas**: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2018.

ALMEIDA, M. S. B. Educação Não Formal, Informal e Formal do Conhecimento Científico nos Diferentes Espaços de Ensino e Aprendizagem. *In*: Secretaria de Educação do Governo do Estado do Paraná. **Os Desafios da Escola Pública Paranaense da Perspectiva do Professor PDE. Produções Didático-Pedagógicas**, v.2, p.1-18, 2014. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uel_bio_pdp_maria_salete_bortholazzi_almeida.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2020.

BAKHTIN, M. M. The problem of speech genres. *In*: EMERSON, C. e HOLQUIST, M. (Eds.). **Speech Genres and other late essays**, Austin-Texas: University of Texas Press Slavic, 1986. p. 60-102.

BARROS, M. E. B; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC – [MS/UERJ] - ABRASCO, 2010, p.76 – 85.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu-SP, v.9, n.17, p. 389-394, mar./ago. 2005.

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo-SP, v.22, n.1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 set 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília-DF, n. 98, p. 44 – 46, 24 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília- DF, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 19 out 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em 13 set 2019.

BRASIL. Decreto nº 186, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%206.949%2C%20DE%2025,30%20de%20mar%C3%A7o%20de%202007. Acesso em 07 jul 2020.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 20 fev 2020.

BRASIL. Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 19 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 15 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **O que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e resposta)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: gestão participativa: cogestão**. 2. ed. rev. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 1.357, de 2 de Dezembro de 2013. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1357_02_12_2013.html. Acesso em 10 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 10 Mar 2020.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 19 set 2019.

BRASIL. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em 10 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2004.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CASATE, J.C; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo-SP, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F.L. Educação Continuada ou Permanente em Saúde? Análise da Produção Pan-Americana da Saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.

CONCEIÇÃO, T.S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, Brasília-DF, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DI PIACE, F. Sesau promove seminário sobre humanização da saúde em Alagoas. **Saúde.al.gov.**, 2019. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/2019/10/30/sesau-promove-seminario-e-mostra-sobre-humanizacao-da-saude-em-alagoas/>. Acesso em 09 jul 2020.

FERREIRA, L.R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 23, n. 5, p.1437-1450, 2016.

GONH, M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas na escola. **Rev. Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro-RJ, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOULART, B.N.G DE; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.15, n. 1, p. 255-268, 2010.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo-SP, v.42, n. 3, p. 555-6, 2008.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, SP, jul-ago, p. 1-7, 2010.

MARTINS, L.C.; MARTINS, P.P.S.; EICH, M. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. *In: Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e Seminário "O Trabalho em Debate"*. Franca-SP, 2012. **Anais [...]**. Franca, SP: UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, p. 50-68, 2012.

MAYNART, W.H.C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Rev Acta Paul Enferm**, São Paulo-SP, v. 27, n. 4, p.300-304, 2014.

MÉLLO, P.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; PAOLO, A. F. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte-MG, v. 19, p. 26-32, 2007.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os Coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ação. **Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu-SP, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

MORSHEL, A.; BARROS, M.E.B DE. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo-SP, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

MOURA, M.S.S.; GIANNELLA, V. A arte de escutar: nuances de um campo de praticas e de conhecimento. **Rev. Terceiro Incluído**, Goiânia-GO, v. 6, p. 10-23, 2016.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In*: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, Formação e intervenção. **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília – DF, v.1, série B, p. 13-28, 2010.

NORONHA, J.C.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, p. 435 – 472, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional Prática Colaborativa**. 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso em 10 nov 19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World Report on Disability (Relatório mundial sobre a deficiência)**. The World Bank, 2011.

PASSOS, E.; BEVENIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Saúde & Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n.3, p. 561-571, 2005.

PASSOS, E.; PASCHE, D.F.; HENNINGTON, A.Z. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEDROSO, R.T.; VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v.13, n. 1, p. 695-700, 2009.

REDE HUMANIZASUS. **Rede HumanizaSUS**, 2020. Experiências da rede serviços do SUS que dá certo. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/>. Acesso em 09 jul 2020.

RIBEIRO, A.P. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, EUA, v. 28, n.1, 2010.

RIBEIRO, A.P.; BARTER, E.A.C.P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 6, p. 2729-2740. 2010.

RIOS, I.C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo-SP, v. 33, n. 2, p. 253 – 26, 2009.

ROZA, M.M.R. et al. **A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde**. **Interface**, Botucatu-SP, v. 18, n.1, p. 1041-52. Set, 2014.

SALES-PERES, S.H.C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Revista Arq Ciênc Saúde**, Bauru-SP, v. 15, n. 2, abr/jun, p. 93-95 2008.

SALSA, D. Nova gerente do HEA diz que política de humanização é prioridade. **Saúde.al.gov.**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/2020/02/18/nova-gerente-do-hea-diz-que-politica-de-humanizacao-e-prioridade/>. Acesso em 09 jul 2020.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu-SP, v. 13, n.1, p.603-13, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Política Estadual de Humanização – PEH**. São Paulo-SP: Governo do Estado de São Paulo, 2012. 51p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf. Acesso em 09 jul 2020.

SILVA, F.D. DA; FERREIRA, M. A.; CHERNICHARO, I.M. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Revista Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro-RJ, v.18, n.1, p. 156-162, 2014.

SILVA, R.H.A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, Curitiba-PR, n. 39, jan./abr, p. 159-175, 2011.

SIRINO, C.B.; RIOS, I.C. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo-SP, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

SPINK, M.J.P. et al. **Práticas Discursivas e Produções de Sentidos no cotidiano**. Edição virtual, Rio de Janeiro-RJ, 2013.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte-MG, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

TAVANTI, R.M. et al. Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. **A Produção De Informação Na Pesquisa Social : compartilhando ferramentas**. Edição virtual, Rio de Janeiro-RJ, p. 73-96, 2014.

TÉRAN, A.F.; CASCAIS, M.G.A. Educação formal, informal e não formal na educação em ciências. **Revista Ciência em Tela**, Rio de Janeiro-RJ, v.7, n. 2, p. 1-10, 2014.

UBS Cristo Rei tem semana de sensibilização sobre humanização em saúde. **Pmt.pi.gov.**, 2019. Disponível em: <https://pmt.pi.gov.br/2019/07/01/ubs-cristo-rei-tem-semana-de-sensibilizacao-sobre-humanizacao-em-saude/>. Acesso em 09 jul 2020.

VIEIRA, M.C.C. et al. A política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas expressões na maternidade do Hospital Regional de Pombal-PB. **Revista Intesa**, Pombal – PB, v.8, n. 2, p. 31-53, 2014.

ZANELLA, A.V.; PEREIRA, R.S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Rev Estudos de Psicologia**, Campinas-SP, v. 6, n.1, p. 105-114, 2001.

ZUCCHETTI, D. T.; MOURA, E.P.G. Educação além da escola: acolhida a outros saberes. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, maio/ago, p. 629-648, 2010.

ZUCCHETTI, D. T.; MOURA, E.P.G. A dimensão educativa da educação não escolar: tem sentido esse debate?. **Educação Revista Quadrimestral**, Porto Alegre-RS, v. 42, n. 1, jan – abr, p. 150-158, 2019.

2 PRODUTOS EDUCACIONAIS - “SÉRIE DE VÍDEOS SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO EM REABILITAÇÃO”

2.1 Introdução

Os produtos educacionais estão presentes no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, conforme orientação e exigência da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (BRASIL, 2016a). Eles têm por objetivo melhorar o ensino na área específica de que se trata a pesquisa, sendo construídos para determinados públicos e envolvendo processos de formação, seja nos ambientes escolares ou não.

Na perspectiva do Mestrado Profissional, o objetivo é que o produto educacional “se constitua em material que possa ser utilizado por outros profissionais” (MOREIRA, 2004, p. 134).

Segundo Osterman e Rezende (2009) os produtos educacionais são uma proposta de ação e/ou intervenção, voltados para um tema ou a solução de problema. Dessa maneira, compreende-se que os produtos educacionais contribuem para a melhoria da prática dos profissionais da saúde, promovendo a articulação entre teoria e prática.

Com base nas reflexões advindas a partir da pesquisa intitulada “Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação”, apresentaremos o produto educacional que diz respeito a mídias educativas (vídeos) diretamente relacionados ao tema, intitulado: Série de Vídeos sobre “A humanização da saúde na atenção em reabilitação”.

2.2 Justificativa

O uso da tecnologia vem crescendo em nossa sociedade, auxiliando inclusive na formação educacional. Segundo Jardim e Cecílio (2013) “os avanços tecnológicos que permeiam a educação vêm transformar as formas de trabalho pedagógico, ampliando o surgimento de novas competências e metodologias de ensino” (p.5140).

Entende-se que a informação é um bem social, coletivo, e que o recurso tecnológico faz com que ela chegue mais rápido e se aproxime mais das pessoas e, por isso, se acredita no grande potencial da mídia educativa.

A produção da série de vídeos sobre a “A humanização da saúde na atenção em reabilitação”, uma vez que, disparado em redes sociais, aplicativos de mensagens, plataformas de vídeos etc., contribuirá para a reflexão e poderá gerar transformações nos modos de trabalhar.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo Geral

- Disseminar conhecimentos sobre a humanização nos serviços de reabilitação em saúde, conforme orientações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Construir uma série de vídeos educativos sobre temas diretamente relacionados à humanização na reabilitação em saúde: 1. Sistema Público de Saúde e reabilitação; 2. Política Nacional de Humanização e reabilitação - Diretriz Clínica Ampliada e Compartilhada da PNH; 3. Dispositivo Projeto Terapêutico Singular da PNH; e, 4. Projeto Terapêutico Singular e suas configurações na assistência em reabilitação;

- Contribuir para a qualificação do trabalho e para os processos formativos na área da saúde.

2.4 Público-alvo

Usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, tutores, preceptores e professores da área da saúde.

2.5 Procedimentos metodológicos adotados para a criação das mídias educativas

A produção dos vídeos foi feita utilizando recursos disponíveis no *site* PowToon®: uma plataforma que permite a criação desse tipo de material.

Foi feito previamente um roteiro, detalhando o que seria inserido em cada vídeo, contendo o que seria dito e quais os recursos e efeitos seriam utilizados (personagens, objetos, cores etc.)⁹.

Cada vídeo teve o tempo máximo de duração de 03 minutos, limite imposto pelo *site* para manter a gratuidade do uso.

Dessa maneira, foram produzidas as mídias educacionais, conforme quadro abaixo e respectivos URL:

Quadro 1: Vídeos educacionais e respectivos URL sobre Humanização na Saúde, MPES, 2020.

Título	Endereço de acesso ou URL (Uniform Resource Locator) = Localizador Uniforme de Recursos
Sistema Público de Saúde e Reabilitação	https://www.youtube.com/watch?v=QMBu8l6e20s&rel=0
Política Nacional de Humanização e a reabilitação	https://www.youtube.com/watch?v=KwalqJMwV3c&rel=0
Dispositivo Projeto Terapêutico Singular da PNH	https://www.youtube.com/watch?v=W1OxPsmYe9w&rel=0

⁹ Este roteiro é outro produto educacional, e que será apresentado oportunamente, pós-defesa do TACC.

Projeto Terapêutico Singular e suas configurações assistencial em reabilitação	https://www.youtube.com/watch?v=R0d2-2LXkgU&rel=0
--	---

Fonte: Autora, 2020.

2.6 Resultados ou Impactos

Acredita-se que esses produtos educacionais trarão resultados importantes para a reflexão e melhoria das práticas dos trabalhadores e gestores da saúde no serviço de saúde. Também contribuirão para qualificar os processos formativos acerca da temática, em diversos âmbitos de ensino na saúde.

Dessa forma, entendemos que os vídeos educacionais impactarão de forma positiva, podendo possibilitar o envolvimento e a inclusão de todas as pessoas no desenvolvimento de novas práticas, aperfeiçoando as ações e os serviços já existentes, fazendo com que haja a maior satisfação por parte de todos, na atenção à saúde em reabilitação.

2.7 Critérios CAPES de avaliação

Nesta subseção serão apresentadas as informações relativas à avaliação dos produtos educacionais, conforme documentos da CAPES (BRASIL, 2016b, 2019).

2.7.1 Classificação de Produção Técnica – 2016

Em relação aos critérios estabelecidos pela CAPES (BRASIL, 2016b), esclarecemos que:

- 1) Validação: Será feita pela banca de defesa do mestrado;
- 2) Registro: será feito, no prazo de até 01 ano após a defesa, o pedido de registro, que ocorrerá em algum sistema de informações a definir;
- 3) Acesso: Podem ser acessados na plataforma digital YouTube, e os links serão disponibilizados na página de produtos do MPES, no Repositório

Institucional da UFAL (RIUFAL) e nas Plataformas EduCAPES. Todos permitem acessos públicos e gratuitos;

4) Uso: já está sendo utilizado, conforme registro na página do YouTube, pelos profissionais do CER onde foi desenvolvida a pesquisa de mestrado, assim como estudantes, egressos e profissionais do MPES-UFAL. Poderá ser utilizado como material explicativo sobre o assunto em salas de aula, aulas teórico-práticas realizadas em campos, em estágios supervisionados em saúde coletiva, entre outros.

2.7.2 (Nova) Proposta de Classificação e Avaliação de Produtos – 2019

Esta subseção traz fragmentos reproduzidos sem alteração no conteúdo, exceto a inclusão das informações pertinentes de complementação relativas aos produtos educacionais. Tais trechos originais estão disponíveis no documento elaborado pelo Grupo de Trabalho Produção Técnica da CAPES (BRASIL, 2019, p. 41-43), o qual acreditamos estar ainda em fase de implantação.

Assim, foi produzido o quadro abaixo, reproduzindo a parte que consideramos relativa aos produtos educacionais – vídeos – apresentados.

Quadro 2: Critérios Avaliativos da Série de vídeos sobre a Humanização da Saúde na Atenção em Reabilitação, MPES/UFAL, 2020.

DEFINIÇÃO: Produto de editoração resulta de atividade editorial de processos de edição e publicação de obras de ficção e não-ficção. Compreende planejar e executar, intelectual e graficamente, livros, enciclopédias, preparando textos, ilustrações, diagramação etc. com vinculação ao Programa (projetos, linhas, discentes/egressos).

Exemplos: mídia impressa (jornal, revista, livro, panfleto, cartaz, etc.), eletrônica (e-books, mídias interativas) ou digital (internet, celular).

CAMPOS DESCRITIVOS OBRIGATÓRIOS*:

DESCRIÇÃO DE SUA FINALIDADE: (até 50 palavras) Disseminar conhecimentos sobre a humanização nos serviços de reabilitação em saúde, conforme orientações da Política Nacional de Humanização e dessa forma **contribuir para reflexão e discussão de profissionais e gestores da saúde nos serviços, além de facilitar o aprendizado sobre o tema na formação em saúde.**

AVANÇOS TECNOLÓGICOS/GRAU DE NOVIDADE: (até 50 palavras) Alto grau de novidade. Não encontramos vídeos que tratam da interrelação entre humanização e reabilitação em saúde, de maneira aprofundada, seja no YouTube®, seja fazendo busca nas ferramentas Google® e Bing®.

() Produção com alto teor inovativo: Desenvolvimento com base em conhecimento inédito;

(X) Produção com médio teor inovativo: Combinação de conhecimentos pré-estabelecidos;

() Produção com baixo teor inovativo: Adaptação de conhecimento existente;

() Produção sem inovação aparente: Produção técnica.

Definir se a produção é resultado do trabalho realizado pelo programa de pós-graduação ou se é resultado do trabalho individual do docente, o qual seria realizado independentemente do mesmo se docente de um programa ou não.

Trabalho realizado pela mestranda e orientador, vinculados ao Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde, Território e Cultura, cadastrado pelo CNPq e certificado pela instituição de ensino. Tem relação com a disciplina Humanização e Formação em Pesquisa, ofertada pelo programa de pós-graduação vinculado à pesquisa desenvolvida pela mestranda. **Produtos educacionais construídos a partir da pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal de Alagoas.**

DOCENTES AUTORES:

Nome: Sérgio Seiji Aragaki CPF: 051.480.428-93 (X) **Permanente**

DISCENTES AUTORES:

Nome: Juliana Araújo Menezes CPF: 071.665.044-47 (X) **Mest Profissional**

DEMAIS AUTORES:

Nome: _____ CPF: _____ Organização: _____

CONEXÃO COM A PESQUISA

Projeto de Pesquisa vinculado à produção: **Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um centro especializado em reabilitação.**

Linha de Pesquisa vinculada à produção: Integração Ensino, Serviço e Comunidade

CONEXÃO COM A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Relacione os artigos publicados apenas em periódicos que estão correlacionados a esta produção:

Por favor, vide campo de Referências ao final da seção que trata dos produtos educacionais.

APLICABILIDADE DA PRODUÇÃO TÉCNICA/TECNOLÓGICA: faz referência à facilidade com que se pode empregar a produção técnica/tecnológica a fim de atingir seus objetivos específicos para os quais foi desenvolvida. Entende-se que uma produção que possua uma alta aplicabilidade, apresentará uma abrangência elevada, ou que poderá ser potencialmente elevada, incluindo possibilidades de replicabilidade como produção técnica. Para avaliar tal critério, as características a seguir deverão ser descritas e justificadas:

Descrição da Abrangência realizada: (até 50 palavras) Consideramos que os vídeos têm uma **boa abrangência**, uma vez que trazem um panorama geral, bem respaldados e transmitindo bem os conceitos e práticas relacionados ao tema a que se propõem.

Descrição da Abrangência potencial: (até 50 palavras) Consideramos que há um **alto potencial de abrangência dos produtos**, uma vez que podem ser compartilhados em diferentes aplicativos e mídias, além de poderem ser utilizados em processos formativos em graduações, pós-graduações e serviços de saúde.

Descrição da Replicabilidade: (até 50 palavras) Consideramos que há boas condições de **replicabilidade** nos diversos contextos da formação e dos serviços de saúde.

COMPLEXIDADE DA PRODUÇÃO TÉCNICA/TECNOLÓGICA:

Complexidade pode ser entendida como uma propriedade onde há interação de múltiplos atores (governamental, laboratórios, empresas, etc.), relações e multiplicidade de conhecimentos necessários à elaboração e ao desenvolvimento de produtos técnico-tecnológicos:

- Produção com alta complexidade**
- Produção com média complexidade**
- Produção com baixa complexidade**

A produção necessita estar no repositório? Sim

Documentos Anexados (em PDF):

() Declaração emitida pela organização demandante/cliente

(X) Declaração emitida pela IES (será solicitada quando do depósito no repositório da instituição de ensino)

() Outros documentos emitidos por órgãos públicos ou privados (registro INPI, Fundações Estaduais de Apoio, laboratórios de testes, Inmetro....)

Fonte: BRASIL. CAPES. 2019.

2.8 Considerações finais sobre os produtos

Entendemos que esses produtos educacionais desenvolvidos no Mestrado Profissional de Ensino na Saúde tem o compromisso com a prática pedagógica, assim contribuem com o processo formativo sobre humanização e reabilitação em saúde, relacionando teoria e prática dentro dos serviços.

Essas mídias educacionais ajudam a superar uma lacuna existente na interrelação entre humanização e reabilitação em saúde. Elas são um recurso cada vez mais utilizado na educação, haja vista a capacidade de promover a informação e formação de maneira fácil, rápida, consistente e potente. Contudo, não substituem outros espaços de formação, mas ajudam a despertar o interesse na busca e leitura de outros materiais para ampliação e aprofundamento dos temas.

Dessa forma, essa série de vídeos surge enquanto resultado da pesquisa do mestrado profissional e das experiências do cotidiano profissional com o intuito de promover reflexões e discussões entre os profissionais e gestores de saúde, entendendo que a formação e a intervenção não se separam e, portanto, esses vídeos trazem questões presentes no cotidiano desses sujeitos.

Com isso, espera-se que os produtos educacionais colaborem para novos processos de reflexão, problematização e aprendizagens na formação e atuação dos profissionais e gestores de saúde, produzindo melhorias em suas práticas.

2.9 REFERÊNCIAS DOS PRODUTOS

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento de Área Ensino**. Sem editora, Brasília: DF. 2016a. Disponível em: http://capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/DOCUMENTO_DE_AREA_ENSINO_2016_final.pdf. Acesso em 07 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Considerações sobre classificação de Produção Técnica**. Sem editora, Brasília, 2016b. Disponível em: https://capes.gov.br/images/documentos/Classifica%C3%A7%C3%A3o_da_Produ%C3%A7%C3%A3o_T%C3%A9cnica_2017/46_ENSI_class_prod_tecn_jan2017.pdf. Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Produção Técnica – Trabalho de Grupo**. Sem editora, Brasília: DF, 2019. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Produ%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em 08 maio 2020.

JARDIM, L.A.; CECÍLIO, W.A.G. Tecnologias Educacionais: Aspectos Positivos e Negativos em Sala De Aula. *In*: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 11., Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE, 2., Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente – SIPD/CÁTEDRA UNESCO, 4., 2013, Curitiba, PR. **Anais [...]**. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, p. 5139-5152, 2013.

MOREIRA, M.A. O mestrado (profissional) em ensino. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília-DF, v.1, ano1, n.1, p. 131-142, jul. 2004.

OSTERMANN, F.; REZENDE, F. Projetos de desenvolvimento e de pesquisa na área de ensino de ciências e matemática: uma reflexão sobre os mestrados profissionais. **Cad. Bras. Ens. Fís.**, v.26, n.1, p. 66-80, abr. 2009.

3. COMENTÁRIOS FINAIS DO TACC

O mestrado em ensino na saúde foi um grande passo na minha formação profissional e pessoal, uma vez que oportunizou a construção de conhecimentos,

novas descobertas, aprendizados, causando uma transformação no modo de ver o mundo, as pessoas, as atitudes, sendo assim as minhas práticas profissionais não serão mais as mesmas, foram aperfeiçoadas.

Considero que foi um processo cheio de desafios, superações, resiliência, em alguns momentos difíceis, mas sempre acreditei na capacidade de concluir todas as atividades que eram propostas e fui vivendo um momento de cada vez, aos poucos foi dando tudo certo e a cheguei a tão sonhada conclusão desse curso.

Pesquisar e estudar sobre humanização da saúde foi um desafio enriquecedor, cheio de reflexões, com momentos de angústias, uma vez que se trata de política bastante desafiadora em sua concretização no cotidiano diante de contextos permeados por espaços hierarquizados e com pouco diálogo e escuta.

Porém, percebo que o movimento de mudança proposto pela PNH é muito gratificante quando se colocado em atitudes, e que não é impossível de ser colocado em prática, basta os sujeitos envolvidos no processo do cuidado na atenção e na gestão compreenderem os sentidos da humanização da saúde e tomarem para si novas atitudes.

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa ficou claro que a prática não caminha isolada da formação, uma vez que a formação é um processo contínuo que ocorre em todos os espaços. Sendo assim, os processos formativos em torno da humanização na saúde estão presentes nas relações sociais e nos espaços de trabalho.

Por esse motivo, acredito que o trabalho aqui apresentado despertará reflexões e discussões em cada leitor, sobre a prática profissional e sua formação no SUS. Que os objetivos da pesquisa foram atingidos, contudo não podem cessar por aqui, é imprescindível explorar mais ainda essa temática.

Nesse sentido, entendo que o produto educacional desenvolvido (Série de vídeos) a partir das reflexões dessa pesquisa é bastante relevante por se tratar de uma ferramenta de fácil acesso, que pode ser compartilhada e ser um fio condutor de análises críticas pelos sujeitos em cada serviço de saúde, contribuindo para o processo formativo na área.

Todavia, reconheço que outras pesquisas em humanização na saúde precisam ser desenvolvidas, pois trarão contribuições importantes para o ensino e fortalecerão a importância da continuidade de práticas humanizadas à luz da PNH nos serviços de saúde.

4. REFERÊNCIAS GERAIS DO TRABALHO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências Bibliográficas**: NBR 6023. Rio de Janeiro, 2018.

ALMEIDA, M. S. B. Educação Não Formal, Informal e Formal do Conhecimento Científico nos Diferentes Espaços de Ensino e Aprendizagem. *In*: Secretaria de Educação do Governo do Estado do Paraná. **Os Desafios da Escola Pública Paranaense da Perspectiva do Professor PDE. Produções Didático-Pedagógicas**, v.2, p.1-18, 2014. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2014/2014_uel_bio_pdp_maria_salete_bortholazzi_almeida.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2020.

BAKHTIN, M. M. The problem of speech genres. *In*: EMERSON, C. e HOLQUIST, M. (Eds.). **Speech Genres and other late essays**, Austin-Texas: University of Texas Press Slavic, 1986. p. 60-102.

BARROS, M. E. B; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC – [MS/UERJ] - ABRASCO, 2010, p.76 – 85.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Botucatu-SP, v.9, n.17, p. 389-394, mar./ago. 2005.

BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo-SP, v.22, n.1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL, Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento de Área Ensino**. Sem editora,

Brasília: DF. 2016a. Disponível em:

http://capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/DOCUMENTO_DE_AREA_ENSINO_2016_final.pdf. Acesso em 07 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Considerações sobre classificação de Produção Técnica**. Sem editora, Brasília, 2016b. Disponível em:

https://capes.gov.br/images/documentos/Classifica%C3%A7%C3%A3o_da_Produ%C3%A7%C3%A3o_T%C3%A9cnica_2017/46_ENSI_class_prod_tecn_jan2017.pdf. Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Produção Técnica – Trabalho de Grupo**. Sem editora, Brasília: DF, 2019. Disponível em:

https://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Produ%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica.pdf. Acesso em 08 maio 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 set 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília-DF, n. 98, p. 44 – 46, 24 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília- DF, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 19 out 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2011c. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em 13 set 2019.

BRASIL. Decreto nº 186, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2009. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%206.949%2C%20DE%2025,30%20de%20mar%C3%A7o%20de%202007. Acesso em 07 jul 2020.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 20 fev 2020.

BRASIL. Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 19 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 15 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp., Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **O que é, como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e resposta)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: gestão participativa: cogestão**. 2. ed. rev. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 1.357, de 2 de Dezembro de 2013. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1357_02_12_2013.html. Acesso em 10 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2007.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 10 Mar 2020.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 19 set 2019.

BRASIL. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília-DF, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em 10 out 2019.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

CASATE, J.C; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo-SP, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CAVALCANTI, F.O.L.; GUIZARDI, F.L. Educação Continuada ou Permanente em Saúde? Análise da Produção Pan-Americana da Saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, v. 16 n. 1, p. 99-122, jan./abr. 2018.

CONCEIÇÃO, T.S. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **Revista SER Social**, Brasília-DF, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DI PIACE, F. Sesau promove seminário sobre humanização da saúde em Alagoas. **Saúde.al.gov.**, 2019. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/2019/10/30/sesau-promove-seminario-e-mostra-sobre-humanizacao-da-saude-em-alagoas/>. Acesso em 09 jul 2020.

FERREIRA, L.R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 23, n. 5, p.1437-1450, 2016.

GONH, M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas na escola. **Rev. Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro-RJ, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOULART, B.N.G DE; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.15, n. 1, p. 255-268, 2010.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo-SP, v.42, n. 3, p. 555-6, 2008.

JARDIM, L.A.; CECÍLIO, W.A.G. Tecnologias Educacionais: Aspectos Positivos e Negativos em Sala De Aula. *In: XI Congresso Nacional De Educação – EDUCERE, II Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE IV Seminário Internacional sobre Profissionalização Docente –*

SIPD/CÁTEDRA UNESCO. Curitiba, PR. 2013. **Anais [...]**. Curitiba, PR. Pontífica Universidade Católica do Paraná, p. 5139-5152, 2013.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, SP, jul-ago, p. 1-7, 2010.

MARTINS, L.C.; MARTINS, P.P.S.; EICH, M. O processo de mercantilização da saúde e a reestruturação produtiva do trabalho: verso e anverso do direito a saúde negado. *In: Seminário de Saúde do Trabalhador (em continuidade ao Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca) e Seminário "O Trabalho em Debate"*. Franca-SP, 2012. **Anais [...]**. Franca, SP: UNESP/ USP/STICF/CNTI/UFSC, p. 50-68, 2012.

MAYNART, W.H.C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Rev Acta Paul Enferm**, São Paulo-SP, v. 27, n. 4, p.300-304, 2014.

MÉLLO, P.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; PAOLO, A. F. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte-MG, v. 19, p. 26-32, 2007.

MOREIRA, M.A. O mestrado (profissional) em ensino. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília-DF, v. 1, ano1, n. 1, p. 131-142, jul. 2004.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os Coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ação. **Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu-SP, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

MORSHEL, A.; BARROS, M.E.B DE. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo-SP, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

MOURA, M.S.S.; GIANNELLA, V. A arte de escutar: nuances de um campo de praticas e de conhecimento. **Rev. Terceiro Incluído**, Goiânia-GO, v. 6, p. 10-23, 2016.

NEVES, C.A.B.; HECKERT, A.L.C. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. *In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, Formação e intervenção.* **Cadernos HumanizaSUS**, Brasília – DF, v.1, série B, p. 13-28, 2010.

NORONHA, J.C.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, p. 435 – 472, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Marco para Ação em Educação Interprofissional Prática Colaborativa**. 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/. Acesso em 10 nov 19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World Report on Disability (Relatório mundial sobre a deficiência)**. The World Bank, 2011.

OSTERMANN, F.; REZENDE, F. Projetos de desenvolvimento e de pesquisa na área de ensino de ciências e matemática: uma reflexão sobre os mestrados profissionais. *Cad. Bras. Ens. Fís.*, v. 26, n. 1: p. 66-80, abr. 2009.

PASSOS, E.; BEVENIDES, R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Saúde & Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 10, n.3, p. 561-571, 2005.

PASSOS, E.; PASCHE, D.F.; HENNINGTON, A.Z. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v.16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEDROSO, R.T.; VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Revista Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu-SP, v.13, n. 1, p. 695-700, 2009.

REDE HUMANIZASUS. **Rede HumanizaSUS**, 2020. Experiências da rede serviços do SUS que dá certo. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/>. Acesso em 09 jul 2020.

RIBEIRO, A.P. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, EUA, v. 28, n.1, 2010.

RIBEIRO, A.P.; BARTER, E.A.C.P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 6, p. 2729-2740. 2010.

RIOS, I.C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo-SP, v. 33, n. 2, p. 253 – 26, 2009.

ROZA, M.M.R. et al. **A experiência de um processo de formação articulando humanização e apoio institucional no trabalho em saúde**. *Interface*, Botucatu-SP, v. 18, n.1, p. 1041-52. Set, 2014.

SALES-PERES, S.H.C. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Revista Arq Ciênc Saúde**, Bauru-SP, v. 15, n. 2, abr/jun, p. 93-95 2008.

SALSA, D. Nova gerente do HEA diz que política de humanização é prioridade. **Saúde.al.gov.**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/2020/02/18/nova-gerente-do-hea-diz-que-politica-de-humanizacao-e-prioridade/>. Acesso em 09 jul 2020.

SANTOS FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu-SP, v. 13, n.1, p.603-13, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Política Estadual de Humanização – PEH**. São Paulo-SP: Governo do Estado de São Paulo, 2012. 51p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/politica_estadual_de_humanizacao_v5.pdf. Acesso em 09 jul 2020.

SILVA, F.D. DA; FERREIRA, M. A.; CHERNICHARO, I.M. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Revista Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro-RJ, v.18, n.1, p. 156-162, 2014.

SILVA, R.H.A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, Curitiba-PR, n. 39, jan./abr, p. 159-175, 2011.

SIRINO, C.B.; RIOS, I.C. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo-SP, v. 39, n. 3, p. 401-409, 2015.

SPINK, M.J.P. et al. **Práticas Discursivas e Produções de Sentidos no cotidiano**. Edição virtual, Rio de Janeiro-RJ, 2013.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte-MG, v. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

TAVANTI, R.M. et al. Como fazemos para trabalhar com a dialogia: a pesquisa com grupos. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. **A Produção De Informação Na Pesquisa Social** :

compartilhando ferramentas. Edição virtual, Rio de Janeiro-RJ, p. 73-96, 2014.

TÉRAN, A.F.; CASCAIS, M.G.A. Educação formal, informal e não formal na educação em ciências. **Revista Ciência em Tela**, Rio de Janeiro-RJ, v.7, n. 2, p. 1-10, 2014.

UBS Cristo Rei tem semana de sensibilização sobre humanização em saúde. **Pmt.pi.gov.**, 2019. Disponível em: <https://pmt.pi.gov.br/2019/07/01/ubs-cristo-rei-tem-semana-de-sensibilizacao-sobre-humanizacao-em-saude/>. Acesso em 09 jul 2020.

VIEIRA, M.C.C. et al. A política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), e suas expressões na maternidade do Hospital Regional de Pombal-PB. **Revista Intesa**, Pombal – PB, v.8, n. 2, p. 31-53, 2014.

ZANELLA, A.V.; PEREIRA, R.S. Constituir-se enquanto grupo: a ação de sujeitos na produção do coletivo. **Rev Estudos de Psicologia**, Campinas-SP, v. 6, n.1, p. 105-114, 2001.

ZUCCHETTI, D. T.; MOURA, E.P.G. Educação além da escola: acolhida a outros saberes. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, maio/ago, p. 629-648, 2010.

ZUCCHETTI, D. T.; MOURA, E.P.G. A dimensão educativa da educação não escolar: tem sentido esse debate?. **Educação Revista Quadrimestral**, Porto Alegre-RS, v. 42, n. 1, jan – abr, p. 150-158, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OFICINA DE PESQUISA

PROGRAMAÇÃO

8h – 8h15	Atividade 1 - Boas vindas aos participantes. Breve apresentação do projeto de pesquisa e os objetivos da oficina. Pactuações para o desenvolvimento da oficina. Breve síntese do TCLE.
8h15 - 8h30	Atividade 2 – Dinâmica de apresentação: nome, profissão, um sentimento ou expectativa quanto ao encontro. O que trazemos?
8h30 – 9h	Atividade 3 – O que executamos em nosso trabalho? - distribuição de tarjetas coloridas aos participantes para que <u>escrevam quais atividades executam individualmente e junto com outro profissional ou outros profissionais</u> ; Essas tarjetas serão fixadas numa cartolina e abriremos a discussão em grupo.
9h – 10h	Atividade 4 – O que compreendo como humanização da saúde? - distribuiremos tarjetas de papel coloridas por categoria profissional para que <u>associem ideias e palavras com a expressão humanização da saúde, classificadas em humanização, não humanização ou dúvida</u> . Seguido de um momento de discussão em grupo.
10h – 10h40	Atividade 5 – Roda de Conversa: solicitaremos que os participantes falem a respeito do <u>processo de formação em humanização da saúde, em qual ou quais momentos teve contato, o que foi e como foi abordado</u> .
10h40 – 11h30	Atividade 6 – Roda de Conversa: pediremos aos participantes para <u>relatarem as dificuldades e propostas para superação e aspectos favoráveis às práticas de humanização no CER</u> .
11h30 – 12h	Atividade 7 – Avaliação da Oficina: solicitaremos que os participantes façam uma <u>avaliação, comentários e sugestões sobre a pesquisa e a oficina</u> . Encerramento com a pergunta: O que levaremos?

APÊNDICE B – QUADRO DE ASSOCIAÇÃO COM AS PALAVRAS ATIVIDADE COLETIVA

ASSOCIAÇÕES ÀS PALAVRAS ATIVIDADE COLETIVA	PARTICIPANTES														
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
Atendimento em grupo	X					X					X				
Avaliação		X	X	X	X	X	X	X							X
Estudo de Casos		X	X	X	X	X			X					X	
PTS	X		X	X			X	X	X		X	X			
Encaminhamentos										X					
Altas										X					
Trocar ideias e informações sobre o paciente													X		
Favorecer processo de reinserção social									X						
Troca de recurso											X				
Evolução											X				
Acolhimento e orientações				X											
Auxiliar o colega quando se faz necessário												X			
Sala de espera							X								
Curativos							X	X							
Atendimentos de emergência							X	X							
Elaboração de programação de							X	X							

APÊNDICE C – QUADRO DE ASSOCIAÇÕES À PALAVRA HUMANIZAÇÃO

ASSOCIAÇÕES À PALAVRA HUMANIZAÇÃO	PARTICIPANTES														
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
Respeito	X				X	X	X	X			X	X			
Compreensão						X	X	X							
Amor pela profissão					X										
Igualdade					X										
Informação					X										
Verdadeiro					X										
Atenção													X		
Paciência													X		
Carinho													X		
Dedicação							X					X	X		
Acolhimento			X	X					X	X				X	
Emocional										X					
Abraço										X					
Integralidade														X	
Acesso a direitos															X
Satisfação das necessidades humanas															X
Empatia	X	X	X	X			X								
Teorias/Práticas				X											
Escuta ativa	X	X													
Valorização											X	X			
Individualidade											X				

Escuta terapêutica									X						
Olhar como todo (totalidade)		X													
Amor ao próximo								X							

APÊNDICE E - TRANSCRIÇÃO SEQUENCIAL

Quem fala	Sobre o que fala	Tema
P	Pergunta sobre o que fazem individualmente e coletivamente	Trabalho
P15	Afirma que coletivamente faz o PTS, direcionando junto com a equipe. De forma individual, (atividades inerentes à profissão).	Processo de Trabalho
P10	Explica que de forma individual faz (atividades inerentes a profissão). Coletivamente, faz discussão de casos com a equipe ou alguns profissionais e encaminhamentos para especialidades.	Processo de Trabalho
P2	Diz que no individual faz atendimento individual, com atividades direcionadas as dificuldades dos pacientes. No coletivo o PTS, onde avalia a necessidade do paciente ser acompanhando ou não.	Processo de Trabalho
P1	Conta que no individual faz atividades burocráticas de preenchimento de formulários e consultas individualizadas. E no coletivo, (atividades inerentes à profissão), além do PTS que considera um momento que mais a agrada e onde se soma as diversas habilidades,	Processo de Trabalho
P5	Fala que no individual é a evolução diária do paciente, novos comportamentos que são adotados pelo paciente, suas condutas. Já no coletivo faz o PTS junto com a equipe, que é a motivação de trabalhar na ADEFAL, devido a multidisciplinaridade. Explica que isso funciona em umas equipes já em outras não.	Processo de Trabalho
P	Pede para explicar porque em umas funcionam e outras não?	Processo de Trabalho
P5	Diz que isso depende muito das pessoas que fazem parte da equipe e que existe uma centralização em um profissional que não permite aos demais a participação. Isso dificulta a avaliação em grupo e a ideia do PTS.	Trabalho Interdisciplinar
P14	Conta que no coletivo faz a discussão da particularidade de cada paciente, que é feito no PTS. Afirma que em umas equipes funcionam e em outras não, porque trabalhar em equipe é complicado, já que cada um tem o seu pensamento. Diz que o trabalho em equipe é fundamental. No individual realiza (atividades inerentes à profissão).	Processo de Trabalho
P13	Diz que no individual realiza (atividades inerentes à profissão) evolução no prontuário e dá alta do atendimento. No coletivo refere que não faz mais parte das equipes de PTS, logo não participa de todas as discussões, contudo, quando vê a necessidade procura os profissionais para dialogar a respeito dos casos.	Processo de Trabalho
P15	Relata que é uma perda grande a saída dessa profissão das reuniões de equipe para PTS.	Trabalho interdisciplinar
P1	Diz que a decisão de retirar a esse profissional do momento da avaliação coletiva é falha estratégica que compromete o resultado final. E que já tentou solicitar o retorno, mas não teve êxito.	Trabalho interdisciplinar
P13	Afirma que sempre orienta os pacientes a marcarem atendimento, apesar de não está no momento do PTS, mas percebe que os	Trabalho

	pacientes consideram algo a parte da reabilitação e muitos não comparecem no atendimento, mesmo eles sendo encaminhados pela equipe.	fragmentado
P10	Fala que sente muita falta de estar nas reuniões da equipe, nas avaliações coletivas, porque cada profissional contribui com seu olhar e isso complementa a avaliação. Sente falta da troca, do olhar das outras profissões, sente um vazio em não está mais nas reuniões.	Trabalho interdisciplinar
P1	Diz que o momento da avaliação coletiva é a soma das capacidades individuais, onde se faz a triagem e a discute a evolução dos pacientes. E a diferença está no olhar que cada profissional tem diante da singularidade de cada paciente. E que a proposta multidisciplinar é fazer a troca de conhecimentos entre os saberes, isso torna o PTS um momento rico.	Trabalho Interdisciplinar
P13	Afirma que criou estratégias para o atendimento individual e que sempre mantém contato com os demais profissionais para conversar sobre os pacientes.	Trabalho interdisciplinar
P15	Conta que apenas com um profissional é humanamente impossível conhecer todos os pacientes. E que encaminha todos os pacientes para avaliação, mas que a marcação demora muito e eles acabam se desestimulando.	
P13	Diz que houve aumento na demanda, pois a atende agora todos os serviços e com isso fica difícil acompanhar e conhecer os pacientes, comprometendo a qualidade.	
P7	Diz que observa (atividades inerentes à profissão) são mais atividades coletivas, visto que está aberta a toda a instituição, que estão sempre ligados a alguma profissão. No individual fazem (atividades inerentes à profissão). Sente que a (atividades inerentes à profissão) é bem acolhida e muito solicitada. No coletivo (atividades inerentes à profissão).	Processo de Trabalho
P8	Conta que no coletivo faz atividades educativas junto com outras profissões.	Trabalho Interdisciplinar
P3	Fala que trabalha no atendimento individual ao paciente e alguns casos os familiares/cuidadores. Pactua muito em grupo (equipe) sobre os comportamentos apresentados pelos pacientes. No individual (atividades inerentes à profissão). No coletivo faz avaliação em grupo, estudo de caso e o PTS.	Processo de Trabalho
P4	Fala que após a inserção do CER o atendimento passou a ser multidisciplinar, o que fortaleceu o trabalho da equipe.	Trabalho interdisciplinar
P11	Diz que trabalha quase que 100% em grupo, realiza o PTS. Individual faz a avaliação, organização da sala, produção diária do atendimento e a construção de vínculos.	Processo de Trabalho
P9	Conta que faz a avaliação em grupo junto com a equipe, discussão de caso e PTS. De forma individual, a avaliação e atendimento individualizado.	Processo de Trabalho
P1	Fala da necessidade da criação de grupo para os familiares e cuidadores enquanto ferramenta para que entendam a finalidade do processo terapêutico.	Fomento de grupos
P15	Conta que os grupos para familiares e cuidadores já foi pensando e planejado, contudo ainda não se conseguiu desenvolver devido a reforma que a instituição está fazendo. E concorda com essa necessidade.	Fomento de grupos
P1	Diz que seriam grupos multiprofissionais, onde cada profissional participaria colocando o seu papel na reabilitação. Seria um trabalho mais coletivo do que individual.	Trabalho interdisciplinar

P2	Afirma que esse grupo seria ver o resultado na sua totalidade.	
P1	Conta que o trabalho em grupo com familiares/cuidadores deixaria o trabalho da equipe mais pleno.	Protagonismo do sujeito usuário.
P6	Diz que é importante fazer essa atividade com os cuidadores, para que as informações sejam dadas, e isso ajudaria muito no atendimento individual dos profissionais.	Protagonismo do usuário/familiar.
P7	Fala que o paciente e o cuidador muitas vezes não segue as orientações.	Relação equipe x usuário
P6	Diz que o paciente desfaz toda a intervenção.	Relação equipe x usuário
P12	Fala que no individual desenvolve a avaliação e a reabilitação junto ao paciente e em conjunto faz o PTS.	Processo de Trabalho
P	Pergunta como compreende como humanização da saúde? O que é humanização da saúde?	Concepção
P14	Diz que é o acolhimento do usuário, do indivíduo, na integralidade no sentido dos princípios do SUS.	Acolhimento
P3	Fala que é o acolhimento das necessidades reais, das fragilidades individuais.	Acolhimento
P12	Conta que é o respeito, a valorização e da dedicação.	Concepção
P10	Afirma que é o abraço, uma forma de acolher.	
P1	Diz que o abraço é a manifestação física do acolhimento.	
P15	Fala que é a satisfação das necessidades humanas.	Concepção
P14	Fala que é integrar a questão dos princípios do SUS.	
P15	Diz que colocou a satisfação das necessidades humanas, mas acredita que o SUS não seja capaz de responder a tudo.	Concepção
P1	Afirma que a satisfação está ligada ao que vem de dentro, de acordo com a pirâmide de Maslow.	
P3	Conta que acredita que seja a questão da empatia.	Concepção
P2	Diz que é empatia e escuta.	Escuta
P4	Afirma que é acolhimento e empatia.	Concepção

P1	Conta que é respeito às individualidades.	Concepção
P11	Fala que é o ambiente de trabalho, a saúde, para que haja humanização é preciso ter respeito e valorização. Com isso tem-se consideração e respeita a individualidade de cada um.	Ambiência
P	Pergunta se fala de respeito de valorização na relação paciente x profissional ou profissional x profissional?	
P11	Afirma que dos dois.	
P1	Conta que dos dois lados, pois não tem como ter um comportamento humanizado se você não é tratado de forma humanizada.	Concepção
P11	Diz que no cotidiano trabalha com os dois públicos.	
P1	Fala que é público, assim como os pacientes.	
P3	Diz que são clientes internos uns dos outros.	
P3	Conta que humanização é empatia com o paciente, conversa com o mesmo sobre as possibilidades.	Valores humanitários
P7	Fala que é necessário mostrar ao paciente que todos tem limitações, que os profissionais também sofrem de doenças. A humanização tira essa visão que o profissional não adocece. Entende que ser humano é se colocar no lugar do outro.	Concepção
P4	Diz que é a empatia em relação ao colega de trabalho. Ajudar o colega a resolver alguma situação.	Concepção e trabalho em equipe
P1	Fala que empatia é se colocar o lugar do outro, seja do paciente ou do colega de trabalho. Muitas vezes observa que o hierárquico quer que desenvolva um trabalho humanizado, mas ele não o faz. Empatia é um dos primeiros critérios para trabalhar humanização. O conceito de humanização é verticalizado.	Valores humanitários
P12	Diz que são valorização e dedicação, em relação ao paciente. Valorizar os sentimentos do paciente.	Valores humanitários
P5	Conta que é amor pela profissão, é fazer porque gosta e não pelo financeiro.	Concepção
P	Pergunta se acha que podemos classificar AMOR a profissão como humanização?	Amorisidade
P5	Afirma que se não tiver amor a profissão não pode gerar humanização, amor ao paciente, dedicação, respeito e empatia.	Valores humanitários
P7	Fala que em muitas situações o objetivo não o de desempenhar sua profissão e sim ganhar dinheiro.	
P1	Diz que é a escuta ativa, parar e ouvir o outro e não agir de forma automática. A humanização começa com a escuta ativa.	Escuta
P9	Afirma que muitas vezes estamos produzindo ações automáticas e não damos a possibilidade de ouvir o outro.	Automatismo

P10	Fala que humanização são as emoções que sentimos no cotidiano com os pacientes.	Valores humanos
P3	Conta que é a quebra do ruído, do como se comunicam.	Comunicação
P6	Diz que é a compreensão, de como se compreende o outro e o respeita e também o respeito do paciente com o profissional.	Concepção
P7	Conta que é respeito, empatia e compreensão.	Valores humanitários
P8	Fala que acredita que seja empatia e compreensão.	Valores humanitários
P11	Afirma que é respeito, valorização do outro e individualidade.	Valores humanitários
P13	Diz que é atenção e escuta ao paciente para depois tomar uma atitude. Também a paciência com o colega e com o paciente/cuidador. Ser dedicado, desenvolver as atividades com carinho.	Escuta
P4	Diz que é teorias e práticas, em relação as hierarquias cobra-se muito uma humanização que na prática não existe. Na teoria é muito bela, mas não se desenvolve na prática.	Concepção
P15	Conta que essa questão da teoria e prática se encaixa na satisfação das necessidades humanas, o direito surge para satisfazer as necessidades humanas, mas na política de humanização existem lacunas que se chegar a essa satisfação.	Concepção
P	Pergunta sobre o que não é humanização?	Concepção
P3	Diz que é a falta de capacitação no trabalho. A humanização não é apenas direcionada ao paciente, é necessário à instituição favorecer um processo de humanização aos profissionais, quando se cobra produtividade, a quantidade acima da qualidade, se esquece que tem profissionais, não é apenas o serviço.	Educação Permanente em Saúde
P15	Fala que não tem como fazer humanização se não se é tratado com humanização, quando a produtividade se sobrepõe a necessidade da equipe e dos usuários.	Mercantilização da Saúde
P5	Conta que é a alta demanda profissional deixando os pacientes insatisfeitos, pois não se pode dar atenção a todos. E sobre a capacitação profissional observa que sempre são os mesmos profissionais que se capacitam, não é oportunizado a outros. Não observa a humanização sendo praticada na instituição, são cobrados quanto à humanização com os pacientes, mas não tratados com humanização. A gestão não tem ideia de humanização.	
P2	Diz que humanização não é quantidade.	Mercantilização da Saúde

P10	Fala que não é humanização ver o paciente como número.	Mercantilização da Saúde
P7	Diz que o alto quantitativo de pacientes é falta de humanização com os pacientes e com os profissionais. E que devido a pressão dessa demanda pode-se tratar mal algum paciente, pelo fato de estar sobrecarregado.	Mercantilização da Saúde
P15	Fala que humanização não é linha de produção e que não tem como oferecer um trabalho humanizado, se não se tem um local de trabalho adequado.	Ambiência
P1	Conta que a relação na humanização deve ser horizontalizada. Fala que não é humanização padronização, mesmo com protocolos, devem ser flexíveis e adaptáveis. A exigência da burocracia não é humanização, a prática não pode ficar engessada na burocracia. Não é humanização apenas pensar no retorno financeiro como fim e também a surdez institucional, nas duas vias, não ouvir os profissionais e nem os pacientes, que leva ao não reconhecimento, a burocracia, ao retorno financeiro como fim e a padronização.	Comunicação
P3	Fala que poderia ter alguém da gestão ouvindo as colocações.	Relação trabalhadores x gestores de saúde
P2	Diz que não humanização é não valorizar os profissionais.	Valorização dos diferentes sujeitos
P	Pergunta se há alguma dúvida sobre o conceito de humanização?	Concepção
P1	Diz que ficou na dúvida sobre o desconhecimento dos deveres, afirma ser bilateral.	

P15	Fala que na política de humanização tem deveres também.	
P1	Conta que as pessoas não conhecem os deveres e muitas vezes só se conhece os direitos, isso já satisfaz. E que sente a necessidade de se construir uma cartilha de direitos e deveres.	Fomento do protagonismo
P15	Esclarece que essa cartilha está sendo construída.	
P1	Fala na dúvida em relação aos direitos e deveres dos usuários, de cumprirem o compromisso com o tratamento de reabilitação para que todos tenham noção.	Inclusão dos diferentes sujeitos
P	Pergunta sobre o processo formativo em humanização.	Formação
P15	Diz que nunca participou de capacitação ou oficina. Estudou sobre a política de humanização em saúde por iniciativa pessoal, quando estudava para concurso.	Educação Informal
P3	Fala que tem muito teoria sobre humanização da saúde, uma cartilha, padronização maravilhosa, mas na prática identifica um distanciamento. Foi numa palestra sobre humanização, mas não estava adequado.	Educação Permanente em Saúde
P	Pergunta aonde se deu essa palestra?	

P3	Conta que foi pela instituição, uma palestra falando da importância da humanização.	Educação Permanente em Saúde
P1	Diz que a instituição até tentou no início.	
P	Pergunta se foi a primeira vez que tiveram contato com o que seria a humanização?	
P3	Diz que não! Teve contato com a PNH na pós-graduação de gestão em saúde pública. E pela instituição participou da palestra, mas afirma que foi de forma descontextualizada.	Educação Formal
P15	Conta que se lembrou de ter participado dessa palestra.	
P1	Diz que esse momento de palestra em humanização ocorreu na comemoração de aniversário da instituição.	
P3	Diz que só tinha o nome de humanização. E todos sabem a importância da humanização nos serviços de saúde.	
P12	Fala que nem se lembrava mais dessa palestra.	

P3	Conta que não considera essa palestra ofertada pela instituição como um treinamento ou capacitação.	
P15	Diz que os motivos falados pelo grupo, não foi de fato uma capacitação.	
P7	Fala que teve uma formação em humanização no curso de graduação. Onde tinha uma matéria só de humanização e era solicitado dos alunxs fazerem projetos voltados a humanização. E que na sua experiência de estágio hospitalar teve muitas dificuldades em intervir sobre humanização na UTI, mas que teve êxito em executar o projeto de intervenção e ele ainda é utilizado pela equipe. Após a conclusão da graduação não teve mais formação em humanização.	Educação Formal
P5	Conta que teve uma formação em humanização na graduação, tinha uma disciplina no 1º período que era para entender as diretrizes do SUS, teve implantado a humanização, e foi trabalhado a temática também no estágio integrado. Depois da graduação não teve mais nenhuma formação em humanização da saúde.	Educação Formal
P4	Diz que teve a primeira aproximação teórica na graduação e depois na pós-graduação. Na prática, nenhum treinamento ou curso, apenas participou da palestra ofertada pela instituição, a qual considera desumanizada.	Educação Formal e não formal
P2	Fala que estudou a teoria na graduação, na disciplina de saúde pública, e que lembra que na disciplina a turma era bem esvaziada e que xs alunxs achavam que era besteira. E acredita que a desvalorização da humanização começa daí.	Educação Formal
P	Pergunta se teve alguma formação nos espaços ocupacionais.	Formação
P2	Afirma que nunca participou.	

P4	Fala que esse momento na instituição não foi palestra, foi um treinamento.	
P15	Diz que esse momento foi um enquadramento.	
P7	Fala que na graduação teve uma professora que consideração à humanização da saúde uma bobagem, pois se são humanos é logico que se tratam como humanos. Essa professora não compreendia o sentido da humanização.	Educação Formal
P3	Diz que essa professora desconhecia a humanização da saúde.	
P7	Conta que os alunos não concordaram com essa professora, todos já haviam construído seu conceito sobre humanização e ela veio desconstruir.	Educação Formal
P1	Diz que de todo grupo possui a formação mais antiga e que na sua graduação não se estudava humanização, mas se recorda de um professor que ensinava a necessidade de escutar o paciente e falar uma linguagem acessível, acolher, ter paciência. Não estudou humanização da saúde por cartilha, nem livros, nem matérias, foi por meio das vivências dos professores. Afirma que a humanização entra como discussão e não como matéria porque isso seria ensinar o óbvio, cuidar do outro, ter empatia, consideração. Teve outras aulas muito mais práticas do que teóricas, fez leituras sobre os preceitos teóricos do SUS e os CER's. e nessas leituras sentia que estava lendo o óbvio. Outra experiência de formação foi a atividade que a instituição ofertou sobre humanização, onde a palestrante falava de humanização em hospitais, deixando-a bastante incomodada, pois estava descontextualizada com a realidade da reabilitação e lembra-se que teve uma fala da diretoria que desumanizava tudo.	Educação informal e não formal
P13	Fala que na graduação teve uma disciplina que abordava por alto.	Educação Formal

P10	Diz que teve uma aproximação na graduação, algumas disciplinas que abordavam políticas públicas, muito pincelado.	Educação Formal
P13	Conta que nessa disciplina tinha contato com comunidades e era necessário acolher o paciente dentro das suas singularidades.	Educação Formal
P	Pergunta sobre a formação nos espaços de trabalho.	Formação
P13	(risos) Diz que foi apenas essa palestra.	Educação não formal
P12	Fala que só participou dessa palestra (risos)	Educação não formal
P14	Conta que não teve.	Sem formação
P9	Diz que teve uma aproximação com o tema na graduação, não como disciplina, mas se encaixando nos serviços de saúde e em saúde pública. Teve um momento de formação por outra instituição que trabalhava, foi uma palestra. Pela instituição que trabalha no momento, nunca teve formação sobre humanização. A formação que ela teve está muito aproximada da humanização.	Educação formal
P1	Conta que observa que existem diretrizes de humanização e que estão sendo cobrados tanto no meio público quanto no privado, devido aos indicadores de qualidade e de saúde. Se o gestor não tiver incorporado a proposta da humanização em saúde, fica difícil as relações se tornarem humanizadas. Acredita que a humanização precisa primeiro ser incorporada enquanto atitude individual e não atitudes autoritárias.	Educação informal

P6	Conta que teve pouca aproximação com a humanização da saúde, apenas na graduação, na disciplina de saúde pública.	Educação formal
P11	Diz que foi apenas na graduação e pós graduação, mas prática foi frustrante.	Educação formal e não formal
P	Pergunta sobre quais as dificuldades e as propostas para superação.	
P5	Conta que acha eficaz mais mudar a política e a gestão. Se a mudança vier de cima todos, mesmo não gostando da ideia, terão que cumprir. Diz que todos são gestores do próprio trabalho e cada um fazendo a sua parte vai melhorar.	
P1	Diz que tem que começar a trabalhar com o ideal, caso o gestor acolha a política, seria muito fácil, mas nem sempre ele entende e incorpora. Para o gestor também é difícil, ele não tem treinamento. Fala que são gestores do próprio trabalho e nesse sentido, pode-se fazer um mudança de hábito pessoal e profissional, sendo humanizados com os usuários e trabalhadores, a sugestão seria a construção de um cartilha de deveres.	Sentidos de humanização
P15	Fala que essa cartilha está sendo construída e será submetida à aprovação da gestão. Uma sugestão é entender o conceito da humanizar e os profissionais se alinharem no mesmo pensamento para reivindicarem melhorias no serviço.	Trabalho Coletivo
P1	Conta que é muito importante a participação de todos os trabalhadores, pois com uma maior mobilização e o envolvimento, pode-se mostrar a instituição que a educação permanente em saúde pode não trazer retorno financeiro, mas traz retorno qualitativo, prestando um serviço decente, um reconhecimento.	Trabalho Coletivo
P15	Diz que é necessário criar estratégias de negociação para não sofrer retaliação e assim lutar por melhorias de forma coletiva. Se mobilizar mais de uma forma ideológica.	Fomento de grupos

P3	Conta que sente como se estivessem discutindo para mostrar que a humanização é uma necessidade apenas dos trabalhadores, contudo se trata de uma necessidade de todos. Os profissionais se sentem desvalorizados, desmotivados, sem estrutura física, mas ainda assim buscar força para se estruturar e buscar melhorias para a instituição. A instituição é feita por gestores, profissionais e pacientes.	Dificuldades
P15	Fala que uma estratégia é sempre colocar a instituição em primeiro lugar já que sempre objetiva o dinheiro, para tentar alcançar o objetivo de forma secundária.	
P3	Diz que a PNH são implantações de tudo o que está sendo dito. (atitudes)	
P1	Fala das contrapartidas que a instituição deve dar, o desconhecimento dos direitos e deveres, tem o direito de implementar a PNH, mas não tem o dever de desenvolver algo em prol. As sugestões são realizar a atividades que explicita o que é a PNH, mas de um ponto de vista mais coletivo. Construir projetos de humanização como uma necessidade da instituição. E um programa de contrapartidas para aqueles que participarem como forma de reconhecimento.	Fomento de grupos
P5	Conta que observou que todas as falas na oficina esbaram na dificuldade da gestão, por isso não adianta os profissionais terem vontade se a gestão não contribui.	Dificuldade
P7	Diz que observa que os profissionais fazem a sua parte, no sentido individual, mas precisa que a gestão faça a parte dela. Para ter um resultado mais visível.	Desafio
P5	Fala do problema na comunicação e na ausência de abertura de diálogo com a coordenação e a gestão. E que sente que a coordenação sempre está em favor da gestão (instituição) e que já proibido de dar um atendimento diferenciado/innovador ao paciente, porque os outros colegas não iriam dar continuidade.	Transversalidade
P15	Afirma que a maioria das coordenações só estão voltadas para a gestão, por isso a importância de se organizar coletivamente. E que atividades como a oficina da pesquisa são espaços para que possam estar dialogando sobre as dificuldades.	Verticalização e estratégia de fomento de grupos

P13	Conta que uma situação que associa a questão da humanização, na qual um dos gestores mandou a profissional colocar um saco de gelo na cabeça, já que o ar condicionado da sala havia quebrado. É dessa forma que alguns gestores tratam os profissionais.	
P4	Fala de uma situação que passou enquanto estava gestante com uma cadeira de rodinhas que estava quebrada e quase levava uma queda, daí foram falar o gestor responsável e ele disse que se caísse do chão não passava. Esse é o modo de tratamento.	
P9	Conta que percebe que a gestão precisa ser treinada sobre humanização na saúde.	
P1	Fala que as exigências da vigilância sanitária no serviço privado são diferentes no serviço público. No privado são maiores, mas não deveria ser, já que o ser humano é único em qualquer unidade de atendimento. E que o gestor do SUS que pensou o programa de humanização não vive o cotidiano no serviço.	
P1	Conta que enquanto o gestor do SUS não vivenciar a realidade fala que as políticas nacionais foram criadas, mas não vivenciam a vida real. E que o óbvio precisou ser colocado no papel porque está difícil de ser praticado, pois se tem que lembrar que são humanos tratando de seres humanos. Que está numa sociedade desumanizada e que o gestor recebe uma política que não compreende bem. Individualmente é necessário desenvolver ferramentas coletivas e mesmo em meio as dificuldades buscar superar, sem esperar a resolução do gestor.	Fomento de grupos
P	O que você vai levar da oficina? (avaliação)	
P11	Diz que foi um momento enriquecedor e gratificante.	
P12	Afirma que levará conhecimento e que já ouvia falar em humanização, mas não sabia na essência como funcionava.	Conhecimento

P13	Fala que foi um momento muito bom, tinha uma noção da humanização, mas através das falas dos colegas pode conhecer melhor.	Conhecimento
P15	Conta que a oficina foi válida, que gostou da dinâmica e que foi bom estar junto discutindo. Foi importante a troca entre os colegas.	Troca de experiências
P1	Diz que levará o otimismo, pois considera que o grupo de pessoas que estavam presentes possuem o otimismo que retroalimenta. Ela gosta de trabalhar em equipe porque tem esse feedback, e acredita que todos vão sair pensando no que pode trabalhar para o próximo ano.	
P2	Fala que a troca foi muito boa. E que isso contribui para o conhecimento.	Conhecimento
P3	Diz que a oficina foi um momento provocativo, onde saiu com reflexões, e que não tinha a ideia que outras estavam atentas à questão da humanização, acredita ser mais no serviço social e na psicologia.	
P7	Conta que na sua formação precisou implantar um projeto de humanização no estágio, teve a humanização na teoria e na prática. Está saindo mais otimista.	Contagiado
P4	Diz que levará esperança e otimismo para acreditar naquilo que busca.	
P5	Conta que sai renovado, pois estava desesperançoso com o atendimento na rede pública de saúde, uma vez que tudo que estudou em termos de qualidade no tratamento não consegue colocar em prática devido ao alta quantidade de pacientes para atender. Deu uma ideia de que consegue fazer o trabalho, mesmo sendo único.	Contagiado

P6	Diz que sai com mais conhecimento e otimismo, para ver se consegue modificar um pouco.	Conhecimento
P8	Fala que foi gratificante participar, está saindo com conhecimentos.	Conhecimento
P9	Diz que está saindo com aprendizado pessoal e profissional, otimista e com esperança, apesar da gestão institucional não ser humanizada, acredita que os profissionais precisam fazer o trabalho deles, sendo o mais humanizado possível, apesar das dificuldades cotidianas.	Aprendizado
P10	Conta que gostou muito do momento e sugere que haja outros. Se sente provocada, saindo mais curiosa, pois não conhecia a política nacional de humanização e passar a ser um sujeito ativo no processo.	Provocação

APÊNDICE F – QUADRO ANALÍTICO

CATEGORIAS TEMÁTICAS				
Processo de trabalho alinhado a práticas humanizadas	Sentidos da humanização na saúde	Processo formativo em humanização	Desafios para práticas humanizadas	Propostas para superação dos desafios
<p>P15 L2 – L5 - [...] essa em conjunto, geralmente é feita no PTS né? Aí, geralmente a gente faz essa avaliação sempre com a equipe direcionando da melhor forma possível. E aí, nesse momento a gente anula, não, não é que anula, mas a gente, é.... não anula, mas a gente direciona de uma forma juntamente com a equipe né? [...].</p>	<p>P14 – L428 – L431 - O acolhimento, principalmente né acolher o usuário, indivíduo e a integralidade no sentido dos princípios do SUS né, [inaudível] da promoção, prevenção e da reabilitação também... esse, essa questão da integralidade é muito importante, como o acolhimento também [...].</p>	<p>P15 – L808 – L814 - Na verdade é eu não... eu nunca participei, assim que eu me recorde, eu nunca participei, de uma capacitação, de uma oficina, assim o conhecimento que eu tenho e que tá meio defasado porque faz muito tempo que eu estudei, foi a política de humanização, quando eu estudava pra concurso, ai foi o acesso que eu tive né, mas assim eu não me recordo se aqui na instituição já teve algum curso sobre humanização, eu não me lembro, mas a minha aproximação foi a partir de iniciativa mesmo pessoal. Entendeu? De procurar, de saber o que era a política, enfim...</p>	<p>P1 – L468 – L471 – [...] eu acho que não tem como você ter um comportamento de humanidade, de humanização com o outro se você também não é tratado de forma humanizada, não adianta eu ter um superior que... usa chibata, querendo que você use plumas. (risos) é meio difícil ter esse tipo de relação.</p> <p>L528 – L533 - Então eu acho que tudo que a gente fala em termos de humanização em saúde eu acho que tropeça um pouco é os conceitos quando a gente fala de humanização da saúde, porque nas minhas poucas experiências com palestras sobre humanização em geral eu to vendo um hierárquico superior falando sobre a necessidade de desenvolver um trabalho de humanidade, mas ai eu olho pra ele e</p>	<p>P1 – L346 – L348 - [...] a gente precisa pensar individualmente e tentar colocar isso de uma forma mais coletivamente, da necessidade da formação de grupos [...].</p> <p>L764 – L765 - É o reconhecimento de esforço individual, que é importantíssimo e se não há reconhecimento não há humanização.</p>

			pergunto e já fiz essa pergunta e que tipo de trabalho de humanização você tá fazendo com a sua equipe né?	
P10 L21 – L79 - [...] em conjunto, os encaminhamentos, porque aí as vezes durante a avaliação a gente vê a necessidade de um endócrino né... de outro profissional, aí em conjunto eu sempre em contato com a equipe [...] pra fazer né o encaminhamento externo e... sim, algumas altas né... [...] eu faço uma discussão [...] com a equipe, né sobre dar alta a esse paciente.	P3 – L433 – L434 - Acolhimento das necessidades reais e daquelas mais... [inaudível] das fragilidades individuais né [...].	P3 – L820 – L821 - Pela instituição, não foi... não sei... se a gente pode dizer... foi uma palestra falando sobre a importância da humanização. L828 – L829 - Na pós-graduação, no curso de pós-graduação gestão em saúde pública. Ai eu tive contato com a humanização, contato teórico. L830 - 831 - e o único contato que tive é assim mais voltado as atividades do trabalho foi nessa palestra que eu achei totalmente descontextualizado, eu achei que...	P7 – L568 – L571 – [...] o objetivo não é desempenhar a profissão, é o que você vai ganhar com a profissão né, não é o objetivo de eu vou ser [atividade inerente a profissão] daquela pessoa, eu só quero ganhar o dinheiro e ponto final, então não é o objetivo de desempenhar a sua profissão, é o objetivo financeiro.	P5 – L1017 – L1021 - Eu acho... Eu acho que seria mais eficaz, seria mudar política e gestão. Eu acho que se vier de cima, até quem não entende, quem não concorda com a ideia, vai ter que cumprir também [inaudível] da mesma forma que ele consegue ser de uma forma negativa, ele também pode ser de uma forma positiva. Ou seja, somos gestores dos nossos trabalhos, cada um fazer a sua parte também vai melhorar, mas eu acho que se vier de cima [inaudível].
P2 L31 – L33 [...] na atividade em conjunto que é o PTS [...] L40 – L41[...] na atividade em conjunto é a questão do PTS, num é... onde a gente avalia, e vê se o paciente tem necessidade ou não de ser acompanhado.	P12 – L438 - Eu coloquei respeito, valorização e dedicação.	P7 – L841 – L842 - Eu tive na graduação, assim na faculdade que eu estudei o lema principal deles era a humanização inclusive em todos os cursos.	P1 – L583 – L585 – [...] a gente anda meio que no automatismo, então, acho que a escuta ativa, começa, a humanização começa pela escuta ativa do outro ser humano que tá lá. [...].	P1 – L1035 – 1039 - eu posso fazer de mudança de hábito pessoal né, de mudança de hábito profissional, lembrando que nós somos gestores de gente quando a gente tá dentro da nossa casa também.
P1 - L47 – L55 Do ponto de vista coletivo, pelo menos pra	P10 – L439 – L440 - Eu não sei se entraria nesse	P5 – L873 – L879 - Eu tive na graduação também [...]	P9 – L586 – L587 – [...] é isso mesmo e às vezes	P15 – L1047 – L1052 - a gente poderia colocar

<p>minha área o que eu faço são alguns procedimentos, e em que esses procedimentos eu preciso do contar com a presença de alguém [...] e o PTS que eu acho que é o momento que mais me agrada na instituição e pela qual eu não tenho o menor pudor de dizer que lutei muito para que isso acontecesse aqui dentro porque é o momento que a gente soma as nossas diversas habilidades né... então, assim, há a anulação da visão individual e a soma das potencialidades, dos conhecimentos coletivos em prol de uma queixa, eu acho que o PTS é o grande barato da instituição.</p>	<p>contexto de acolhimento à questão do abraço, é eu acho que entra, é uma forma de acolher né, você abraçar o paciente né... enquanto ser humano.</p>	<p>então acho que as matérias já tinham implementado isso. Eu tive no 1º período uma matéria que a gente começou a entender as diretrizes do SUS, então começou a ser implantado a humanização e vim ter no estágio integrado com a professora, [...] a gente integra a maioria dos cursos da área da saúde em prol da humanização dos pacientes das comunidades lá perto, próximo. Desde então eu não tive mais nada. Eu não fazia parte da instituição no momento da palestra.</p>	<p>assim no trabalho a gente aqui, a demanda é tão grande que às vezes os pacientes querem expressar alguma coisa e às vezes a pessoa bloqueia. [...].</p>	<p>também, conceitos da humanização, também o que a [...] falou [...] sobre as atividades em grupo, a gente sabe que a instituição muitas vezes ela não vai fazer o que a gente quer, mas a gente tem que tá alinhado todo mundo no mesmo pensamento e reivindicar mesmo por melhoria de qualidade do serviço, por por qualidade nas salas, por ter locais adequados pra gente trabalhar.</p>
<p>P5 L63 – L69 [...] dentro da equipe, assim a gente, no PTS, [...] quando eu entrei na instituição, o que mais agradou era isso, porque eu sai da faculdade, entrei aqui novo, assim novo de formação, então era o que eu via na faculdade e eu via funcionar aqui, entendeu, então eu passei por várias equipes, então eu vi que algumas funcionam outras não funcionam, mas hoje o que</p>	<p>P1 – L441 - O acolhimento... o abraço é a manifestação física do acolhimento.</p>	<p>P4 – L880 – L882 – É... o meu 1º contato foi na graduação, mas assim mais a parte teórica mesmo. E na pós-graduação que também foi totalmente teoria, mas na prática mesmo nenhum treinamento, nenhum curso, só esse também que eu participei, mas foi desumanizado.</p>	<p>P4 – L627 – 630 - Eu coloquei teorias e práticas, como [...] até falou, é as meninas tavam falando ai da questão das hierarquias né, no caso existe o líder o superior ele pega muito a humanização, quando chega na prática essa humanização não existe. Porque a teoria da humanização de verdade ela é belíssima, mas muitas vezes ela não é colocada em prática.</p>	<p>P1 – L1058 – L1059 – [...] uma mobilização maior e entre os diversos profissionais [...].</p>

<p>mais me dá... dá uma vontade de trabalhar na [localidade de trabalho] é essa parte multidisciplinar, que poderia funcionar melhor mais é o que mais funciona, o que mais é feito em grupo dentro da [localidade de trabalho] é o PTS.</p>				
<p>P14 - L80 - Coloquei como coletivo discutir a particularidade de cada paciente em equipe. L83 - L 89 [...] A importância desse Projeto Terapêutico Singular, justamente pra discutir a singularidade de cada paciente né... porque eu tenho uma realidade, você tem outra... você tem outra... e cada um tem a sua realidade, então essa parceria com a equipe é muito, pra mim, importantíssima, justamente pra que o paciente tenha esse... essa evolução, o acesso as políticas públicas, é... a questão do acesso realmente é complicado, então quando há essa parceria com a equipe, então funciona, né... mesmo com as dificuldades das políticas, mas funciona.</p>	<p>P12 - L453 - Respeito, valorização e dedicação.</p>	<p>P2 - L883 - L888 - Eu tive o 1º contato na graduação, mas [...] era muito teoria mesmo e o engraçado era dentro da inst.. da matéria de saúde pública, não sei alguma coisa desse tipo assim, e o engraçado que tipo matérias anatomia, histologia a turma era cheia né, aí saúde coletiva, humanização aí... menos da metade da turma participava das aulas. Que dizia ah isso aí é besteira, isso aí... entendeu? Então acho que já tava desde a graduação essa não valorização disso aí, do tema é...</p>	<p>P3 - L642 - L646 - Vou pegar um gancho, eu coloquei assim, falta de capacitação no trabalho, o processo de humanização não é via única, não tem que ser só direcionado ao paciente né? O serviço onde a gente atua, ele precisa favorecer um processo de humanização geral, inclusive dos profissionais né... quando se coloca produtividade, quantidade acima da qualidade num é a gente ta ferindo...</p>	<p>P15 - L1070 - L1074 - [...] como eu falei não é uma mobilização da gente bater de frente, mas criar estratégias, porque a luta não só é no combate, a luta também é de uma forma ideológica, então a gente se organiza, entendeu? Pra gente também poder oferecer uma qualidade melhor do nosso serviço pra os usuários, ter uma qualidade melhor no nosso dia a dia, enfim.</p>
<p>P1 L159 - L162 - É a soma das capacidades individuais,</p>	<p>P2 - L456 - Eu coloquei empatia, a escuta.</p>	<p>P1 - L914 - L953 - [...] no tempo que eu passei na</p>	<p>P15 - L651 - L653 - [...] como é que a gente vai falar,</p>	<p>P1 - L1092 - 1100 - [...] sugestão fazer mais trabalhos</p>

<p>acho que o grande mérito da avaliação coletiva do paciente, não só no sentido de quando a gente faz a triagem de entrar, como também quando a gente faz a avaliação de evolução deles, é essa diferença de olhares que cada uma tem, pra uma mesma singularidade [...].</p> <p>L166 – 167 - Inclusive, uma vez fazendo uma proposta multidisciplinar é... existia essa intercambialidade de conhecimentos [...].</p> <p>L170 – 171 – [...] é isso que torna o PTS esse momento tão rico né, no nosso convívio enquanto instituição [...].</p>		<p>faculdade, a gente não discutia a humanização né. [...] Então, humanização, práticas de saúde humanizada, é teorizar o que é óbvio, é cuidar do outro, ter empatia, ter carinho, ter consideração, ter acolhimento, ter dedicação, isso é o óbvio. [...] Então isso é entender o paciente, acolher o paciente, ter paciência, ter carinho e chegar a ele, chegar a linguagem dele. Eu aprendi, acho que tenha sido a primeira aula de humanização com o paciente, foi aí. E eu tive outras aulas, muito menos teórica e muito mais práticas, a forma como as pessoas tratavam os outros, essa foi minha inspiração, o que que eu li de teoria de humanização, eu li em preceitos teóricos do SUS quando eu fui entender o que é um CER I, um CER II, CER III e ai tem lá os conceitos, eu confesso a você que quando eu começava a ler, gente isso aqui é óbvio, entendeu? E li assim muito por alto. E a</p>	<p>fazer uma humanização no nosso serviço se a gente não é tratado com humanização né? Se a produtividade se sobrepõem a realmente as necessidades da equipe, da...dos usuários.</p>	<p>em que se explicita o que que é a PNH, acho que é importante do ponto de vista coletivo. [...] E existir o programa de contrapartidas também pra aqueles que participam desses projetos, não dá só pra participar, participar, participar se você não tem um poder e um retorno de reconhecimento em relação a isso. Acho que isso é uma coisa que precisa ser feita, uma coisa que urgentemente precisa ser desenvolvida.</p>
--	--	--	--	---

		outra experiência de formação foi aquele workshop né de aniversário da instituição que ela resolveu criar a política de humanização [...].		
P3 – L249 – L252 – [...] a gente faz uma avaliação do PTS, é uma avaliação em grupo, é... o estudo de caso também é em grupo, e nem sempre na avaliação a gente consegue identificar, é... uma questão, uma demanda mais emergente do paciente, geralmente é quando ele vai pra lá, pra o atendimento individual.	P1 – L458 – L 461 - Eu coloquei não só respeito no sentido coletivo, eu acho que o respeito... mas o respeito às individualidades também cê entendeu? Porque você.... respeito é uma coisa que você pode ter coletivamente, como você também pra ser humano você tem que respeitar o indivíduo, aquela capacidade, aquele potencial, aquele ser. [...].	P10 – L955 - É... assim na graduação. L957 – 958 - Algumas disciplinas né, políticas públicas, aí de forma assim, pincelada, mas ver realmente a política de humanização, a gente teve uma vivência muito mais [inaudível].	P5 – L654 – L664 - Eu coloquei a alta demanda por profissional, eu botei a alta demanda por profissional, [...] falando no contexto da instituição que vivemos, trabalhamos, é pedido, nós vemos muita gente se capacitando, indo pra congresso, algumas coisas e voltado à humanização e a gente vê isso que [...], que na prática nunca é feito, eles cobram da gente não é cobrar, quem é cobrar de direito, mas querem que a gente faça humanização com nosso paciente, mas não é feita com os profissionais, eu tinha colocado uma coisa que pensei, a falta de hierarquização, porque assim não existe isso aqui, quem tá lá em cima, acredito eu não tem a ideia de humanização pra passar para os profissionais e o profissional passar para o paciente, então é cobrado de	P9 – L1152 – L1153 - Então eu acho que a questão de humanização tem que fazer primeiro um treinamento na gestão.

			uma forma, como eu falo sempre falei do SUS, eu acho a ideia boa só que trabalhada de uma forma errada, então eles tem uma ideia, mas não consegue passar pra gente.	
P4 – L269 – L275 – [...] eu pensando aqui, também na fala das outras meninas, que eu acredito que esse formato, acredito não, percebo que esse formato de atendimento da gente é... multidisciplinar, mudou depois da inserção do CER. Porque antes, a gente, nós sempre fomos equipe, mas essa ligação de tá, indo na enfermagem, a enfermagem vindo até a gente, o serviço social que também acontece muito, a fisioterapia, eu acho que mudou muito, isso fortaleceu depois do CER. A implantação do CER, talvez depois do PTS né quando a gente se viu enquanto equipe e fortaleceu isso.	P11 – L463 – L465 - Então isso... é o ambiente de trabalho né, principalmente de saúde mental, pra que haja a humanização eu acho principalmente tem que ter o respeito e a valorização, com isso você tem né consideração e respeito a individualidade de cada um...	P13 – L959 – L960 - Trouxe alguma ideia, por exemplo, [...], o trabalho vai ser em campo, ai a gente ia pras grotas, ai você tentar acolher aquele paciente da melhor forma, [...].	P2 – L675 – L676 - Ai entra exatamente no que eu botei aqui, no olhar quantitativo, entendeu? Tipo assim, quantidade e não qualidade.	
P11 – L276 – L 277 – [...] eu acho que a gente trabalha quase 100% em grupo, desde o PTS até o atendimento em sala, a gente tá sempre... no PTS [...].	P1 – L468 – L471 - eu acho que não tem como você ter um comportamento de humanidade, de humanização com o outro se você também não é tratado de forma humanizada, não	P14 – L975 – Não!	P10 – L677 - É aquela questão né, vê o paciente como número e não como ser humano.	

	adianta eu ter um superior que... usa chibata, querendo que você use plumas (risos) é meio difícil ter esse tipo de relação.			
P9 – L318 – L321 – [...] em conjunto, a discussão de caso, (deixa eu mudar de lado), em conjunto é a questão da discussão de caso, já trabalhei em outras instituições e eu vejo é uma vantagem ou talvez a [localidade de trabalho] esteja a frente em relação a essa questão do PTS né?	P3 – L476 – L478 - É a empatia é, com o nosso paciente né, a gente precisa fazer um movimento de... de entender é... quando ele chega num processo de vitimização ele ainda não teve a oportunidade de de... da gente apresentar o processo da reabilitação, entende?	P9 – L976 – L979 - Na graduação eu tive, assim não como disciplina, mas assim voltado em algumas, encaixando né, de serviços da saúde, saúde pública, essas coisas assim e eu acho que eu tive uma por outra instituição, mas foi uma palestra assim rápida, de 4 horas, mais ou menos isso. E aqui eu não participei. [...]	P7 – L678 – L680 - E assim nessa parte que fala da da quantidade de pacientes, não é só a falta de humanização com paciente, é com a gente profissional também, porque assim eu falo da minha área lá [...]	
P12 L424 – L425 – [...] em conjunto é o PTS, e assim quando é necessário a gente pede ajuda aos colegas, os universitários (risos).	P4 – L506 – 511 - E ai vem também da empatia em relação ao nosso colega de trabalho né? [...] o paciente tá lá chorando, pra agilizar e ela não sabe dá esse devido acolhimento ao paciente. Ela vai chamar uma de nós e ai a gente não, não vou agora porque o meu trabalho é mais importante! Não... a gente vai, isso é empatia também, o colega tá lá precisando da nossa ajuda e a gente se dispor e pra resolver a situação.	P6 – L1013 – L1014 - Foi pouco também, foi só na graduação, na aula de saúde pública, mas nada específico não.	P15 – L697 – L705 – [...] a gente não tá numa linha de produção, não sei se vocês já tiveram a oportunidade de assistir aquele filme do Chaplin, que é o tempos modernos que ele tá lá na linha de produção, a gente trabalha com o ser humano, [...]Então, assim é uma luta constante da gente e realmente buscar também essa humanização entre os profissionais, para os profissionais né... porque como a gente vai oferecer um serviço humanizado se a	

			gente não tem local adequado de trabalho, se a gente é pressionado diariamente pra essa tal de produção né? Enfim, é isto!	
	<p>P1 – L536 – L539 - Então, assim empatia eu acho que tem que ser um dos primeiros critérios pra você trabalhar humanização. E quando a gente vai trabalhar o conceito de humanização, o conceito não pode ser um conceito verticalizado, ou esse conceito é horizontalizado ou esse conceito não é considerado em momento algum.</p>	<p>P11 – L1015 - Da mesma forma foi só na graduação, na pós né teórico... na prática foi frustrante né.</p>	<p>P1 – L710 – L769 – [...] eu acho que é não humanização, padronização, então você achar que todo mundo é igual, [...] você tá deixando de reconhecer a individualidade [...]. A outra coisa é a questão burocrática, que passa, perpassa por ai, você muitas vezes é exigido uma burocracia, [...]a burocracia é uma não humanização, é necessária? É necessária, eu compreendo, mas a gente não pode na nossa prática tá engessado pra esse tipo de coisa. Eu acho que o retorno financeiro como fim né, [...] dessa coisa de você é numerizar o paciente, porque tem que ter tantos atendimentos, [...] eu acho que o não reconhecimento é uma coisa que pesa muito na não humanização, na hora que a gente não é reconhecido, e não precisa ser necessariamente</p>	

			financeiro [...]. E por último, eu coloquei, isso foi o último que eu ouvi isso de todo mundo, surdez institucional, (risos de todos), eu coloquei surdez entre aspas, né... (risos) [...]. A surdez institucional, nos dois sentidos, nas duas vias, porque às vezes a instituição não ouve a necessidade do público externo dela e também não ouve a necessidade do público interno dela [...].	
	P12 - L540 - L542 - Valorização e dedicação. Eu falei em relação ao paciente né... a valorizar os sentimentos, as situações do dia a dia que ele passa a gente entender tudo isso. Eu pensei mais, o foco foi no paciente.	P10 - L1301 - L1303 - Porque não sabia que existia a política nacional de humanização, já vou dar uma olhadinha, ler e de repente ser também, como você falou um sujeito ativo no processo né... de ver as atitudes da política enquanto profissional, esperançosa claro.	P2 - L788 - E a questão da não valorização do profissional.	
	P5 - L543 - L562 - Eu coloquei acho que diferente, amor pela profissão [...]. E eu vejo hoje como profissional, aonde eu tô começando a minha carreira, eu vejo eles, que esse lado de gostar da profissão faz uma diferença		P3 - L815 - L818 - Teoria tem muito né... principalmente quando se aproxima com o curso da saúde ai a gente compra as apostilas num é, realmente é uma cartilha, uma padronização maravilhosa,	

	<p>muito grande. [...]. Eu coloco muito amor à profissão, acima de tudo. Antes de respeito, antes de dedicação.</p>		<p>mas na prática é... mesmo quando eu fui a uma palestra sobre humanização e eu percebi que ali não tinha! (risos) Não estava adequado, entende?</p>	
	<p>P5 – L565 – L567 – [...] Se a gente não tiver amor à profissão, eu não consigo gerar humanização. Eu não consigo gerar o amor ao paciente, a dedicação, não faz com que eu tenha empatia com o paciente, não faz com que eu tenha o respeito com aquele paciente.</p>		<p>P1 – L998 – L1004 - Se o gestor daquela instituição não incorporar ou não tiver aqueles conceitos como um comportamento pessoal é muito difícil que a instituição que ele dirige se torne humanizada por que as pessoas que trabalham dentro daquela instituição sejam, comecem a ter comportamentos mais humanizados e que os clientes daquela instituição e [...] atitudes humanizadas.</p>	
	<p>P1 – L575 – L585 – [...] eu coloquei como escuta ativa, né... porque a escuta ativa é exatamente isso, é você parar esvaziar a sua mente da resposta, da possibilidade de resposta, pra escutar o outro, pra a partir de então, você formular a sua resposta. [...] a gente anda meio que no automatismo, então, acho que a escuta ativa, começa, a humanização começa pela</p>		<p>P3 – L1078 – L1082 – [...] a gente já vem desmotivado, sem estrutura física, sem aquela valorização, mas ainda assim a gente busca dentro de nós, é... né força pra se estruturar, e dizer assim olha agente precisa disso, a gente quer isso, mas a gente não quer pra gente, quer pra instituição, e a instituição é gestão, funcionário e e paciente.</p>	

	escuta ativa do outro ser humano que tá lá. Então, coloquei escuta ativa também, entendeu?			
	P10 – L589 – L595 - É eu coloquei assim, já pegando aí o gancho, a questão emocional, né? Às vezes a gente fica tão em números, [...] existe uma questão emocional né, [...] pra gente vê o paciente como um ser humano que tem emoções e quando ele tá né sentindo dificuldade naquela nova realidade, né! [...]		P1 – L1088 – L1090 – [...] é a tal da história do desconhecimento dos deveres e dos direitos, eu tenho o direito de implementar na minha instituição a Política Nacional de Humanização, mas os meus deveres aí a gente conversa depois [...].	
	P6 – L604 – L607 - Eu coloquei mais ou menos, a outra palavra que seria compreensão. De você compreender o outro, e também compreender o meu, se for trazer pra cá, o meu dever com o outro e também é... o respeito do paciente pra a gente com ele e ele com a gente. E a compreensão daquilo que tanto a gente vai oferecer a ele quanto que ele vai oferecer a gente.		P5 – L1101 – L1102 - Vocês consegue enxergar que tudo que a gente falou se volta, quer dizer, esbarra e barra na gestão. Em tudo, não adianta, a gente ter força de vontade, mas sempre esbarra na gestão.	
	P7 – L608 - O meu foi tudo junto à empatia, o respeito, a compreensão. Tudo que já		P7 – L1007 – L1111 – [...] Eu acho que eu to fazendo a minha parte, eu vejo que os	

	<p>tinha falado.</p>		<p>que eu convivo mais próximo a gente faz a nossa parte, mas acho que precisa de alguma coisa ainda maior pra que o resultado seja mais visível, eu acho assim, que é justamente isso a parte a questão da gestão, eu pelo menos já to fazendo fazendo a minha parte e vejo alguns colegas fazendo sua parte, mas o maior mesmo que a gente precisa pra que o resultado seja mais visível, vem de cima.</p>	
	<p>P8 – L609 - Também a Empatia, compreensão. Acho que o conceito é o mesmo.</p>		<p>P5 – L1112 – L1114 - Até de comunicação, não só de comunicação. [...], e eu não tenho abertura alguma de conversar com a minha coordenadora imagina com o meu gerente, então eu não essa abertura. A parte da coordenação que era pra ser alguém que ia apoiar a profissão ia apoiar os pacientes, ela defende o, a instituição em si. [...].</p>	
	<p>P11 – L610 – L612 - Eu já falei respeito, valorização e individualidade. Valorização com o ambiente em relação ao outro, nosso colega e com o paciente também. Com que a gente se</p>			

	relaciona diariamente.			
	<p>P13 – L613 – L620 - Eu coloquei 4 itens atenção, no caso acho que entra até a questão da escuta né, você dá uma atenção ao paciente, até o próprio cuidador também, você escutar, dar atenção pra depois tomar alguma atitude. A paciência [...]. Quer dizer você tem que ter a paciência de lidar com esse tipo de atitude ou do paciente ou do cuidador [...].A dedicação que você também tem que se dedicar né, pra você eu acho que entra na humanização você se dedica ao que faz e o carinho, você tem que ter um certo carinho é onde entra a questão do abraço a questão né, o carinho pra aquela situação.</p>			

APÊNDICE G – CARTA DE ANUÊNCIA



Universidade Federal de Alagoas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Carta de Anuência

À Secretaria do PPG em e Ensino na Saúde – FAMED/UFAL

Eu, Sérgio Seiji Aragaki, orientador de **Juliana Araújo Menezes**, mestranda deste programa de pós-graduação, a autorizo a entregar o seu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **”Relação entre processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores de um centro especializado em reabilitação”**, após eu ter feito a devida revisão do mesmo.

Maceió, 10 de julho de 2020.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' and 'A'.

Prof. Dr. Sérgio Seiji Aragaki

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Pesquisador: JULIANA ARAUJO MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02845518.3.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.099.332

Apresentação do Projeto:

A humanização da saúde é uma política transversal do SUS, que vem ganhando espaço de discussão no Brasil, com a consequente mudança nas práticas de gestão e de atenção no trabalho em saúde. Neste cenário, a formação torna-se fundamental, uma vez que é por meio dos processos formativos que se questionam, reafirmam ou se alteram os modos de trabalhar no referido campo. Assim, essa pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre a formação em humanização da saúde e a atuação de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do nordeste brasileiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva fundamentada na perspectiva teórica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos de Spink, alinhada ao Construcionismo Social. Será realizada uma oficina com os trabalhadores do CER para a produção de informações pertinentes à pesquisa, as quais serão analisadas por meio de mapas dialógicos. Todos os cuidados éticos serão respeitados, conforme a Resolução nº 510/16. Essa pesquisa poderá trazer contribuições para reflexão e melhorias sobre as práticas de saúde produzidas, para a formação em saúde, além de estimular os trabalhadores para uma prática comprometida a humanização da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer como as práticas de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação estão

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.099.332

relacionadas com o processo formativo sobre humanização da saúde, de acordo com seus discursos.

Objetivo Secundário:

•Entender os sentidos a respeito de humanização da saúde;•Identificar como se deu o processo de formação em humanização da saúde;•Compreender facilidades e dificuldades em colocar em prática a humanização da saúde no CER.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compete à pesquisadora estar atenta aos riscos que a pesquisa pode trazer aos participantes, de acordo com resolução nº 510/2016. A definição e a gradação do risco resultam da apreciação dos seus procedimentos metodológicos e do seu potencial de causar maiores danos ao participante do que os existentes na vida cotidiana, em consonância com o caráter processual e dialogal dessas pesquisas (BRASIL, 2016). Destaca-se que essa

pesquisa pode apresentar riscos de ordem emocional: incômodo, preocupação, medo de se expressar diante da pesquisadora, constrangimento, estresse. E riscos de ordem física: cansaço, desconforto local. Vale ressaltar que a pesquisadora adotará medidas para minimizar esses riscos, deixando o ambiente do grupo mais agradável, escolheremos uma sala reservada e confortável e, conforme já dito, garantindo o anonimato dos participantes. Em decorrência da pesquisa, caso seja necessário, será feito encaminhamento para avaliação e tratamento psicológico na rede de serviços de saúde pública de Maceió.

Benefícios:

Essa pesquisa trará alguns benefícios aos seus participantes como: partilhar vivências em relação ao tema proposto, dar voz as pessoas para que possam se expressar dividir suas inquietações e descontentamentos sobre suas práticas, compartilhar propostas para a melhoria das relações e do trabalho local, assim como possibilitar a reflexão sobre a humanização da saúde no CER.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva fundamentada na perspectiva teórica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos de Spink para conhecer como as práticas de trabalhadores de um Centro Especializado em Reabilitação estão relacionadas com o processo formativo sobre humanização da saúde, de acordo com seus discursos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.099.332

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por estar de acordo com as recomendações da Resolução 510/16 recomendamos sua aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.099.332

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1245346.pdf	06/11/2018 21:29:40		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/11/2018 15:28:25	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	06/11/2018 15:17:51	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/11/2018 15:00:26	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/11/2018 12:13:08	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	02/11/2018 12:05:39	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Outros	Declaracao_Publicizacao.pdf	02/11/2018 12:05:02	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Outros	Conflito_interesse.pdf	02/11/2018 12:04:32	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	02/11/2018 12:03:56	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/11/2018 12:03:31	JULIANA ARAUJO MENEZES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

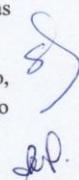
1/3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

Eu _____ tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo: Protocolo de Pesquisa: **“RELAÇÃO ENTRE PROCESSOS FORMATIVOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E A PRÁTICA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO”**, que será realizado no Centro Especializado em Reabilitação, situado em Maceió, recebi da Sra. Juliana Araújo Menezes (mestranda e pesquisadora responsável) as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a entender a relação entre os processos formativos sobre humanização da saúde e a prática de trabalhadores do Centro Especializado em Reabilitação;
- 2) Que a importância do estudo reside em compreender se a formação dos trabalhadores tem produzido práticas no CER alinhadas à humanização da saúde;
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar poderão trazer contribuições significativas a respeito do ensino da humanização na saúde atrelado às práticas desenvolvidas no CER, melhorando, desta forma, a relação ensino-serviço, para que, de fato, produza mudanças nela, alinhando-a mais às necessidades da população, dentro do que preconiza o Sistema Único de Saúde;
- 4) Que este estudo começará em janeiro de 2019 e terminará em dezembro de 2019. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, a produção das informações iniciará a partir de janeiro de 2019 e terminará em março de 2019;
- 5) Que eu participei do estudo da seguinte maneira: concedendo minha participação na oficina proposta pela pesquisadora, no local e data marcados, onde a pesquisadora primeiro se apresentará, em seguida fará uma breve apresentação explicando os objetivos da pesquisa, respeitando a minha liberdade para fazer perguntas que achar conveniente e respondendo-as adequadamente;
- 6) Que minha participação será gravada, por meio de um gravador de voz, assim como, o material que será produzido durante a oficina será utilizado para análise das informações;
- 7) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: risco de cansaço, incômodo, preocupação, medo de me expressar em grupo ou constrangimento de não conseguir contribuir como gostaria;



2/3

8) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: o grupo acontecerá só com a presença da pesquisadora, dos profissionais da equipe multiprofissional (trabalhadores) e do auxiliar de pesquisa, que será devidamente treinado para ajudar a lidar com as questões pertinentes à pesquisa, incluindo as éticas. Será assegurado o meu direito de não-resposta sem que isso possa me ocorrer prejuízos de qualquer ordem. Todas as minhas dúvidas serão sanadas pelos pesquisadores. Haverá pausa para descanso durante a atividade;

9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: o sentimento de ter dado voz às minhas dúvidas, inquietações e contentamentos no que se refere às práticas interdisciplinares durante o curso. Falando sobre este assunto, por meio deste estudo, após a publicação dos resultados poderá haver alguma contribuição para uma reflexão sobre a importância da formação de profissionais aptos ao trabalho em humanização da saúde e possibilidade de contribuição na melhoria dessa prática;

10) Que eu serei informado(a) sobre o resultado final desta pesquisa, e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

11) Que a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

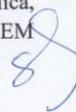
12) Que as informações conseguidas por meio de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto pela equipe da pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações pessoais só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto, com garantia do meu total anonimato;

13) Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para mim enquanto participante da pesquisa e nem me renderá nenhum tipo de remuneração;

14) Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa, podendo a reclamação ser encaminhada diretamente para a equipe da pesquisa, nos endereços e telefones disponibilizados abaixo. E os recursos necessários para este tipo de despesa serão de responsabilidade dos pesquisadores;

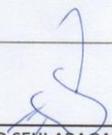
15) Que eu receberei uma via do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.



<p>Endereço da equipe de pesquisa (OBRIGATÓRIO): Nome: Juliana Araújo Menezes Endereço: Rua Basileu de Meira Barbosa, 62, Edf. Barcelos, ap 1408, Pinheiro, Maceió -AL. CEP. 57057-480 Email: juamenezes@hotmail.com Telefone p/ contato: (82) 99941.4521 Nome: Sérgio Seiji Aragaki Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP:57072-900, Maceió – AL, Faculdade de Medicina (FAMED). Email: sergioaragaki@gmail.com Telefone p/ contato: (82) 3214-1857/1858</p>
<p>ATENÇÃO: O comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas Prédio da Reitoria, 1º andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041. No horário das 8h às 12h. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com</p>

Maceió, _____ de _____ de 201__.

<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	 <hr/> <p>SÉRGIO SEIJI ARAGAKI Orientador – Pesquisador</p>
	 <hr/> <p>JULIANA ARAÚJO MENEZES Mestranda - Pesquisadora</p>