

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo**

**Humanização da Assistência à Saúde para Enfermeiros:  
Significados e Práticas no contexto Hospitalar**

**Taubaté – SP**  
**2012**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**  
**Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo**

**Humanização da Assistência à Saúde para Enfermeiros:  
Significados e Práticas no contexto Hospitalar**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais – Área: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.

Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté. Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Angela Boccara de Paula

**Taubaté – SP**  
**2012**

**ANA MARIA LOURENÇO FERRARI GONTIJO**

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA ENFERMEIROS:  
SIGNIFICADOS E PRÁTICAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais – Área: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.

Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Angela Boccara de Paula

Data: 04 de abril de 2012

Resultado: APROVADO

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva**

Assinatura \_\_\_\_\_

**Universidade Estadual de  
Campinas**

**Prof. Dra. Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão**

Assinatura \_\_\_\_\_

**Universidade de Taubaté**

**Prof. Dra. Maria Angela Boccara de Paula**

Assinatura \_\_\_\_\_

**Universidade de Taubaté**

Para Vitor e Vinicius, apenas por existirem.  
Para Rodrigo, mesmo sem compreender...  
A todos que acreditam que podemos unir  
competência e amor na relação humana.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o **SER** supremo que está dentro de cada um...

A meus **Pais**, que começaram a minha história, mostraram minha potencialidade, me deram possibilidades e me permitiram escolher.

A minha Família, **Rodrigo, Vitor e Vinicius**, uma **LUZ** na minha história que amplia o meu sentido de vida.

A minha **Orientadora Professora Angela Boccara**, sua clareza e objetividade, me iluminaram e permitiram novas concepções do saber e de conhecer o diferente... **Muito Obrigada.**

A Professora **Edna Chamon**, seu dinamismo, e capacidade de liderança, que reconhece o *Ser* que existe em cada um...

A todos os **Professores** do Mestrado em Desenvolvimento Humano, que dividiram seu conhecimento e experiências durante as aulas...

Aos meus **Colegas do Mestrado**, de áreas diferentes compartilhando os diferentes “saberes”...

Ao “**Pessoal**” da Secretaria da PRPPG, sempre disponíveis e prontos a me orientar... Em especial a **Beli Vendramini** (PRPPG), pela generosidade, alegria e disponibilidade.

Ao **Gilmar e ao Theófilo**, do MDH turma 2011, muito atenciosos, e prontos a ajudar...

A **Mariana Abrantes** da Clínica de Psicologia, amiga e organizadora dos meus escritos...

A **Cristiane Squarcina** da Clínica de Psicologia pela *força de sempre*...

Aos **Enfermeiros**, que realizaram as entrevistas, por acreditarem na possibilidade de uma transformação, e partilharem suas valiosas experiências, sem as quais não seria possível este estudo.

A **Professora Vera Bonato**, por me ouvir e me mostrar “luz” em momentos de escuridão.

Aos **Professores Doutores Marluce e Mauro**, integrantes da Banca examinadora, por aceitarem o convite e contribuírem com *seus conhecimentos e orientações*, ampliando meu olhar para esse estudo. **Muito Obrigada!**

As professoras Dras. **Eliete e Marilza**, por aceitarem o convite de professoras suplentes.

Ao chefe do Departamento de Psicologia Professor **Dr. Benedito Donizeti Goulart** e as Professoras Dras. **Elvira, Fátima, Elisete, Maria Emília, Rose, Regina Namura... Pelo incentivo de sempre... Muito Obrigada!**

A professora **Ms. Andréia Alda Valério**, pela correção desse Estudo.

A **Angelita e Ana Beatriz**, pela paciência e organização final desse trabalho.

*“O seu olhar”*

“O seu olhar lá fora  
O seu olhar no céu  
O seu olhar demora  
O seu olhar no meu  
O seu olhar...  
O seu olhar melhora  
Melhora o meu...”

*(Arnaldo Antunes)*

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os significados e as práticas da humanização da assistência à saúde para enfermeiros no contexto hospitalar. Estudo descritivo, qualitativo a luz da Teoria da Representação Social. Participaram oito enfermeiros de um hospital geral na cidade de Taubaté. Os dados obtidos foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, com base nas perguntas norteadoras: O que é a humanização da assistência para você hoje? Como você reconhece no seu trabalho a prática da humanização? Exemplifique. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo e deram origem as Unidades Temáticas e seus sub-temas: O Significado da Humanização, A interdisciplinaridade na prática da humanização, Tecnologia na Prática do Enfermeiro, A subjetividade na prática do profissional enfermeiro, As práticas da Humanização realizadas por enfermeiros, Políticas Públicas e Humanização, Condições de trabalho e Humanização, Desenvolvimento Humano e Humanização da Assistência e seus sub-temas, as quais foram discutidas com base na Teoria da Representação Social e na literatura pertinente ao assunto. Os significados e as práticas da humanização da assistência à saúde para enfermeiros estão manifestadas na prática diária do profissional. Envolve conteúdos relacionados aos conhecimentos adquiridos na sua formação, aspectos relacionados ao desenvolvimento humano, conteúdos subjetivos de profissionais e pacientes, contato diário dessa interação profissional - paciente, e nas representações que estabelecem com os papéis desenvolvidos no contexto hospitalar.

**Palavras-chave:** Humanização da Assistência. Saúde. Representações Sociais. Enfermeiros. Desenvolvimento Humano.

## **ABSTRACT**

This study aimed to identify the meanings and practices of the humanization of health care for nurses in the hospital. A qualitative descriptive study to the Theory of Social Representation. Participants were eight nurses from a general hospital in Taubaté. Data were collected through semi-structured interview, based on the guiding questions: What is the humanization of assistance to you today? How do you recognize in your work practice of humanization? Illustrate. Data were subjected to content analysis and led the thematic units and their sub-themes: The Meaning of Humanization, Interdisciplinary in the practice of humanization, Technology in Practice Nurse, The subjectivity in the practice of nurses, The Humanization of practices carried out by nurses, Public Policy and Humanization, working conditions and Humanization, Human Development and Humanized assistance and its sub-themes, which were discussed based on the Theory of Social Representation and the literature pertaining to the subject. The meanings and practices of the humanization of health care for nurses are manifested in the daily practice of the profession. It involves content related to the knowledge acquired in their training, aspects related to human development, subjective contents of professionals and patients, daily contact this professional interaction - patient, and representations that they establish with the roles developed in the hospital. **Keywords:** Humanization of Assistance. Health. Social Representations. Nurses. Human Development.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 História da Saúde.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 HumanizaSUS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Humanização .....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 História da Enfermagem.....</b>	<b>24</b>
<b>2.5 Subjetividade e Humanização .....</b>	<b>30</b>
<b>2.6 Interdisciplinaridade e Humanização.....</b>	<b>33</b>
<b>2.7 Desenvolvimento Humano .....</b>	<b>36</b>
<b>2.8 Representações Sociais .....</b>	<b>40</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Categorização da população .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Unidades Temáticas .....</b>	<b>50</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE A – Ofício .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Autorização da Instituição .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE E – Entrevista – Enfermeiro .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO A – Declaração N° 501/10 .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO B - Memorial Descritivo.....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A humanização no contexto hospitalar aparece no cenário da saúde como forma de aprimorar as condutas da assistência, enfatizando a importância da inserção do modelo biopsicossocial como forma de compreender e atender o ser humano-paciente, na sua integralidade física, psíquica e social (BRASIL 2001).

O ambiente hospitalar apresenta características próprias de impessoalidade, pois o indivíduo doente está predisposto ao outro, sua identidade, suas necessidades nem sempre são consideradas, as rotinas e a tecnologia num hospital, podem levar o profissional da saúde a negligenciar as condições de atendimento/cuidado ao paciente. Considerando esses aspectos, e acreditando na relação humana, encontra-se nas propostas do Ministério da Saúde (MS), o termo *humanização* utilizado no âmbito da saúde como base de um conjunto de iniciativas, enfatizando uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento do profissional, esse conceito propõe uma nova prática na produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2001).

A humanização da assistência à saúde não é apresentada como uma técnica, uma arte e muito menos um artifício, é um processo vivencial que engloba todas as pessoas que trabalham no hospital e que tem como objetivo dar o tratamento que o paciente necessita enquanto *pessoa humana*, reconhecendo as diferentes necessidades dos indivíduos envolvidos (DESLANDES, 2004).

A humanização se caracteriza principalmente por uma reorganização do trabalho em saúde e se utiliza da realidade percebida e vivenciada no cotidiano profissional (DESLANDES, 2004).

Nesse sentido, *humanizar* é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. É a possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites (BRASIL, 2001).

Essa atuação ética dará à prática da humanização a possibilidade de se efetivar no atendimento à saúde, uma vez que se estabeleçam com a equipe de atendimento as condições adequadas para essa prática, isto é, a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, a filosofia adotada no ambiente hospitalar, e o fator humano envolvido (MARTINS, 2001).

O fator humano se refere ao *homem* e a sua cultura, envolvendo valores, hábitos, costumes, linguagem, *o como esse ser humano* se comunica e se mostra nas inter-relações e

interações que estabelece nas suas vivências, nos papéis que desempenha e nos aspectos subjetivos relacionados aos conteúdos vividos de cada indivíduo (MARTINS, 2001).

Esses conteúdos são de natureza subjetiva, visto que os aspectos que o compõem têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades, de atitudes e de papéis desempenhados pelos diferentes atores no contexto hospitalar (MARTINS, 2001).

O profissional da saúde ao se posicionar como principal agente executor da assistência está predisposto a uma série de situações de trabalho que mobilizam aspectos subjetivos, como o contato com: a dor, a doença, a morte, a superação de limites tanto pessoais quanto profissionais que exigem autoconhecimento como pré-requisito para a compreensão de si mesmo e do outro e, dessa forma estabelecer a prática assistencial humanizada. Dentre os profissionais da saúde, o enfermeiro é aquele que se destaca devido à história da profissão, que faz desse profissional um “cuidador”. As propostas da humanização da assistência à saúde estão diretamente relacionadas com o cuidar, abrangendo os aspectos tecnológicos e a referência humana que envolve as relações em um hospital.

Desse modo, no contexto hospitalar seres humanos cuidam de outros, as relações subjetivas estão acontecendo, e nessa realidade conta-se com a necessidade de se assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e do reconhecimento de limites (BRASIL, 2001).

A atuação ética dos profissionais de saúde dá à prática da humanização da assistência a possibilidade de se efetivar o atendimento à pessoa, estabelecendo com a equipe as condições adequadas, especialmente relacionadas com a utilização racional dos recursos tecnológicos disponíveis, a filosofia adotada no ambiente hospitalar, e o fator humano envolvido (SILVA, 2000).

A formação de uma cultura de humanização da assistência é necessária, mas só será sustentável se forem construídas formas de disseminação desta concepção ideológica, contra-hegemônica e formação de alianças entre os profissionais da saúde e instituição hospitalar, para garantia de adesão e sua continuidade (DESLANDES, 2004).

Atualmente, observa-se que na relação usuário e profissional a ênfase está nos aspectos técnicos e não há “atenção” suficiente à prática da humanização. Essa se estabelece e propõe um vínculo de cuidado real, e assim, uma interação efetiva entre profissional e pessoa assistida (CAPRARA; FRANCO, 1999).

O movimento de humanização de assistência perpassa pelo processo de educação e capacitação dos profissionais de saúde, existe a necessidade do autoconhecimento e da comunicação como complementos essenciais, pois engloba a relação dos profissionais envolvidos, o processo de desenvolvimento humano, numa ação mais ampla na qual o ser humano é visto como um todo integrado, nos aspectos corporais, emocionais, mentais e espirituais (SOARES, 2007).

Dessa forma, esse elemento humano se compõe de diversos aspectos no processo de interação pessoal, da comunicação destes, e a integração de diferentes áreas do saber em saúde. Integrar saberes envolve explorar potencialidades de cada ciência, profissão, e busca incluir o todo por meio da diversidade e criatividade (ETGES, 1999).

No contexto da saúde, a atuação integrada de profissionais de diferentes disciplinas, implica numa assistência diferenciada, complementar na prática da humanização.

A prática interdisciplinar é uma possibilidade de transformação da realidade na assistência diferenciada em que os profissionais da saúde procuram colocar as partes em relação ao seu significado no todo, pois pressupõe uma integração de conteúdos, um modo de se compreender o mundo e transformá-lo, resignificando um determinado contexto (PETRAGLIA, 1993).

Essa ação nos remete a resgatar aspectos acerca das representações sociais (RS) do profissional da saúde em atuação, desse *homem* que interpreta sua prática profissional, e inclui novo significado por meio da humanização da assistência à saúde.

Nesse sentido, Jodelet (2001) propõe à necessidade de se rever as práticas da humanização da assistência nas instituições de saúde, buscando maneiras diferentes de atendimento e de trabalho que preservem os aspectos éticos no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais.

As relações que se estabelecem no contexto hospitalar dependem de uma gama de variáveis, as quais incluem os profissionais da saúde e o usuário paciente. Dessa forma, questiona-se até que ponto esses protagonistas estão disponíveis para cumprir um programa pré-determinado? Será que esses indivíduos estão informados para colocar em prática as propostas da humanização? Os enfermeiros consideram importantes as práticas da humanização da assistência no contexto hospitalar e como as realizam? As propostas da humanização da assistência à saúde são coerentes com a realidade de trabalho desses profissionais? A formação dos profissionais enfermeiros está coerente com a proposta da humanização da assistência à saúde?

Esses questionamentos estão baseados na crença de que a criação do programa de humanização da assistência à saúde veio para transformar aspectos que se mostravam ineficientes no atendimento em saúde no contexto hospitalar, e na crença de que essas propostas são passíveis de serem desenvolvidas e praticadas.

É importante enfatizar que a Humanização de Assistência à saúde é apresentada como um processo de construção de um conceito, e que os profissionais da saúde estão descobrindo, e procurando concretizar essa nova proposta do trabalho em saúde. Essa descoberta acontece num processo de evolução pessoal e profissional como parte do desenvolvimento humano, nas relações entre profissionais, na interação de profissionais e Instituição e no atendimento aos usuários.

Portanto, conhecer o significado e as práticas da humanização da assistência à saúde para enfermeiros no contexto hospitalar pode contribuir para ampliar a consciência dos envolvidos com o tema considerando o desenvolvimento humano, a interação de profissionais de diversas áreas e as representações que se estabelecem a partir dos conceitos, práticas e opiniões, podendo assim, servir de subsídio para a elaboração de programas de capacitação profissional, alteração de conteúdos na formação dos profissionais de saúde e, especialmente, favorecer a prática da humanização, por meio da atenção ao comportamento ético/humano com o cuidado técnico-científico, já construído, conhecido e dominado, incorporando a necessidade de explorar e acolher o imprevisível, o diferente, o incontrolável e singular.

Trata-se, portanto, de um agir inspirado em uma disposição de acolher e de respeitar o outro como ser autônomo e digno.

Ampliar esse olhar é promover possibilidades de conhecer o movimento da humanização da assistência à saúde no contexto hospitalar, divulgando a compreensão e a prática dos enfermeiros, conhecerem quem são esses protagonistas anônimos, de onde eles vêm e como atuam em sua profissão, desvendando os aspectos subjetivos que interferem no seu dia a dia, suas limitações, descobertas e transformações.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Investigar os significados e as práticas da humanização da assistência à saúde para enfermeiros no contexto hospitalar.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos enfermeiros participantes.
- Identificar as práticas de humanização da assistência realizadas por enfermeiros.
- Identificar as possíveis relações entre os significados e as práticas da humanização assistência à saúde realizada por enfermeiros no contexto hospitalar.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 História da Saúde no Brasil

O conceito de saúde será aqui analisado tendo como base a evolução histórica, o contexto cultural e as necessidades humanas que demandam atenção à saúde.

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (CANGUILHEM, 1990), uma vez que cada contexto apresenta características próprias, como: aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos e culturais e assim, pode-se afirmar que o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde (BRASIL, 2005).

Desta forma, a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa*, apresenta uma visão ultrapassada por propor uma “*condição de perfeição*” ao ser humano, sendo que saúde não é uma condição estável que possa ser mantida linearmente uma vez que seja atingida (BRASIL, 1990).

O conceito de saúde remete a uma compreensão mais complexa do ser humano, de forma holística, considerando os aspectos físicos, assim como os aspectos sociais, subjetivos e culturais, em que indivíduos e sociedade consideram ter mais ou menos saúde, dependendo do momento, do referencial e dos valores que apresentam (BRASIL, 1990).

Nesse capítulo será enfatizada a história de saúde no Brasil, seu início e evolução.

A Saúde Pública Brasileira teve início em 1808, no entanto o Ministério da Saúde (MS) só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o MS passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existente (BRASIL, 2011).

O MS limitava-se à ação legal e à mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério (BRASIL, 2011).

Três anos após sua criação, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de

combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas (BRASIL, 2011).

O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e, o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta no campo do saneamento e da assistência médico-sanitário aos estados (BRASIL, 2011).

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panacéia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importante, como a formulação da Política Nacional de Saúde em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do MS e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social (BRASIL, 2011).

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional da Saúde (CNS) que propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitário e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização (BRASIL, 2011).

Os militares, em 1964 propõem ao MS incorporar a assistência médica da Previdência Social, e assim fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2011).

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 1967, ficou estabelecido que o MS fosse o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitário (BRASIL, 2011).

Ao longo destes quase cinquenta anos de existência, o MS passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde,



para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica. No mesmo ano, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM - passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, que compreendia cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. As cinco regiões se subordinavam às Delegacias Federais de Saúde as quais deixavam, assim, de integrar órgãos de primeira linha. É criada também, a Coordenadoria de Comunicação Social como órgão de assistência direta e imediata do Ministro de Estado ao mesmo tempo em que fora instituído o Conselho de Prevenção Antitóxico, como órgão colegiado, diretamente subordinado ao Ministro de Estado (BRASIL 2011).

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema (BRASIL, 2011).

## **2.2 Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal de 1988, ao criar o SUS, estabeleceu uma radical transformação do sistema de saúde, havia consenso na sociedade brasileira que o sistema em vigor não atendia às necessidades da população, não havia cobertura de assistência especialmente aos grupos de excluídos, principalmente entre os mais pobres e de regiões carentes. Os recursos financeiros eram insuficientes, a população não tinha possibilidade de participar na formulação da gestão das políticas de saúde. Era baixa a qualidade dos serviços oferecidos tanto na infra-estrutura como em recursos humanos (MELLO, 2008).

A insatisfação e preocupação de usuários e profissionais com os serviços de saúde, com os recursos humanos, com os baixos salários, com o excesso de profissionais em algumas regiões do país e falta em outras, com o desperdício de recursos alocados para a saúde, com a má administração, com a ausência de critérios e com a pouca transparência dos gastos públicos, se fez necessário rever as condições dos serviços de saúde prestados à população, e como esse serviço atendia aos usuários e aos profissionais da saúde (MELLO, 2008).

O SUS trouxe novas perspectivas e práticas de saúde, resgatando necessidades até então pouco valorizadas como a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, ações que

buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, prevenir riscos e exposições de doenças, atuando mais diretamente na vida das pessoas com o objetivo de recuperar e tratar sequelas de patologias diversas (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Os avanços na Construção do SUS se consolidam a partir da promulgação das leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, na 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas a esfera municipal, estadual e federal, seja pública ou privada, contratadas pelo gestor público de saúde (BRASIL, 2009).

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal, e tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade, independente do poder aquisitivo do cidadão (BRASIL, 2009).

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica, são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda à população de uma determinada região.

Com a criação do SUS, a participação popular ganha força na formulação das políticas de saúde e na sua fiscalização. Esta participação corresponde a detectar problemas e desenvolver maneiras para solucioná-los. Assim os projetos de saúde serão coerentes com as reais necessidades da população. A proposta *principal* do SUS se resume na frase: “O SUS é para TODOS” (BRASIL, 2009).

O modelo do SUS é universal, humanizado e de qualidade, no entanto, embora tenha conseguido algumas conquistas desde que foi criado, enfrenta grandes dificuldades para efetivar sua total implantação (MELLO, 2007), desta forma diversos projetos e programas foram e estão sendo elaborados para superar as dificuldades, dentre esses a Política de Humanização da Assistência destaca-se como um elemento de integração entre profissional e usuário do sistema.

## **2.5 HumanizaSUS**

A partir dos anos 90 a humanização da assistência passa a fazer parte do vocabulário dos profissionais da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência, e mais tarde em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No final da década de 90, o conceito de humanização foi instituído em dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (PHPN) e o programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), coincidindo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (CARAPINHEIRO, 1993).

Em maio de 2000, o MS, regulamentou o PNHAH e a humanização foi incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro do mesmo ano, destinando-se a promover uma nova cultura da prática de humanização no atendimento à saúde (BRASIL, 2006).

A partir de 2001, o MS instituiu o PNHAH, propondo prioritariamente mudanças nas relações entre os gestores, administradores e usuários da saúde, com a finalidade de fortalecer os princípios do SUS. Em 2003, este programa passa a ser denominado Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSus (BRASIL, 2006).

O HumanizaSus, traz como princípios a inseparabilidade da atenção e gestão em saúde, e o estímulo à autonomia a todos envolvidos (profissionais, usuários), nas ações em saúde. Para isso, se fez necessário a implantação de dispositivos que problematizam os processos de trabalho, os modelos de atenção e gestão implantados e operem mudanças nas práticas através de discussões coletivas (BRASIL, 2006).

A proposta da PNH busca nessas mudanças práticas pautadas nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social do usuário, evidenciando que a eficácia de um sistema como o SUS, depende da qualificação dos recursos humanos e da

valorização dos usuários, para isso se faz necessária uma reflexão por parte dos profissionais da saúde, acerca dos usuários como sujeitos participativos que devem ser respeitados nas suas diferenças através de um atendimento acolhedor, compreensivo e de qualidade (FREITAS, 2007).

A proposta do HumanizaSus é revalorizar as inter-relações humanas e a busca da dignidade humana. A humanização tem se apresentado, não como um programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica em algumas atitudes descritas no documento denominado de Política Nacional de Humanização - HumanizaSus que são:

- . Traduzir os princípios do SUS, em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- . Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de construção de saúde e produção de sujeitos;
- . Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando os aspectos subjetivos nelas presentes;
- . Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004).

Desta forma a proposta de operacionalização da prática assistencial humanizada deve se dar segundo o MS – Cartilha HumanizaSus (Brasil, 2004) por meio de:

- . A troca e a construção de saberes;
- . O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- . A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- . O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores trabalhadores e usuários desta rede;
- . O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- . A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Os princípios do HumanizaSus foram estabelecidos legalmente, mas sabe-se que na prática diária dos profissionais nas instituições de saúde esses princípios muitas vezes não são efetivamente colocados em prática, sendo ainda necessário ampliar a divulgação dessa política nos espaços institucionais de ensino e assistência para que de fato se consiga

implementá-los e respeitá-los e, principalmente, garantir à população o acesso a um serviço de saúde com responsabilidade e respeito, contribuindo para manter uma melhor qualidade de vida e de saúde da população.

### **2.3 Humanização**

O termo “humanização” valoriza a qualidade do cuidado, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, e o diálogo (DESLANDES, 2004).

Como destaca Hoga (2004), é necessário o autoconhecimento do profissional de saúde, e sua formação deve constituir-se de dois aspectos: o preparo técnico-científico e o humanístico, principalmente o humanístico com a valorização da dimensão subjetiva do profissional de saúde e de seus pacientes.

A humanização da assistência envolve diversas concepções teóricas, utilizadas na saúde, e faz parte de um conjunto de iniciativas governamentais que tem buscado colocar esse conceito em prática por meio da melhoria da qualidade do cuidado, desde o ponto de vista técnico até o reconhecimento de que paciente e profissional são integrantes de uma sociedade que possui aspectos culturais e subjetivos que devem ser considerados e valorizados nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2004).

A humanização de assistência à saúde visa contribuir para a reconstrução das práticas de saúde (DESLANDES, 2004) oferecendo a oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento vigente nos hospitais, por meio da prática em saúde que enfatiza as necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo, tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente/paciente).

Nessa perspectiva, cada sujeito deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto, com necessidades e expectativas particulares (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003), que se estabelece como uma construção de atitudes em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (FREYRE, 2004).

Essas *construções* não estão prontas e postas em decretos, ou em livros, não tendo características generalizáveis, sendo que cada instituição, cada profissional, cada equipe de saúde, terá seu processo singular na prática da humanização da assistência (MARTINS, 2001).

A humanização da assistência deve caminhar, portanto, no sentido de se constituir como parte integrante do sistema de saúde, para isso foi desenvolvido um Programa Ministerial que posteriormente passou a ser a Política de Humanização da Assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, considerando todos os profissionais que formam o grupo de atuação no contexto hospitalar (LEPARGNEUR, 2003).

O grupo de trabalho envolve diferentes profissionais em todos os níveis do atendimento. Profissionais de primeiro contato à alta direção do hospital, o que contempla uma variedade de enfoques e opções de compreensão dos aspectos subjetivos existentes no atendimento à saúde (BRASIL, 2001).

A prática da humanização da assistência requer atividade conjunta e/ou integrada/complementar dos profissionais, considerando o objetivo principal da assistência hospitalar, que é o cuidado e o restabelecimento da saúde. Para tal, se faz necessário despertar nos profissionais o interesse por questões relacionadas à humanização, bem como desenvolver programas de capacitação nas instituições de saúde e de formação junto aos cursos de graduação em saúde na perspectiva de transformar a complexa ação de assistir pessoas em fases de recuperação da saúde.

Humanizar a assistência implica em estabelecer uma comunicação na qual a palavra dos usuários e a palavra dos profissionais da saúde possam fazer parte de uma rede de diálogos que pensa e promove ações, campanhas, programas e políticas assistenciais (BETTS, 2011).

Uma vez que profissionais como sujeitos sociais são mobilizados, tornam-se capazes de modificar realidades, transformando a si próprios nesse processo. Essa mobilização se mostra possível e adequada na realidade do profissional da saúde e se reflete na compreensão e no olhar de cuidado que desperta na relação do ser humano o sentimento de confiança e solidariedade (PESSINI, 2002).

Nessa relação está presente o desafio de refletir sobre o modo de ser e de agir nas relações com os outros e com o mundo. Essa reflexão no campo da saúde parece justificar a fragmentação das relações humanas, agravadas pelo desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar, o que gera limitação na comunicação entre profissionais e pacientes, transgredindo a proposta do diálogo, e da necessidade do usuário de manifestar suas necessidades de ser atendido como um ser atuante no seu processo de busca da saúde (FREITAS, 2007).

O MS (BRASIL, 2000) considera que as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo na área da saúde, não funcionam sozinhos, sua eficácia é fortemente influenciada

pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento. Pessoas se relacionam como forma de promover o crescimento e o bem estar da outra. Na realidade hospitalar, o bem estar está relacionado com a recuperação da saúde (WALDOW, 1998).

De acordo com Waldow (1998, p. 163), “contrariamente ao que muitas pessoas pensam o resgate do cuidado não é rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico”, e sim a interação da tecnologia, do fator humano, e do atendimento humanizado.

“Hospital humanizado, portanto, é aquele que em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, garantindo um atendimento de elevada qualidade” (MEZZOMO, 2001, p. 276).

Nessa proposta, a humanização da assistência é um modo de operar os processos de trabalho de uma equipe de saúde, de modo a atender a todos que procuram os serviços, usuários e familiares, assumindo postura capaz de acolher, escutar, utilizar os recursos tecnológicos compactuando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários (BRASIL, 2004).

É uma busca da implementação de mudanças reais na relação estabelecida entre profissionais e pacientes que se concretiza em ações e comportamentos (BEDIN, 2004), por meio da maneira como as pessoas se reconhecem no mundo, das reflexões que realizam, e da possibilidade de reconstrução de mundos a partir de um novo *olhar* para si mesmo e para o coletivo.

A humanização da assistência somente se realiza se for tomada como um modo de gestão capaz de operar novas concepções de atenção à saúde, assim necessita de estratégias não só de produção, mas de reprodução do modelo, pois, sabe-se que não existe uma receita única.

Profissionais da saúde terão de se conscientizar do papel de cada um na prática da humanização para sua realização. É necessária a formação de uma cultura e conseqüente disseminação da prática da humanização na relação estabelecida entre os profissionais da saúde e usuários. Humanizar as práticas de atenção e de gestão à saúde é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva no país (BRASIL, 2001, 2004).

Assim, humanizar é introduzir o humano no funcionamento do hospital, e não reduzir o indivíduo a uma máquina a ser consertada (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 2000), permitindo tratar o paciente como pessoa que é, considerando sua realidade pessoal, social e familiar, e não apenas como um corpo doente (DUARTE, 2011).

A humanização da assistência no contexto hospitalar constitui-se em importante objeto de reflexão sobre as relações de profissionais da saúde e sujeitos que demandam cuidados de saúde, sendo dimensão essencial na qualidade das práticas profissionais.

## 2.4 História da Enfermagem

Na história do mundo, desde as mais remotas eras, existiram as ações da enfermagem especialmente nas atividades das parteiras. As técnicas praticadas atravessaram todas as civilizações sem se tornarem obsoletas. Atualmente são evidentemente requintadas com o implemento da tecnologia. Seu desenvolvimento foi procrastinado por motivos que transcendem os nossos conhecimentos, mas em cada civilização há indícios do seu itinerário (PAIXÃO, 1979).

A história da enfermagem começa nos primórdios da história do mundo e estende-se aos períodos antes, durante e depois da Idade Média. Antes deste período, as práticas do cuidado, ação norteada da profissão, eram desenvolvidas pelas mulheres na sociedade primitiva, pelos escravos e sacerdotes. Nesse período, saúde/doença, na concepção dos primitivos, estavam ligadas ao sobrenatural, entendidas como ação de espíritos; com os gregos vai ligar-se à alteração dos humores, relacionando-se a causas objetivas e não sobrenaturais (SILVA, 1989).

Contudo, com o advento do cristianismo e o poderio da igreja, a prática da enfermagem sofreu profundas transformações, saúde/doença estavam relacionadas ao aspecto religioso. A saúde era atribuída num sentido de agrado a Deus e a doença era considerada um castigo (SILVA, 1989).

Nessa concepção, os trabalhos de enfermagem eram realizados por pessoas ligadas à igreja, ou leigos que tinham espírito de caridade o que enfatizava que cuidar dos doentes aproximava o homem de Deus. Era como garantir junto a Deus a remissão dos pecados, pois como prega (va) a igreja, todos somos pecadores (RODRIGUES, 2001).

Essa marca histórica do trabalho caritativo, da benevolência, ainda está presente na atualidade, nas representações da enfermagem, nos valores e nas condutas cotidianas dos profissionais, embora não se manifestem com os mesmos valores religiosos na relação direta de ação e salvação da alma, mas os preceitos cristãos continuam ligados ao *fazer* do profissional de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989).



O modelo religioso sofre algumas alterações na transição do feudalismo para o capitalismo, pois no capitalismo houve a possibilidade de estruturação do espaço hospitalar, que foi modificado com esse novo modelo de produção. O hospital passa de um lugar em que as pessoas iam apenas para esperar pela morte para um espaço de cura (RODRIGUES, 2001).

Assim, o modelo religioso que influenciou a prática da enfermagem emerge no mundo cristão, atravessa a Idade Média e vai se defrontar com o capitalismo na Inglaterra, no final do século XVIII, e com a ascensão da burguesia e sua instalação como classe social dominante, dará à enfermagem um significado de vocação, a fim de tornar possível o treinamento de alguns agentes. Portanto, no capitalismo o modelo religioso é substituído pelo vocacional (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Essa substituição não se efetiva totalmente na prática, pois, ainda se vê marcas na atualidade do modelo religioso e na concepção que se tem do profissional enfermeiro.

A enfermagem moderna se origina no século XIX, com Florence Nightingale como modelo e precursora desse novo momento da profissão (LIRA; BOMFIM, 1989).

A reputação das enfermeiras na época era de mulheres que haviam perdido a boa conceituação moral e social, tidas como prostitutas e alcoólatras, e Nightingale, influenciada pela educação e características pessoais que apresentava, “não se satisfazia com a vida aristocrática que a limitava à condição de uma dama, além disso, quando criança mostrava-se de forma invulgar, o que leva a acreditar que teria aptidão para executar alguma coisa grandiosa na sua vida” (LIRA; BOMFIM, 1989, p. 7). Sua maior influência foi ter recebido uma educação clássica em igualdade com a educação da maioria dos homens de sua época, aderindo à causa da mulher na virtude do trabalho.

De suas vivências observou a necessidade de treinamento específico para a enfermagem, pois entendia que não bastava a inteligência e intuição feminina, como era visto na época (LIRA; BOMFIM, 1989). Nightingale fez reconhecer a necessidade da disciplina no trabalho da enfermagem, enfatizando que eram necessários mais do que atributos meramente pessoais (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Outra influência significativa para a prática do cuidado em enfermagem foi de Elizabeth Fry, que defendia o tratamento humanitário nas prisões ajudando Nightingale a tornar suas aspirações ainda mais construtivas. Sua primeira prova real foi a reforma do Hospital Militar, durante a guerra da Criméia de 1854 a 1856 (LIRA; BOMFIM, 1989).

Frente a este desafio desenvolveu ações que incluíam procedimentos relacionados à nutrição, saneamento e aquisição de equipamentos, reduzindo a taxa de mortalidade desse hospital em seis meses (LIRA; BOMFIM, 1989).

Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda, e ela foi imortalizada como a “dama da lâmpada”, porque de lanterna na mão percorria as enfermarias atendendo os doentes. Durante a guerra da Criméia, contrai tifo, em 1856, e passa a levar uma vida de inválida. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do governo inglês e, graças a esse prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da enfermagem: a criação de uma Escola de Enfermagem que em 1859 se torna realidade no Hospital St. Thomas, em Londres, servindo de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente (LIRA; BOMFIM, 1989).

O curso consistia em aulas diárias ministradas por médicos, com duração de um ano. Nas primeiras escolas de enfermagem, o médico era a única pessoa qualificada para ensinar, a ele coube então, decidir qual de suas funções poderia delegar às enfermeiras. Esse marco histórico determina muito dos aspectos de subordinação médica da prática de enfermagem.

O conceito de enfermagem proposto por Nightingale abrangia diferentes funções para o enfermeiro, que incluíam as de assistente social, capelão, nutricionista e administradora (LIRA; BOMFIM, 1989). Fato este relevante ao se considerar a trajetória histórica da prática da enfermagem até os dias atuais, uma vez que muitas vezes se torna difícil caracterizar as funções privativas do enfermeiro.

Florence morre a treze de agosto de 1910, deixando para o mundo o ensino da enfermagem, enfatizando a necessidade de que a enfermagem requer organização, prática e treinamento específico (LIRA; BOMFIM, 1989). E assim, transformando a enfermagem em um saber especializado, em uma ocupação assalariada que vem atender à necessidade de hospitais, e constitui-se como uma prática social institucionalizada.

No Brasil, a organização da enfermagem, desde o princípio da colonização, foi incluída na abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal. No que diz respeito à saúde do povo, merece destaque o Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses, foi além, pois atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Outra figura de destaque foi Frei Fabiano de Cristo que durante 40 anos, exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antonio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII) (TURKIEWICS, 1995).

Os escravos tiveram papel relevante na história da Enfermagem, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes. Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial (TURKIEWICS, 1995).

A primeira sala de partos funcionava na casa dos expostos em 1822. Em 1832, organizou-se o ensino médico e foi criada a faculdade de medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da faculdade de Medicina diplomou, no ano seguinte, a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil (TURKIEWICS, 1995).

No começo do século XX, grande número de teses médicas foi apresentado sobre higiene infantil e escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes a novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a enfermagem (GEOVANINI, 1995).

No Brasil, no espaço entre 1865 a 1890, a enfermagem foi praticada por leigos e curiosos, sendo que a classe religiosa se destacou nesse trabalho, especialmente da religião católica (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A saúde passa a constituir um problema econômico-social, e, para deter esta escalada que ameaçava a expansão comercial brasileira, o governo, sob pressões externas, assume a assistência à saúde através da criação de serviços públicos, da vigilância e do controle mais eficaz sobre os portos (TURKIEWICZ, 1995). Nesse contexto social, a reforma Oswaldo Cruz, introduzida em 1904, traz a Diretoria-Geral de Saúde Pública e abre novas frentes de trabalho como o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção e o Instituto Soroterápico Federal, que posteriormente veio a se transformar no Instituto Oswaldo Cruz. A Reforma Carlos Chagas (1920), numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde, cria o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil (TURKIEWICZ, 1995).

A formação de pessoal de Enfermagem para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Essa escola, que é de fato a primeira escola de Enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO (TURKIEWICZ, 1995).

O nome de Anna Justina Ferreira (Anna Neri) merece destaque nesse período, pois se colocou à disposição para auxiliar os feridos na guerra do Paraguai. Improvisa hospitais e não media esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil, foi acolhida com carinho e louvor e o governo imperial lhe concedeu uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Muitas foram as dificuldades que as pioneiras da enfermagem enfrentaram; no entanto, essas dificuldades foram vencidas e as escolas se espalharam pelo Brasil.

Os cursos de graduação foram ganhando formas mais estruturadas, considerando que o ensino fundamental sistematizado da *Enfermagem Moderna* no Brasil foi introduzido em 1923 pelo Decreto nº. 16300/23, no Rio de Janeiro, mediante a organização do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigida por Carlos Chagas e posteriormente denominada Escola Ana Nery (ITO, 2006).

O ensino de enfermagem, gradativamente, foi se ampliando e na década de 40 várias outras escolas de enfermagem surgiram em diferentes estados brasileiros, especialmente em São Paulo, no Rio de Janeiro e em Minas Gerais (BARREIRA et al., 1997).

A fundação dessas escolas foi marcante para redirecionar a profissionalização da enfermagem, gerando um grande crescimento para a profissão.

A reorganização da assistência social e o crescimento concentrado e desordenado da profissão, bem como as mudanças no contexto da saúde no Brasil em decorrência da industrialização que adentrou o país a partir da década de 50, contribuiu para determinar a emergência da atenção médica individual exigida pelos trabalhadores. Essa organização reforçou a política de saúde médico-hospitalar e relegou a saúde pública a uma posição secundária (GEOVANINI, 2005).

Diante dessa situação, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem passaram a enfatizar não mais a saúde pública, e sim a assistência curativa (GEOVANINI, 2005).

No entanto, a transformação dessa realidade da profissionalização da enfermagem se concretiza no Brasil, quando Wanda de Aguiar Horta ousou escrever as bases de uma teoria para a profissão e assim, em 1962, o ensino de enfermagem integra o sistema de ensino universitário; criam-se cursos de mestrado e doutorado (LIMA, 1993).

O modelo médico/hospitalar no ensino e graduação mostra-se predominante em todas as mudanças curriculares no ensino de enfermagem no Brasil. A legislação sobre o ensino de enfermagem desde a criação da Escola Anna Nery, compreendendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revela que a formação do enfermeiro era centrada no pólo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época (ITO, 2006).

As décadas de 70 e 80 foram marcadas por profundas transformações políticas e econômicas. Em meio a essas, e em virtude do avanço tecnológico e exigências das diversas áreas de atuação profissional, surgiu à necessidade da construção de novas concepções e

percepções no cenário da saúde vigente (GIOVANINI et al., 2002). O marco conceitual do ensino de enfermagem passa a enfatizar a formação do enfermeiro para as necessidades do mercado de trabalho com ênfase na técnica, na eficiência e na eficácia dos procedimentos (SENA et al., 2001).

A formação do enfermeiro, de acordo com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (ITO, 2006). E mediante essa realidade, foram concretizadas a partir das propostas manifestadas pela mobilização dos enfermeiros, através de sua associação de classe, entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde. Essas expressam os conceitos originários dos movimentos por mudanças na educação em enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS (FERNANDES, 2005).

Assim, o grande desafio na formação do enfermeiro é fazer essa transposição da determinação da nova Lei de Diretrizes e Bases pelas Novas Diretrizes Curriculares da formação de profissionais que superem o domínio teórico-prático exigido pelo mercado de trabalho como profissionais criativos e transformadores da realidade, participantes e valorizados no contexto de trabalho (ITO, 2006).

Dessa forma, se destacam as tendências principais de transformações educacionais: a desospitalização do processo ensino-aprendizagem, a aprendizagem baseada em problemas e evidências, a aprendizagem direcionada para a aquisição de competências cognitivas e tecnológicas em prevalência à apreensão de aptidões específicas, a adoção da transdisciplinariedade, a incorporação da avaliação econômica e da bioética nos currículos e o estímulo à pesquisa (ITO, 2006).

As práticas em saúde se concretizam na enfermagem, de acordo com as necessidades sociais observadas em épocas e contextos diferentes, se transformando e adquirindo o respeito e autonomia para profissão, aspecto esse que se efetiva até os dias de hoje. Com isso, a enfermagem se fortalece como uma profissão “flexível”, que possui a possibilidade de atuar na área *curativista*, assim como na área *preventiva*, de acordo com a necessidade da realidade em que está inserida (RUBEN, 2008).

Além disso, os profissionais da enfermagem foram colaboradores com as políticas governamentais, e peças fundamentais na implantação da Estratégia de Saúde da Família

(ESF), e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), em âmbito municipal, estadual e federal (RUBEN, 2008).

Os aspectos abordados na história da enfermagem enfatizam sua necessidade e eficiência no atendimento ao enfermo no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde, assim como se mostram uma importante força na modelagem do futuro desses cuidados (SMELTZER, 2002).

Nesse sentido, o trabalho da enfermagem surge com autonomia e independência na segunda metade do século XX, e início do século XXI, com representações próprias de sua imagem frente a sua atuação no contexto hospitalar. Dedicção, empatia e atenção ao outro, caracterizam o trabalho do enfermeiro assim como a tomada de decisões, a atenção, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente, conquistas essas que enriquecem e possibilitam a prática da humanização da assistência à saúde.

## 2.5 Subjetividade e Humanização

A palavra subjetividade tem origem na palavra identidade, que vem, à princípio, denominando o caráter do que é idêntico (CLAIN, 1990).

O sentido de identidade pessoal pode ser resumido ao que permanece sempre na vizinhança do si mesmo. O si mesmo compartilha valores e crenças do seu contexto de vida, de seu tempo, de seu gênero, da sua condição de pessoa no mundo, estabelecendo uma identidade pessoal, que nos faz sentir tão próximos de nós mesmos ao mesmo tempo produto da sociedade e produto da ação do próprio indivíduo (CLAIN, 1990).

Para Santos (1994), o primeiro nome moderno de identidade é subjetividade. A palavra foi formada a partir do termo subjetivo, denominando aquilo que pertence à consciência individual, como também pertencente ao pensamento humano (FAYE, 1990).

A subjetividade diz respeito à constituição, isto é, ao fundamento, àquilo que viabiliza essas identidades, mas que fica subjacente. Retorna-se, necessariamente, o sentido da palavra grega traduzida para o latim como *subiectum*, “a noção do que é fundamental e que permanece subjacente”. Dessa forma, pode-se dizer que subjetividade corresponde à existência de uma essência subjacente à experiência, que designa a consciência de si mesmo (FAYE, 1990).

É a capacidade de receber sentido, de fazer algo com ele e de produzir sentido, dar sentido, fazer com que cada vez seja um sentido novo (CASTORIADIS, 1999).

Considerando a história dos profissionais da saúde ao longo dos anos, esta sofreu influência de diferentes correntes de pensamento que oportunizam um movimento de reflexão sobre seus conceitos, culminando em transformações no seu modo de ser, de sentir, e de fazer a prática profissional (TEIXEIRA, 2004).

Como parte dessa influência, o positivismo cartesiano e a racionalidade científica conduzem as ações dos profissionais da área da saúde, imperando a percepção de corpo humano como máquina, desprovido de sentimentos, emoções e subjetividade. Essa concepção deixou grandes déficits para a humanidade, no sentido de valorização do ser humano na sua identidade, como corpo, mente e espírito. Historicamente a racionalidade científica moderna, que é des-subjetivada, cartesiana se operacionalizou pelo modelo biomédico (TEIXEIRA, 2004).

Essa realidade presente há algumas décadas vem sendo gradativamente transformada e os profissionais da saúde se destacam pelo esforço de tornar a relação estabelecida com o paciente mais humana, através da construção de novas identidades, modelos de cuidar que enfatizam aspectos subjetivos das pessoas assistidas, bem como das relações que se estabelecem em diferentes contextos de saúde.

A humanização da assistência também se refere à subjetividade, a significados e experiências vividas pelos usuários hospitalizados. Possibilita perceber a identidade e a realidade dos envolvidos (profissionais e usuários) tornando-se imprescindível, pois agrega o espaço das vivências, das emoções, as quais não se quantificam, uma vez que expressam suas particularidades (SANTOS, 1994).

A expressão de vivências e emoções se manifesta por meio da linguagem, pela qual se pode conhecer a subjetividade do outro. A comunicação é essencial nas relações, sem a qual nos desumanizamos reciprocamente. Assim, a prática da humanização da assistência depende da capacidade de falar, ouvir, observar, perceber e dialogar (BUSS, 2000).

A subjetividade é entendida como a expressão dos aspectos pessoais, no que diz respeito ao sujeito como ser pensante, daquilo que é individual e válido para um só sujeito e suscetível de variar de acordo com a personalidade de cada um, na expressão da sensibilidade, da espiritualidade, da intuição, das emoções e de tudo que é experienciado no processo de vida do ser humano. Características essas que irão influenciar na maneira como um indivíduo concebe a si mesmo, como vive sua vida e como se relaciona com os outros (CHAUÍ, 2002).

A subjetividade é definida como característica de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos da consciência, que o sujeito relaciona consigo mesmo e os chama de

meus (ABBAGNANO, 2002). Assim, permeia o processo de cuidar, envolvendo profissionais e pacientes.

Esses fenômenos da consciência são relacionados ao estado de conhecimento e entendimento do indivíduo de eventos externos e internos, possibilita observar desperto e atento tudo o que acontece no mundo em torno e dentro de cada um de nós (STEIN, 1998).

A consciência depende não só do olhar, mas também dos outros sentidos. [...] O contrário da consciência é ausência total de reatividade e da capacidade de perceber e de sentir os aspectos subjetivos, portanto, a subjetividade faz parte da vida humana, de um processo saudável de viver (STEIN, 1998).

Relacionada com a saúde, a subjetividade faz parte do ser humano no seu processo de vida, e não pode ser negado ou excluído na prática da humanização da assistência, considerando que são humanos cuidando de humanos (AYRES, 2003).

É importante compreender que a subjetividade permeia o processo de cuidar por ser uma dimensão pertencente tanto à pessoa assistida quanto ao profissional da saúde, caracterizando necessidades de cuidado e a maneira como será realizado, que pode ser com a co-participação dos envolvidos (profissional-paciente) ou unilateral.

Desta forma, voltar-se para o outro pode ser unilateral ou recíproco. É unilateral se apenas um percebe a presença do outro. É recíproca se ambos estão mutuamente conscientes um do outro, isto é, se o profissional da saúde e paciente estão envolvidos num processo dinâmico de interação (LEOPARDI, 2001). O autor complementa que esse cuidar em saúde acontece sempre dentro de um campo de relações em que nem tudo pode ser codificável e previsível, ou respondido com técnicas objetivas e passíveis de se repetir todo o tempo e da mesma forma.

Com isso, vai se configurando um núcleo do conceito de humanização cuja idéia é “a dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética e a relação subjetiva entre pacientes e profissionais da saúde” (VAISTSMAN; ANDRADE, 2005, p. 608).

De acordo com o Ministério da Saúde:

Quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, a necessidade de incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário (psíquicas, familiares, sociais e culturais) já é razoavelmente conhecida e discutida pelo meio médico. Cumpre chamar atenção para a necessidade, de uma segunda inclusão, menos observada, mas tão importante quanto à primeira, a das dimensões idênticas que cercam o profissional de saúde. Do ponto de vista do profissional, considerar essas dimensões permite oferecer a ele melhores condições de enfrentar, o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e dificuldades na realização do seu trabalho. O respeito dos aspectos subjetivos que existem na atividade profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe



agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo as suas carências (BRASIL, 2001, p. 45).

Humanizar a assistência é considerar a subjetividade como uma presença eficiente nessa relação paciente-enfermeiro, e desenvolver, a partir disso, benefício múltiplo para a saúde do usuário e do profissional, mas, para isso, é necessário incluí-la, sistematicamente na prática profissional, com critérios e métodos para serem permanentemente avaliados (BRASIL, 2001).

De acordo com o Programa de Humanização Hospitalar (PHH), esses aspectos subjetivos do profissional da saúde, o modo de ser de cada um, e a maneira como estabelece a relação na prática da humanização da assistência é um trabalho de natureza relacional, que integra profissionais de diferentes áreas que irão estabelecer o *cuidar*, e os usuários que serão *cuidados* (BRASIL, 2001).

## **2.6 Interdisciplinaridade e Humanização**

“Perceber-se interdisciplinar é o primeiro movimento em direção a um fazer interdisciplinar e a um pensar interdisciplinar” (FAZENDA, 1996, p.14).

O trabalho interdisciplinar na assistência à saúde amplia o olhar humanizado para o paciente, favorecendo maior abertura deste com os profissionais, possibilitando uma exposição de suas dúvidas e de seus problemas, considerando uma atitude adequada e receptiva demonstrada por profissionais de diversas áreas que entram em contato direta ou indiretamente entre si, com o usuário, promovendo a humanização (VASCONCELOS, 2002).

A humanização da assistência como um ato humanitário requer a implementação de um processo interdisciplinar reflexivo dos princípios e dos valores que regem a prática de diferentes profissionais da saúde no seu modo de atuar no contexto hospitalar. Essa forma de atuação sugere um tratamento digno, acolhedor e solidário por parte dos trabalhadores ao doente/usuário e, nesse contexto, a humanização vem com uma proposta de respeito ético à individualidades e às diferenças profissionais, para uma construção efetiva que considere o aspecto humano de todas as pessoas envolvidas na assistência (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Os profissionais da saúde, ao refletirem sobre as construções das relações de trabalho e o seu modo de agir, se inserem, de maneira crítica e consciente, na realidade hospitalar, problematizando a temática da humanização, mais especificamente, num espaço relacional o que implica numa reflexão dialógica e crítica sobre os princípios e valores que norteiam a prática dos profissionais, com o objetivo de torná-los sujeitos e agentes de transformação (FREIRE, 1987).

Dáí o entendimento desse processo como interdisciplinar, pois suas práticas são decorrentes de uma problemática e de uma necessidade comum, entendidas como promoção de mudanças estruturais que geram reciprocidade, conhecimento mútuo com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados (BOFF, 1999).

Assim, a interdisciplinaridade se posiciona como uma nova atitude diante da questão do conhecimento técnico, proporcionando uma visão extensa de abertura à compreensão de aspectos subjetivos do ato de aprender e de trocar experiências, nas quais diferentes áreas se expressam enfatizando a importância de reconhecer no espaço hospitalar a realidade e necessidade dos diferentes papéis que ali são desempenhados pelos profissionais da saúde e pelos usuários (FAZENDA, 2002).

Na prática existe uma profunda imersão no trabalho cotidiano que supõe uma articulação na troca de saberes, incluindo os usuários e seu contexto de vida, o diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2005).

A articulação e o diálogo entre as disciplinas podem ser extremamente fecundos, mas pode também gerar alguns impasses epistemológicos, pois a interdisciplinaridade não implica na identidade de objeto teórico, entretanto, foi esta leitura da interdisciplinaridade que se propagou nos anos cinquenta e sessenta o que não se mostrou historicamente fecundo, pois implicou subordinações hierárquicas entre as disciplinas e impasses epistemológicos inevitáveis. (BIRMAN, 1994).

A subordinação hierárquica impede o olhar indisciplinar uma vez que num posicionamento verticalizado não se consegue ter a visão do todo, “olhar o horizonte”, e a interdisciplinaridade propõe um olhar no qual o observador terá a possibilidade de ver o outro num contexto diferenciado de trabalho, porém, constituinte de um complemento fundamental para o exercício das atividades num contexto mais amplo e integrado.

Essa inadequação do olhar pode-se considerar que acontece desde o processo de formação do profissional, pois a maioria das instituições de ensino investe exageradamente em disciplinas fragmentadas, com intelectuais divididos em departamentos e em linhas de pesquisa por categorias e campos de estudo dialogando apenas com seus pares mais próximos,

o que impede o contato com outras disciplinas e a articulação entre os saberes, consequentemente nas equipes podem existir encontros e eventos ditos interdisciplinares, que na realidade são multidisciplinares, por não promoverem uma articulação e interação entre os diferentes pontos de vista (JAPIASSU, 2006).

O trabalho interdisciplinar não se caracteriza com profissionais de diversas áreas trabalhando numa mesma equipe, mas sim em reconhecer as singularidades de cada profissão, tomando consciência do que cada profissional pode contribuir no processo de trabalho, de acordo com sua função, objeto de trabalho e limites da sua atuação (JAPIASSU, 2006).

Se comunicar de forma interdisciplinar implica em ter diálogo, respeito e empatia pelo outro, pois as soluções de problemas passam a ser do grupo e não individuais. Dessa forma, o respeito pelo outro é extremamente relevante, considerando a singularidade de cada indivíduo, sua autonomia e modo de pensar e agir diferente.

Para isso, é importante que cada sujeito da equipe compreenda a sua própria historicidade como profissional e como pessoa, não julgando o outro pelos seus próprios valores; sendo o outro um profissional, cuidador ou o usuário do serviço de saúde (AIUB, 2006).

O reconhecimento dos aspectos subjetivos e o autoconhecimento possibilitam entender a opinião do outro, questionar as próprias convicções, teóricas e pessoais, e aprender ponderando e refletindo, enquanto a tolerância permite compreender e contextualizar a verdade do outro, implicando também em pactuar e negociar as soluções de problemas vivenciados no contexto hospitalar (SAUPE; WENDHAUSEN; BENITO, 2005).

Para Petraglia (1993, p. 12), “a interdisciplinaridade pressupõe ausência de preconceito teórico”, e termina sendo “um modo de se compreender o mundo; é movimento, algo que se vive”.

A interdisciplinaridade é um processo dinâmico e ao se considerar a relação intersubjetiva de seres humanos, constata-se a presença de ações em movimento e transformação de uma natureza ambígua, tendo como pressuposto a metamorfose, a incerteza, pois, todo projeto interdisciplinar nasce de uma situação bem delimitada, sendo muito importante contextualizar-se para poder conhecer (FAZENDA, 2002).

O projeto interdisciplinar, em sua prática diária no contexto hospitalar, possibilitará ao profissional da saúde compreender que os conteúdos técnicos se complementam, e podem de fato efetivar a prática da humanização da assistência, considerando atuação e olhares diferentes que se complementam, se ampliam e se integram.

## 2.7 Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano é um processo de construção contínua que se estende ao longo da vida de um indivíduo, como fruto de uma organização complexa e hierarquizada que abrange os componentes intraorgânicos, as relações sociais, e a vivência pessoal do ser humano de acordo com o ambiente em que insere (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

O estudo do desenvolvimento humano refere-se a um conjunto de conhecimentos que se dedicam a entender os fenômenos relacionados a esse processo em diferentes áreas: social, psicológica e biocomportamentais (MAGNUSSON; CAIRNS, 1996).

As trajetórias do ciclo de vida de uma pessoa, como ser biológico, inserida em determinado tempo e espaço, implica em destacar as mudanças biológicas, temporais, culturais e sociais que englobam desde os eventos genéticos, fisiológicos até os processos culturais e as interações sociais nos processos de adaptação do indivíduo que integram níveis internos e externos (DESSSEN; GUEDEA, 2005).

Portanto, cada indivíduo tem seu desenvolvimento delineado por inúmeras possibilidades vinculadas ao tempo, ao contexto e ao processo de vida (SIFUENTES, 2007 apud ELDER, 1996; HINDE, 1992), exercendo a função primordial de agente de mudança e transformação na construção de sua própria história (MAGNUSSON; CAIRNS, 1996).

Assim, o indivíduo, na construção do mundo social, desenvolve diferentes significações de si próprio e do contexto ao qual pertence, podendo transformar o curso de seu desenvolvimento, interferindo na dinâmica pessoal e na comunidade em que se encontra inserida.

Por outro lado, as práticas sociais afetam as significações e construções simbólicas da pessoa, em relação de bidirecionalidade, isto é, relações de influências mútuas e recíprocas (SIFUENTES, 2007 apud VALSINER, 2006).

Desta forma, todos os membros de uma determinada cultura participam ativamente da sua construção, influenciando e sendo influenciado em uma dinâmica de afeição mútua, o que possibilita a emergência do novo (VAN GEERT, 2003), a “mudança”, que é originada na ruptura da estabilidade dos sistemas, seguida por um processo de ajuste que representa a própria mudança (SIFUENTES, 2007 apud GOTTLIEB, 2003).

As mudanças existem uma vez que os comportamentos de uma pessoa ocorrem em função do contexto histórico e do espaço específico no qual está inserida, enquanto que as

continuidades existem, na medida em que permanecem os vínculos entre os padrões comportamentais prévios e posteriores (KELLER, 1991).

A continuidade refere-se à regularidade nos padrões de desenvolvimento, é também vista em termos de padrões previsíveis de relacionamento ou de relações causais entre as experiências vividas no contexto que atuam (KELLER, 1991).

Portanto, a continuidade trata dos padrões relacionais e comportamentais que são transferidos entre situações, evocando respostas nas outras pessoas inseridas nos novos contextos de interação, adaptando-os ao novo contexto (SIFUENTES, 2007 apud ELDER, 1996).

Dessa forma, o comportamento constitui a origem dos processos que permitem a interação entre condições intra e extra-organismo, conduzindo a continuidade e as mudanças nos processos adaptativos no decorrer da vida (SIFUENTES, 2007 apud GARIÉPY, 1996).

Neste sentido, Bronfenbrenner (1996) considera que é pelo processo de desenvolvimento que o indivíduo adquire uma concepção mais ampla e diferenciada do meio ambiente ecológico, sendo capaz de envolver-se em atividades que revelem suas propriedades e reestruture o ambiente em níveis de complexidade similares, em uma reorganização contínua dentro de uma unidade tempo-espaço, que opera no nível das ações, percepções, atividades e interações do indivíduo com o seu mundo, sendo estimulado ou inibido por meio das relações com diferentes integrantes do ambiente da pessoa.

A partir desse olhar proposto por Bronfenbrenner (1994), o modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano vem complementar de forma estruturada esse conceito.

O desenvolvimento humano é, então, definido como “o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida” (BRONFENBRENNER, 1996) e constitui-se de uma realidade presente e compartilhada pelos membros de uma comunidade possuindo um potencial para permear todos os comportamentos e experiências de uma pessoa, construindo assim, o ambiente por meio dos costumes, dos comportamentos, das situações, das crenças e dos valores (SUPER; HARKNESS, 1999).

Nesse aspecto, o indivíduo apresenta-se com um papel ativo e protagônico, no seu próprio processo de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1999 apud MARTINS; SZYMANSKY, 2004), rompendo com as premissas que concebiam o indivíduo como tábula rasa, que apenas recebiam influência do meio ambiente, sem nele poder intervir (POLONIA; DESSEN; PEREIRA-SILVA, 2005).

Estudos realizados em ambientes naturais e a análise da participação da pessoa focalizada no maior número de ambientes e em contato com diferentes pessoas mostram a formação de díades, tríades, etc. (SUPER; HARKNESS, 1999) e configuram o mundo das relações.

A dicotomia entre hereditariedade e ambiente se perde. Os aspectos genéticos e ambientais não são vistos como oposição, mas como integradores, sem os quais não ocorreria o desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

O desenvolvimento é então concebido concomitantemente como produto e processo que, em última relação com o outro, traz à margem não somente os efeitos do desenvolvimento biológico, assim como sua experiência no contexto vivido (POLONIA; DESSEN; PEREIRA-SILVA, 2005).

Considerando essa compreensão de desenvolvimento humano e a importância dos contextos ambientais, o ambiente ecológico é definido como cinco subsistemas socialmente organizados que direcionam o desenvolvimento humano e estão inseridos no ambiente ecológico, que são: *microssistema*, *mesossistema*, *exossistema*, *macrossistema* e *cronossistema* (BRONFENBRENNER, 1996).

O *microssistema* é definido como o ambiente onde a pessoa em desenvolvimento estabelece relações estáveis e significativas, tais como a reciprocidade, equilíbrio de poder e afeto, possibilitando vivências afetivas dessas relações também em um sentido subjetivo – internalizado (BRONFENBRENNER, 1996).

Uma vez vivenciadas essas possibilidades, o indivíduo é introduzido num *mesossistema*, que representa um conjunto de *microssistema*, no qual se fortalece diferentes relações e papéis específicos dentro de cada contexto, e conseqüentemente, promove o desenvolvimento. Bronfenbrenner (1992) define esta passagem de transição ecológica.

O subsistema seguinte é o *exossistema*, que considera os ambientes onde a pessoa em desenvolvimento não está presente, porém as relações que neles existem afetam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

O *macrossistema* é o que abrange valores e crenças inseridos em diferentes culturas, e que são vivenciados e assimilados no decorrer do processo de desenvolvimento. A relação desses quatro sistemas mostra-se coerente, considerando sua interação dinâmica (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

As interações e interfaces entre os subsistemas do ambiente ecológico agregam outro subsistema, denominado por Bronfenbrenner (1994) de *cronossistema*, o sistema do tempo,

que se refere não somente à idade cronológica do indivíduo, mas também ao tempo social e histórico.

A maneira de representar o tempo completou a sistematização ao modelo bioecológico, conhecido também por PPCT (Processo, Pessoa, Contexto Ambiental e Tempo), que são os elementos centrais para a concepção integral e sistêmica do desenvolvimento humano (BRONFENBRENNER; CECI 1994).

Os componentes do modelo PPCT devem ser entendidos a partir das interligações e relações funcionais com os demais sistemas. O Processo, componente essencial do modelo bioecológico, engloba formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente, denominados processos proximais. Esses processos ocorrem durante toda a vida do indivíduo, sendo os principais responsáveis pelo desenvolvimento humano.

Relacionado a esses aspectos, o conceito de desenvolvimento se torna mais sistêmico e diversificado, revelando “uma organização que procede de maneira continuada dentro da unidade tempo-espaço” (BRONFENBRENNER, 1996 apud POLONIA; DESSEN; PEREIRA-SILVA, 2005, p. 73).

Essa reorganização é um processo contínuo, incluindo ações, percepções, atividades, e interações da pessoa com seus “mundos”, que se inter-relacionam e se modificam.

Portanto, o grau de interação que o indivíduo estabelece em diferentes ambientes irá estimular ou inibir seu desenvolvimento, considerando que este está diretamente relacionado às diversidades de vida do indivíduo de acordo com suas características biopsicossociais, as experiências vividas ao longo das gerações (SIFUENTES; DESSEN; OLIVEIRA, 2007).

O equilíbrio entre o indivíduo e seu contexto ambiental, como visão integrada, será imprescindível para o desenvolvimento, o qual deve ser considerado para o entendimento dos processos adaptativos de uma pessoa no decorrer de sua vida (MAYER, 2002 apud RUTTER, 1996).

Essa visão integrada do indivíduo deve fazer parte do processo de formação dos profissionais da saúde, considerando que o desenvolvimento humano está presente em todas as fases do ciclo vital e se estabelece nas relações, inclusive nas profissionais, que se dão entre profissional-paciente-comunidade, profissional-profissional e profissional-equipe de saúde.

Dessa forma, a compreensão do desenvolvimento humano pelos enfermeiros pode contribuir para a prática humanizada da assistência à saúde, se caracterizando como um diferencial na qualidade do atendimento realizado, especialmente por meio da visão integral

dos indivíduos no processo de tratamento e/ou cura de sua doença, no contexto hospitalar (OMAR, 2007).

## 2.8 Representações Sociais

A teoria das representações sociais (RS) surgiu na Europa, em 1961, a partir da publicação de *Psychanalyse: son image et son public*, de Serge Moscovici. O termo RS foi proposto por Moscovici como forma de determinar fenômenos e processos relacionados ao conhecimento do senso comum. Sua origem vem da Psicologia Social.

Émile Durkheim foi o pioneiro nas reflexões sobre as representações e, posteriormente, Moscovici continua essa reflexão voltado para o enfoque das RS, enquanto que Durkheim enfatizava os aspectos das representações coletivas.

Moscovici elabora sua teoria tendo como referência o conceito de representações coletivas desenvolvido por Durkheim na sociologia e por Lévi-Bruhl na antropologia. Essa teoria tem como pontos centrais a atividade do sujeito e a realidade do mundo (FARR, 2003).

Segundo Durkheim (1970), a vida coletiva e mental dos indivíduos é feita de representações. Uma vez constituídas, as representações tornam-se realidades parcialmente autônomas, com vida própria, isto é, mesmo mantendo íntimas relações com seus respectivos substratos, as representações individuais e coletivas são, até certo ponto, independentes.

Moscovici considera mais adequado, num contexto moderno, o estudo das RS tendo em vista a complexidade destas sociedades. O conceito de representações coletivas, utilizado por Durkheim era mais apropriado para fenômenos que apresentavam certa estabilidade (FARR, 2003).

Moscovici sintetiza as transformações do conceito de representações coletivas:

[...] se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.) para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo” (MOSCOVICI, 2003, p. 49).

Esse novo conceito proposto por Moscovici, não se propõe apenas se distanciar das idéias de Durkheim, mas para a busca e diversidade das idéias coletivas nas sociedades modernas.



As sociedades modernas, observadas por Moscovici, são dinâmicas, enquanto que nos modelos de sociedades apresentados por Durkheim as mudanças ocorriam lentamente (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

Nesse aspecto é importante considerar que cada grupo social tem sua representação particular de acordo com a posição na sociedade e interesses específicos (MINAYO, 1995).

Jodelet define RS como:

[...] uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designado como saber de senso comum, ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada entre outras do conhecimento científico. Entretanto é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este devido a sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001, p. 22).

As RS são, portanto, saberes do senso comum construídos nas relações entre os indivíduos.

A RS modela o que é dado do exterior, a partir da relação dos indivíduos e grupos com objetos, atos e situações estabelecidas nas interações sociais. É importante entender que não há um corte dado entre universo exterior e universo do grupo, ou do indivíduo e que o objeto está inserido num contexto dinâmico, parcialmente concebido pelo coletivo ou indivíduo como prolongamento de seu comportamento (MOSCOVICI, 1978).

"A RS consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes" (MOSCOVICI, 1978, p.49).

Para análise do social, as RS são indispensáveis, pois, através dessa teoria, pode-se revelar, explicar e questionar a realidade, porém, é importante enfatizar que cada grupo social tem sua representação particular de acordo com a posição na sociedade e seus interesses específicos (MINAYO, 1995).

Minayo (1995), ainda esclarece que:

"As representações sociais não são necessariamente conscientes. Podem até ser elaboradas por ideólogos e filósofos de uma época, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz a partir das estruturas e das próprias categorias de pensamento do coletivo ou dos grupos. Por isso, embora essas categorias apareçam como elaboradas teoricamente por algum filósofo, elas são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas e também das filosofias correntes, e expressão das contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Nelas estão presentes elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo" (MINAYO, 1995, p. 109).

O conceito de RS foi pensado por Moscovici (1978), para estudar como os processos psicológicos agem no social, na ação cotidiana, e como esta age no psicológico, impulsionando outras ações.

Pode-se dizer que as RS possuem duas funções: de convenção e de prescrição.

Para Moscovici (2003), as RS:

[...] convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram, elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas (MOSCOVICI, 2003, p.34).

Segundo o mesmo autor, todas as pessoas são influenciadas pela cultura na qual nascem e crescem. Os hábitos, costumes, crenças e o contexto de vida levam os seres humanos a herdarem uma tradição que mostra o que já foi pensado e aposta no que deve ser mantido (MOSCOVICI, 2003).

O autor nesse sentido postula que:

Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem e cultura. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações como por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções (MOSCOVICI, 2003, p. 35).

Pode-se se tornar consciente das convenções da realidade que moldam os comportamentos, no entanto, não é possível eliminar todas as convenções e preconceitos, mesmo estando conscientes desses (MOSCOVICI, 2003).

Não temos referências prontas, pois a representação de um objeto não é simplesmente sua reprodução uma vez que ao ser representado, o objeto é modificado, “[...] a representação de um objeto é uma rerepresentação diferente do objeto” (MOSCOVICI, 1978, p. 58).

Para Moscovici (2003), criamos RS com a finalidade de tornar familiar algo não familiar, o familiar é para nós o conhecido, a confirmação de nossas crenças, enquanto que o não-familiar gera desconforto, é o desconhecido.

Portanto, “o ato de rerepresentação é um meio de transformar o não familiar, o que nos perturba, o que ameaça nosso universo, do exterior para o interior, do distante para o próximo” (MOSCOVICI, 2003, p. 56-57).

A questão da não-familiaridade torna-se mais compreensível ao se demonstrar que na perspectiva de Moscovici, a sociedade é também um sistema de pensamento. Existem na sociedade dois universos de pensamento: o universo reificado e o universo consensual (GUARESCHI, 2003).

Segundo o autor, nos universos reificados: “[...] circulam as ciências, que procuram trabalhar com a objetividade, dentro de teorizações abstratas, chegando a criar até mesmo certa hierarquia”; nos universos consensuais “[...] estão às práticas interativas do dia a dia, que produzem as RS, e está o senso comum e a conversação” (GUARESCHI, 2003, p. 212).

Os universos reificados produzem o não-familiar, que é incorporado no universo consensual através da construção de RS, tornando-se familiar.

O trabalho de Moscovici (1978), sobre as RS da Psicanálise aborda a questão de como o saber científico (universo reificado) se transforma em senso comum (universo consensual).

No universo consensual ocorre uma valorização do senso comum, do saber popular, recebendo influências dos diversos ambientes de uma pessoa. No universo reificado, “a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação de acordo com o mérito” (MOSCOVICI, 2003, p. 51).

Para o autor, as RS vêm do universo consensual, ou seja, movem-se para a prática do dia a dia, sendo que,

[...] é facilmente constatável que as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as RS tratam com o universo consensual.

[...] as representações por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 2003, p.52).

A finalidade das RS é tornar o desconhecido em algo familiar, nesse processo Moscovici (1978) enfatiza a importância de se pensar em “*quem*” produz e “*por que*” produz a representação. O “*quem*” é a coletividade, por isso social, e “*por que*”, ou seja, qual a sua função, considerando que, “[...] a representação contribui exclusivamente para os processos de formação de condutas e orientação das representações sociais” (MOSCOVICI, 1978, p. 77).

Portanto, esses dois processos são as funções das representações e justificam o uso do adjetivo “social”.

As RS apresentam quatro funções propostas por Abric (1998), representações essas que possuem papel fundamental nas relações e práticas sociais.

O *saber* aparece como a primeira função, pois as RS como teorias do senso comum permitem que os indivíduos compreendam e expliquem a realidade, o que facilita a comunicação social. Em segundo, na função *identitária*, os grupos através das representações

elaboram suas identidades e definem assim suas especificidades. A *orientação* aparece como terceira função, considerando que as RS orientam os comportamentos e as práticas sociais. E a quarta função se refere à *justificadora*, pois, se as RS orientam os comportamentos, elas permitem também justificá-los, pois por meio das representações, determinadas condutas podem ser justificadas.

Para compreender a dinâmica das RS é preciso analisar os dois processos que intervêm na sua formação: a objetivação e a ancoragem.

Esses processos “indicam a maneira como o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social” (JODELET, 1992, p. 367 apud SÁ, 2007).

A ancoragem, como um processo da RS, caracteriza-se pela constituição de um conjunto de significados em relação a um objeto, o qual é relacionado a um sistema de pensamento social já existente na sociedade, com base em hábitos e valores pré-concebidos.

A intervenção do social na elaboração das RS demonstra o significado e a utilidade atribuída à mesma, já a significação do objeto associado pelo grupo, advém de suas perspectivas em relação a este, e é refletida nas relações estabelecidas entre os elementos da RS (JODELET, 1985). Quanto à utilidade atribuída a RS no processo de ancoragem, Jodelet (1985) ressalta que os elementos da representação não apenas exprimem relações sociais, mas também, colaboram para a sua formação.

Ancorar é classificar e dar nome ao que não nos é familiar, o que não tem nome ou não é classificado é, além de estranho, ameaçador (MOSCOVICI, 2003).

Para Moscovici (2003, p. 66), “ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas para localizá-lo de fato, na matriz de identidade da nossa cultura”. Afirma ainda que essa tendência nominalística se deve à necessidade de ajustar algo a uma representação já existente.

Portanto, na ancoragem, através da classificação e nomeação damos um sentido ao que não nos era familiar.

Outro processo presente nas RS é o mecanismo da objetivação, que busca compreender de forma concreta algo abstrato, ou seja, objetivar é materializar abstrações, é dar-lhes um sentido concreto. O conceito psicanalítico de inconsciente, por exemplo, é visualizado como uma camada profunda do cérebro (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com Moscovici (2003, p. 73), “a objetivação une a idéia de familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade, percebida primeiramente

como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece então, diante de nossos olhos, física e acessível”.

Porém, de acordo com o mesmo autor, nem todos os conceitos podem ser reproduzidos como imagem, ou seja, para o mundo físico, concreto. Para Moscovici (2003, p.72), “não existem imagens suficientes facilmente acessíveis, ou as imagens que são lembradas são tabus”.

Para transformar um conceito em RS, usa-se o que o autor denominou de núcleo figurativo, que é um complexo de imagens que forja um ideal. Esse ideal deve ser aceito pela sociedade, o qual é usado com facilidade e em diversas situações sociais, sendo a imagem incorporada ao social, aceita como uma realidade convencional (MOSCOVICI, 2003).

Os conceitos de ancoragem e objetivação fazem com que as RS sejam construídas a partir de diálogos entre o objetivo e o subjetivo, o real e o imaginário, o presente e o ausente.

Portanto, os grupos se identificam socialmente por meio de diferentes expressões e imagens que acabam por revelar suas formas de estar no mundo.

As RS são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal (SPINK, 1993).

Conhecer as representações sociais referentes ao significado e à prática da humanização da assistência construídas por médicos e enfermeiros no contexto hospitalar, pode colaborar para uma ampliação do conceito de humanização e/ou uma reconstrução dessa representação.

### 3 MÉTODO

Buscou-se identificar os significados e as práticas da humanização da assistência a saúde por enfermeiros no contexto hospitalar e o enfoque qualitativo foi o escolhido.

A discussão crítica do conceito de “Metodologia Qualitativa” nos induz a pensá-la não como uma alternativa ideológica, as abordagens quantitativas, mas para aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que os apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias que abrangem aspectos particulares e relegam outros, nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber (MINAYO, 2004).

O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais (TRS). A TRS parte de conceitos científicos, mas são elaboradas por meio do senso comum. Toda representação é a interpretação de algo existente, é o olhar social para um conceito disponível na sociedade. O científico é o que se considera como oficial, mas o senso comum oferece outro direcionamento, baseado nas vivências, conhecimentos e aprendizagens (MOSCOVICI, 2003). Nas palavras do autor: “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação de indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

A pesquisa foi realizada com oito enfermeiros atuantes em um Hospital da cidade de Taubaté.

Os profissionais que participaram do estudo foram enfermeiros responsáveis pelas clínicas: Cirúrgica, Médica Geral, Ginecologia-Obstetrícia, Pediátrica, e também, Ortopedia, UTI adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal e que ocupavam o cargo de liderança da clínica há um ano ou mais. Esses critérios de inclusão baseiam-se na premissa de que os profissionais responsáveis pelas referidas clínicas eram os líderes das equipes e desta forma tinham, dentre outras funções, a responsabilidade de transmitir não só conhecimentos e direcionamentos, mas eram também “modelos” para outros profissionais e estudantes. O tempo como critério se justifica pela experiência e prática efetiva da profissão.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo após serem esclarecidos sobre seus objetivos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice III). Foi garantido o sigilo de sua identidade, bem como sua saída do estudo a qualquer momento, se

assim desejassem. O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (protocolo CEP/UNITAU n. 476/10) (Anexo I).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi estruturadas, durante os meses de dezembro de 2010, janeiro e fevereiro de 2011.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas, sendo que após a transcrição, as informações armazenadas foram deletadas.

A entrevista consiste “num processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETE, 1997, p.86).

A primeira parte da coleta foi o preenchimento do instrumento (apêndice IV), referente à identificação do participante que constou das seguintes informações: sexo, idade, religião, formação, especialidade, tempo de atuação, como profissional e chefe de equipe. A segunda parte da coleta foi a entrevista propriamente dita e teve como base as perguntas norteadoras do estudo:

- 1) O que é a Humanização da Assistência para você hoje?
- 2) Como você reconhece no seu trabalho a prática da humanização?

Exemplifique.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; marcados por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

A organização da análise foi realizada em três etapas:

- 1) Pré análise: leitura exaustiva dos dados coletados. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 2010).

- 2) Exploração do material: fase de análise propriamente ditas. Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração dos discursos e seus recortes, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2010).

- 3) Tratamento dos resultados e interpretação: Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (“falantes”) e válidos (BARDIN, 2010).

Após essas etapas, o material foi codificado, agregado e enumerado, o que permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão (BARDIN, 2010), originando as Unidades Temáticas e seus respectivos sub-temas.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

### 4.1 Categorização da população

Quanto ao gênero, prevaleceu à força de trabalho feminino com sete (87,5%) participantes, e um (12,5%) masculino. Essa predominância feminina relaciona-se com história da enfermagem, que desde os primórdios foi exercida na sua maioria por mulheres (PINHO, 2002). No contexto histórico cultural, a maioria dos trabalhadores em hospitais é do sexo feminino, principalmente na enfermagem (GIRARDI, 1999).

De acordo com Waldow (2001), a prática da enfermagem por mulheres começou a princípio quando não havia nenhuma relação com as práticas da medicina, e assim era desenvolvida num *nível doméstico*: realizado por mães naturais, servas e escravas de leite, babás e governantas, e geralmente relacionada ao aspecto materno, de nutrição e de educação das crianças. Mais tarde esses cuidados se estenderam aos idosos e doentes da família. Assim, as práticas do cuidado na enfermagem foram desenvolvidas no contingente feminino da população e se afirmaram como tal justificadas falsamente, porque mulheres seriam dotadas de qualidades naturais para o desempenho do cuidado ao outro.

Quanto ao estado civil dos entrevistados, três (38%) eram solteiros, dois (25%) casados, dois (25%) não informaram, um (05%) separado, um (05%) divorciado, pode-se inferir que as exigências do trabalho dos enfermeiros com longas jornadas de trabalho, dois ou três empregos, pode limitar as possibilidades de viver um relacionamento como o casamento.

A média de idade entre os sujeitos participantes foi de 35 anos, o que sugere uma maturidade pessoal e consciência na realização e atuação de suas responsabilidades como coordenadores de equipe de enfermagem.

Relacionado à religião, quatro (50%) eram da religião católica, dois (25%) evangélicos, e dois (25%) não informaram, essa maioria católica se verifica talvez por ser a religião dominante no Brasil seguido da religião evangélica (CORTEZ, 2009).

Nesse aspecto, na história da enfermagem brasileira, a religião ocupa um lugar importante, no que diz respeito à formulação de um pensamento e na consolidação de atitudes que influenciaram o exercício profissional dos enfermeiros. Isso pode ser observado nos ensinamentos de amor e fraternidade, enfatizando o cuidado ao outro, propiciando a



representação da enfermagem nesse aspecto, no sentido de penitência, doação e purificação (CORTEZ, 2009).

A religião católica se destaca nessa influência, especialmente nos primórdios da enfermagem, no entanto, o Brasil apresenta uma grande diversidade religiosa, sendo que é relevante se atentar para outras práticas religiosas na prática do cuidado a saúde (CORTEZ, 2009).

A média do tempo de formado foi de oito anos, esse tempo pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade.

Também associado ao tempo, a média de atuação na Instituição foi de três anos, os enfermeiros entrevistados eram coordenadores de equipe e o tempo de atuação na Instituição e de formação foram enfatizados nesse estudo considerando que eram os líderes das equipes e desta forma infere-se que teriam condições de transmitir não só conhecimentos e direcionamentos, mas também serem “modelos” para outros profissionais e estudantes, e nesse sentido, o tempo é um aspecto interessante de ser investigado, pois, relaciona-se com experiência e prática efetiva da profissão.

Quanto à formação acadêmica, os oito (100%) enfermeiros referiram ter realizado especialização *Lato sensu*, os enfermeiros vão à busca de especialização para exercer sua prática, por ser uma necessidade de mercado, e um interesse no seu desenvolvimento profissional, sendo que a maioria se especializou na área em que atuava.

Os entrevistados possuíam especialização nas seguintes áreas: três (37%) em UTI, dois (25%) em Enfermagem do Trabalho, um (12%) em Administração Hospitalar, um (12%) em Saúde da Criança, um (12%) em Obstetrícia, um (12%) em Pediatria, um (12%) em Dermatologia, e um (12%) em Saúde Pública. Três profissionais tinham mais de uma especialização, sendo um da clínica pediátrica, com as especializações em Administração Hospitalar e Saúde da criança, o profissional da maternidade-obstetrícia, tinha especialização em Obstetrícia e Pediatria, e o profissional da UTI neo-Natal em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Neo-Natal. Os demais entrevistados apresentaram uma especialização, sendo que apenas a de um correspondia a sua área de atuação - UTI, os outros profissionais tinham especialização em Saúde Coletiva, e Enfermagem do Trabalho, e atuavam respectivamente na Enfermaria e Clínica Médica.

Assim, os enfermeiros reconhecem que o mercado de trabalho exige cada vez mais atualização e qualificação profissional, e os entrevistados demonstraram esse interesse considerando as especializações que apresentam. Interessante observar que a maioria dos entrevistados, seis, atuava na área de *sua* especialização o que é um dado significativo,

positivo e relevante, pois, uma vez que se atue na área de especialização o interesse e desempenho do profissional serão muito mais efetivos, considerando que existe uma identificação pessoal no trabalho.

Nesse estudo, esse dado se destaca, como uma condição positiva que irá contribuir para a prática da humanização da assistência a saúde.

## 4.2 Unidades Temáticas

A partir dos dados coletados nas entrevistas, foram identificadas as seguintes Unidades Temáticas e seus respectivos sub-temas:

### Unidade Temática I

**O Significado da Humanização** e sub-temas: **comportamento/atitude e conhecimento.**

### Unidade Temática II

**A interdisciplinaridade na prática da humanização** e sub-temas: **comunicação, visão holística do paciente, capacitação da equipe.**

### Unidade Temática III

**Tecnologia na Prática do Enfermeiro** e sub-temas: **despersonalização do paciente, e sentimentos do paciente;**

### Unidade Temática IV

**A subjetividade na prática do profissional enfermeiro** e sub-temas: **medos pessoais, “olhar” diferenciado do médico, “olhar” do paciente.**

### Unidade Temática V

**As práticas da Humanização realizadas por enfermeiros e sub-temas: atenção a pessoa, atenção à família, atenção a equipe de trabalho.**

Unidade Temática VI

**Políticas Públicas e Humanização e sub-tema: cartilha do SUS**

Unidade Temática VII

**Condições de trabalho e Humanização e sub-temas; rotatividade de funcionários, baixo salário.**

## **UNIDADE TEMÁTICA I**

### **O Significado da Humanização**

A humanização na prática assistencial do enfermeiro assume significados que transitam em áreas tais como a importância do **CONHECIMENTO** na prática do cuidado humanizado e a necessidade de **COMPORTAMENTOS** e **ATITUDES** do profissional frente à pessoa assistida e à equipe de trabalho no processo do cuidar humanizado.

A enfermagem lança esforços para refletir e produzir conhecimentos, os quais facilitarão e beneficiarão o processo de cuidar. A produção de conhecimento também se baseia na dimensão subjetiva da prática do trabalho do enfermeiro. A partir do momento em que se percebe e se analisa as ações e interações que se estabelecem no cenário de prestação das ações de cuidar e, pode-se, pela subjetividade humana, demonstrar atenção, desvelo, afeto pelo outro. Esse espaço de cuidado pode ser modificado pelo acolhimento, escuta e diálogo, tornando as intervenções em demandas afetivas (AYRES, 2004).

Assim, é possível notar nos recortes dos discursos abaixo a importância atribuída ao **CONHECIMENTO** pelo enfermeiro como base para o cuidado humanizado.

*“... Humanizar na assistência é ter conhecimento para estar prestando assistência ao paciente, mas não esquecendo que ali tem um indivíduo, uma pessoa que tem uma história de*

*vida, que tem outra cultura, outras vivências, eu tenho que olhar como um todo, não só como o `Seu João`...” E1*

*“... Que eu entendo também que uma assistência humanizada significa que é um pessoal treinado, (né?)... Apto a enxergar o que é relevante e o que não é no seu trabalho...”*

**E2**

O **E2** sugere que a capacitação do profissional lhe dará condições de perceber o que é realmente importante no seu contexto de trabalho, isto é, o conhecimento possibilita uma inserção efetiva na maneira de perceber o paciente e assim na prática do cuidado humanizado. No recorte abaixo se evidencia a importância da capacitação dos enfermeiros.

*“... Uma equipe bem treinada, que esteja ali trabalhando junto, é... fazendo as funções de forma correta e com certo carinho...” E3*

Dessa forma, essas concepções se referem ao conhecimento do enfermeiro não só no aspecto técnico, mas também na relação afetivo-emocional que envolve a assistência humanizada.

Evidencia-se que o conhecimento é parte essencial da assistência, uma integração que envolve vínculo subjetivo entre quem cuida e quem é cuidado e o conhecimento técnico científico, cabendo ao profissional da saúde aplicar técnicas procedimentais no atendimento ao paciente, de maneira segura e eficaz associada ao respeito, à singularidade e às necessidades da pessoa assistida, como se observa no recorte a seguir:

*“... Não tendo uma visão só técnica... Mas sim englobando uma parte psicológica, é de acolhimento em geral... De explicação pro paciente de estar mais aberto pro paciente e responder as perguntas, as dúvidas, e ver a parte emocional do paciente...” E4*

A articulação do conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação profissional-paciente, possibilita cada vez mais caminhar para uma relação onde a humanização da assistência se fará presente.

A maneira como os enfermeiros colocam-se frente ao seu dia a dia de trabalho está representado nos discursos de forma que cada vivência é apontada como uma prática diferenciada, que se traduz em **COMPORTAMENTOS** e **ATITUDES** realizadas nos diferentes contextos das clínicas médicas que fazem parte e através dos quais manifestam também conteúdos subjetivos semelhantes coletivamente.

Caracteriza-se assim, a construção de RS, a qual parte da compreensão do mundo através do senso comum, num processo de mudança constante (CHAMON, 2009), [...] é o saber construído no dia a dia, nas práticas sociais, no fazer humano, constituída de símbolos, que codificam e constroem uma realidade, que ganham corpo através das relações que as pessoas estabelecem com os objetos e os acontecimentos (MOSCOVICI, 2003).

No contexto hospitalar, as relações se estabelecem a partir das atitudes e comportamentos manifestados no cotidiano, o que se mostra presente nos recortes apresentados:

*“... Olha o que eu faço, logo pela manhã eu passo visita nos pacientes que estão mais críticos, e depois pros menos... Eu observo muito o paciente, então às vezes eu não o conheço, mas sinto que está um pouco mais ansioso... Está ansioso porque está com medo, está inseguro, porque vai para uma cirurgia...” E1*

*“... Estar mais aberto pro paciente responder as perguntas, as dúvidas, ver a parte emocional do paciente... Dessa maneira que eu estava dizendo, procurando acolher o paciente num aspecto geral, entendeu?... Não só vendo como uma doença, com diagnóstico, e... Mas sim acolhendo a parte psicológica, emocional dele”. E4*

A RS refere-se ao processo de pensamento, compreensão e não de observação de comportamento. [...] “É um conceito teórico em que se busca compreender a leitura que um grupo faz de objetos de seu mundo, por meio do senso comum” (CHAMON, 2009, p. 41).

O cuidado, a atenção na assistência, é uma representação que faz parte da formação do enfermeiro desde suas primeiras aparições na história da humanidade, e se faz presente, no jeito de ser e de acolher de cada profissional, como se pode verificar no recorte abaixo:

*“... Como é que o senhor está? Como é que passou a noite?... Sua família, seu filho, sua esposa veio te ver?... A gente faz um ‘mimo’ com ele, porque ele ficou 29 dias internado, ele emagreceu 15 quilos no hospital... Um contato assim, tudo o que a gente mais podia a gente fez por ele...” E5*

*“... M., o paciente chegou da UTI, por isso que eu chamei a menina aqui, amarrado que nem um ‘bicho’... porque ele tem Alzheimer, ele é debilitado, a gente foi soltando, conversando, começamos a dar alimentação, hoje em dia o que a gente pede ele faz, a gente*

*foi trabalhando o lado... a ‘cabecinha’ dele, o que ele queria, trouxe a família um pouco pra ele, porque a família está abandonando, e conseguimos estar trabalhando bem...” E6*

O aspecto social da representação se dá pela participação de duas pessoas ou mais, pois nesta há sempre um indivíduo buscando a compreensão de algo, e esse indivíduo, nunca está sozinho. No entanto, esse processo da representação nasce no contexto sociocultural e, mesmo se utilizando da cognição para ser desenvolvido, vai considerar a formação e os conteúdos subjetivos de uma pessoa (CHAMON, 2009).

As necessidades de cuidado na humanização da assistência serão identificadas a partir do momento em que a subjetividade seja expressa, através do reconhecimento da sua existência e do estabelecimento de um vínculo dessa relação subjetiva, isto é, da relação sujeito-sujeito, que possibilita conhecer a pessoa em sua individualidade singular (PATERSON; ZDERAD, 1979), quando a díade se estabelece e pode propiciar o processo de desenvolvimento entre as partes.

Toda a representação do indivíduo é necessariamente uma representação do vínculo social que é consolidado. O social começa no indivíduo (EWALD; SOARES, 2007).

*“... Porque eu faço visitas todos os dias de manhã, faço evolução, prescrição, faço histórico do decorrer do dia. Entro pra punccionar uma veia, prá colher um sangue, eu estou o tempo todo nas clínicas e nos quartos...” E1*

*“... Eu passava e dava bom dia, fulano, olha eu sou a enfermeira D., eu fico aqui de segunda a sexta- feira, das 7 horas as 5 horas da tarde, o que o senhor precisar pode me chamar. Então assim é a identificação para o paciente, então todos os clientes que ficam aqui me conhecem pelo nome...” E1*

*“... Normalmente quando a gente consegue conversar, consegue esse acesso com a mãe, consegue ter esse canal de comunicação, os procedimentos passam a ser muito mais... Mais tranquilos, embora a criança chore e tudo... Mas assim é a questão do entendimento. Então, a princípio eles ficam bem arredios com tudo que a gente vai poder fazer... mas à medida que a gente vai explicando ele vai pegando confiança no profissional, e a gente consegue ter uma assistência mais ... É ...Mais adequada”. E2*

No recorte do discurso de **E2**, se observa a proposta de realização da apresentação do procedimento a ser realizado ao paciente/familiar e enfatiza a necessidade desta intervenção,

pois considera que em situações de sofrimento, entender o que esta acontecendo pode contribuir para amenizá-lo e isso se alcança com maior facilidade por meio do diálogo, das explicações e da percepção do profissional frente ao sentimento do outro.

Moscovici (1978) afirma que a RS é uma forma de reconhecimento em que o sujeito procura adaptar o conhecimento científico as suas necessidades, por meio dos recursos de que dispõe. Na realidade do enfermeiro, o conhecimento científico é imprescindível, assim como o conhecimento de si mesmo, ampliando assim sua integração com o paciente e conseqüente busca comportamentos e atitudes que favorecem a recuperação de saúde de forma mais humanizada.

## **UNIDADE TEMÁTICA II**

### **A interdisciplinaridade na Prática da Humanização da Assistência a saúde**

A interdisciplinaridade na prática da humanização da assistência a saúde, e seus sub-temas: **COMUNICAÇÃO, VISÃO HOLÍSTICA DO PACIENTE, CAPACITAÇÃO DA EQUIPE** apareceram como aspectos relevantes na prática do enfermeiro.

Na prática profissional há a troca de informações entre os diversos profissionais das diferentes áreas do conhecimento, e suas relações entre profissional-paciente, profissional-profissional contribuem para a integralidade da assistência que só se efetiva quando a equipe de saúde está capacitada sob o olhar técnico e humanístico.

A interdisciplinaridade é entendida como um processo de pensamento e ação fundamentada no conhecer e no pesquisar. Tem como base o encontro, o diálogo e a troca recíproca do conhecimento e experiências com o outro. Nesse encontro os indivíduos se percebem como sujeitos participantes de um mesmo contexto e de uma mesma ação, no caso, na humanização da assistência (FAZENDA, 1996).

Desta forma o processo de **COMUNICAÇÃO** é essencial para que a interdisciplinaridade se estabeleça, e deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas/profissionais e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações (AMORIM; GATTÁS, 2007).

O processo interdisciplinar é decorrente de uma necessidade, um problema comum, e nesse sentido é compreendido “como gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (VASCONCELOS, 2002, p. 113). Para isso, a comunicação precisa ser efetiva e transpor barreiras disciplinares nas quais os profissionais estão inseridos.

Dessa forma, é importante que a comunicação se estabeleça entre todos os atores que atuam nas práticas de saúde, de uma maneira franca e objetiva, visando à criação de vínculos, num diálogo mútuo, caracterizando um resultado humanizado para o usuário.

A comunicação dos profissionais não deve se restringir ao nível verbal, como assinala Fillipini et. al. (2006, p. 73), há “[...] necessidade de sensibilidade dos profissionais para executarem os cuidados, observando manifestações verbais e não-verbais do cliente” e equipe de trabalho.

Observar as manifestações não verbais dos pacientes mostrou-se como um aspecto essencial na prática da humanização da assistência pelo enfermeiro, como se observa no recorte abaixo:

*“... Eu procuro assim quando eu faço a visita, conhecer melhor meu paciente, saber quais são seus medos, as ansiedades, quando a gente colhe o histórico, então assim, eu fico muito atenta... Porque daí é um olharzinho mais caído, é um mexer de forma mais contínua com as mãos... são alguns sinais que eles vão me dando, então eu fico muito atenta a isso...”*

## **E1**

Nesse relato, o **E1** estabelece uma comunicação não verbal no contato com o paciente, percebe sua angústia, seu olhar, a maneira como mexe com as mãos, demonstra atenção e cuidado ao estabelecer um vínculo, quando observa de maneira perspicaz o comportamento do outro, assim a comunicação com o paciente se efetiva.

Um dos aspectos da RS se caracteriza no papel de detectar os valores fundamentais para a compreensão do comportamento social, permitindo assim, a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca e de suas relações com o outro (SPINK, 1993).

Jodelet (2001) e Moscovici (2003) acreditam que a comunicação pode influenciar na construção da RS, abrindo caminho para o processo de influência e até mesmo da manipulação social.

Nos discursos abaixo, observa-se essa integração;



*“... Até a médica da clínica médica me chamava pra passar visita, coisa que nunca aconteceu... **Olha D. não quer passar visita comigo na quinta-feira, daí você vê o que quer passar para os internos e residentes...**” E2*

*“... Olho e falo para a equipe: Olha hoje M. não está bem, então ela fica com menos, amanhã pode ser você... Então a equipe não reclama, a equipe é super colaborativa. É maravilhoso, porque daí ele consegue olhar pro outro com olhar mais humano...” E1*

A necessidade da comunicação para os enfermeiros é percebida e manifestada em seus discursos. Referem-se à prática, no entanto, informam não observar com frequência a concretização daquilo que foi acordado/discutido entre os elementos da equipe de saúde. Como se pode observar nos recortes dos discursos abaixo:

*“... A conversa que eu estou tendo com o Dr. X é com relação à comunicação entre as equipes... que nesse momento está um pouco falha aqui. Então a... Às vezes essa falha de comunicação em que acontece está prejudicando a assistência do paciente e aí, né. E aí se a gente conseguir unir... essas equipes a gente consegue... Deixar uma... Tanto a mãe um tanto mais tranqüila, quanto a gente consegue dar uma assistência mais completa pra criança...” E2*

*“... eu queria que a equipe de nutrição já chegasse falando... de alimentos que entraria de fora...” E2*

*“... Uma coisa que a gente tem aqui são as reuniões que a psicóloga faz com os acompanhantes das crianças que estão internadas... e aí ela passa prá gente... o que a gente pode fazer para melhorar isso... os relatórios chegam prá mim... o que eu gostaria era de uma coisa assim... de uma coisa mais estruturada... que saíssem resoluções...” E2*

*“... Muitas vezes ele (paciente) vem parar aqui, ele recebe muitas notícias pelo médico, que além dele estar com o quadro clínico debilitado, ele também a parte psicológica dele vai embora, por causa das notícias que ele acaba recebendo, se for um paciente consciente, ou até mesmo, os familiares também... Então eu acho assim, nem todos os hospitais oferecem esses tipos de profissionais da área de psicologia, pra poder dar andamento no nosso serviço... Por mais que a gente se esforce na enfermagem, de dar uma assistência... acho que o que falta pra gente é completar a assistência humanizada dentro da UTI, é a presença de um profissional de psicologia!...” E7*

Nota-se o interesse e a busca dos enfermeiros em concretizar a relação de equipe interdisciplinar, no entanto esse processo não se realiza com facilidade e as soluções encontradas e/ou acordadas nem sempre são colocadas em prática, o que dificulta o trabalho e a assistência humanizada, pois não existe um espaço formal para a realização de reuniões da equipe técnica e assim, são realizadas medidas acordadas simplesmente entre profissionais, que não se tornam normas ou regras.

*“... Olha que as mães reclamam da falta de informações sobre o quadro clínico da criança, então você vê que as queixas se repetem, a gente tenta, a gente tenta, tenta passar isso pra equipe médica, mas, como te falei, nada formalmente, é mais uma conversa...” E2*

A troca de saberes é processo comum que faz parte das ações interdisciplinares, envolve o diálogo como forma de encontrar um “caminho” para a solução de problemas comuns, numa relação de reciprocidade, de mutualidade, que sugere uma atitude diferente a ser assumida diante de um problema/condição. Está também associada a certos traços de personalidade, como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis (FAZENDA, 1996).

O recorte seguinte demonstra a possibilidade de colocar em prática atitudes interdisciplinares e humanizadas na assistência a saúde, considerando os aspectos que envolvem diretamente a saúde do usuário e a qualidade do atendimento.

*“... Eu como enfermeira procuro esclarecer todas as dúvidas, ver se ele tem condições financeiras ou de moradia, ou de alguma coisa que, que eu possa resolver, mas preciso de estar caminhando junto com a assistente social, pra poder estar resolvendo, tentando ajudar, resolver o problema...” E4*

As ações em saúde são marcadas pelo encontro dos diferentes indivíduos envolvidos, sejam estes usuários, profissionais ou gestores. Estas ações são diretamente influenciadas pelo contexto onde ocorrem, assim como, pelos valores pessoais e dos grupos sociais nos quais cada membro está vinculado (CAPRARA; FRANCO, 1999).

A representação que um grupo elabora sobre o que deve fazer para criar uma rede de relações entre seus componentes, faz com que defina os mesmos objetivos e procedimentos específicos (JODELET, 2001).

Uma vez estabelecidos esse modo de fazer, uma nova práxis no espaço interdisciplinar pode ser desenvolvida baseada em princípios humanitários num processo dialógico e reflexivo. O diálogo não pode ser considerado como um ato passivo ou unilateral já que exige uma interação com o outro, um movimento dinâmico que se estabelece em torno do sujeito, constituindo uma mistura de sabedoria, e de conhecimentos (FREIRE, 1987).

De acordo com Freire (1993, p.136), “o sujeito que se abre ao mundo e aos diferentes saberes, inaugura com seu gesto a relação dialógica que confirma como inquietação e curiosidade, em permanente movimento na história”.

Essas concepções que envolvem o processo da comunicação remetem à possibilidade do entendimento por meio do diálogo, dos atos cotidianos que acontecem na relação face a face. Os cuidados diretos com o indivíduo doente é um exemplo no qual a comunicação se caracteriza como um instrumento para a realização desses cuidados.

Cuidar é a prática principal do enfermeiro, geralmente ele se dedica a realizar os cuidados diretos ao paciente, abrangendo sua necessidade física, psíquica, sejam essas explícitas ou implícitas.

Assim, a **VISÃO HOLÍSTICA DO PACIENTE** é contemplada na prática profissional do enfermeiro, numa percepção mais ampla do ser humano, não somente um olhar físico-patológico, mas de uma maneira social, espiritual, econômica, emocional, respeitando sua individualidade e características (DI BIASE, 1995).

Holismo, da palavra holos, significa totalidade, globalidade, referindo-se a inteireza do mundo e dos seres (WEIL, 1993).

A compreensão de si mesmo e do outro acontece a partir das representações que uma pessoa estabelece na sua relação com o mundo, que se caracteriza numa abordagem da RS como a maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes são comuns (JODELET, 2001).

Com o paciente, o enfermeiro estabelece uma relação na qual o indivíduo doente mostra-se, a princípio, com uma queixa, um corpo doente, no entanto é na integração do olhar holístico do enfermeiro que o mesmo identificará as necessidades desse ser humano.

Podem-se constatar esses aspectos nos seguintes recortes:

*“... Quando uma criança perde a veia significa que é uma intercorrência no plantão, porque dependendo da dificuldade que a gente tem pra... conseguir isso, pra terminar esse procedimento, e se você não esclarece isso muito bem para a mãe, ela entende como que a*

*equipe judia, assim... judiando do filho dela... Então eu tento sempre explicar pra ela que tudo o que a gente tem que fazer é pelo bem da criança, pensando no bem... que vai colaborar para o bem dela...” E2*

*“... Como enfermeira procuro esclarecer todas as dúvidas, ver se ele tem condições financeiras ou de moradia... de alguma coisa que eu possa resolver, mas preciso estar junto do serviço social, prá poder estar resolvendo...” E4*

A comunicação ampla e efetiva essa visão integral do homem, entre profissionais e no cuidado ao paciente, uma vez que favorece os preceitos da humanização da assistência conforme verbalizado pelos enfermeiros:

*“... Ele é um cliente, ele está aqui e tem que ser assistido de uma forma total, então tenho que olhar pra ele e ver toda essa... Esse contexto, entendeu? E estar preocupada em prestar uma boa assistência, e que isso influencia também essa parte da convalescença dele...” E1*

*“... Geralmente quando o paciente chega aqui, ele não tem a queixa, tem a principal, mas tem várias outras envolvidas... Vários outros problemas atrás. E não é visto...” E4*

No olhar dos profissionais que atuam na pediatria, a preocupação no atendimento humanizado se destaca no sentido de que a criança necessita de uma estrutura de atendimento concreta, ou seja, na atuação efetiva do profissional, considerando a dificuldade que a criança tem em perceber mensagens abstratas, a dedicação do profissional é essencial, pois envolve não só sua formação técnica, mas sua disponibilidade pessoal para adequar os cuidados. Nesse aspecto foi realizado um trabalho pelos estagiários de psicologia que foi muito produtivo para o entretenimento das crianças na pediatria, segue a descrição no recorte:

*“... Uma das coisas que eu vi este ano concretizar, que achei que foi muito legal, foi a participação dos alunos de psicologia na brinquedoteca... Aí os alunos de psicologia vieram e os estágios delas passaram a ser aqui, todos os dias a tarde, algumas horas à tarde, mas entende que o brincar para a criança e como se fosse o trabalho... Pro adulto, (né)? ...”*

Este trabalho, segundo a E2, propiciou uma interação com os estagiários, possibilitando um diálogo abrangendo as necessidades das crianças e das famílias, como segue no recorte:

*“... E assim a gente conseguiu até ter com... Bastante comunicação com os alunos de psicologia de acordo com o que cada família precisava, e aí elas iam direcionando as atividades, às vezes até pelo comportamento da criança, então a gente ia passando essas informações para elas (estagiárias de psicologia), e elas iam dando retorno pra gente... Pra ver assim como que a criança se comportava durante a brincadeira... Então foi bem importante, assim eu achei que isso foi bastante importante aqui...” E2*

Outro aspecto essencial enfatizado pelo enfermeiro pediátrico é o aspecto relacionado a sua identificação com a área, o gostar de trabalhar com crianças contribui de forma importante para a visão de totalidade da criança que faz-se fundamental quando se pensa no trabalho dentro da equipe interdisciplinar, no recorte abaixo se identifica esse aspecto:

*“... Porque eu falo que a pediatria, ou você ama, ou você odeia... a gente tem dificuldade até de cobertura de setor...” E2*

*“... Eu não me vejo trabalhando em outro público que não seja o infantil, que não seja a pediatria, então eu acho que o fato de eu me identificar com essa área é... Como eu vou explicar... Embora o estresse, embora o cansaço, a gente acaba relevando e pensando na assistência, na... Como aquele paciente vai, na verdade vai ser tratado...” E2*

O mesmo profissional reproduz a “fala” de alguns enfermeiros:

*“... Nossa... pediatria `eu passo longe`”. Então quando a gente tem profissionais que não se identificam com a... Com o setor... aí a gente tem bastante problema, porque aí é um profissional que não tem paciência, é um profissional que... Vai fazer porque tem que fazer, porque é o seu trabalho, mas não está fazendo aquilo com prazer, eu acho que é nesse sentido da parte de ser acessível...” E2*

Nesse sentido o trabalho na pediatria exige criatividade, disponibilidade e uma maneira diferenciada de perceber esse paciente-criança, inventando condições concretas para a realização da humanização da assistência, com atitudes que podem realmente interceder no

processo de melhorar a qualidade da permanência da criança no hospital. Mais que uma formação técnica especializada, o enfermeiro da pediatria deve ter uma *vocação*, uma *identificação* para trabalhar com crianças.

*“... Deixar o dia a dia da internação um pouco mais próximo do que ela faz em casa, que é brincar... Se você pensar que aqui ela vai ficar presa num quarto que a única atividade que ela pode ter é a televisão...” E2*

*“... A gente tem uma psicóloga que atende ambulatorialmente aqui na pediatria..., mas normalmente se eu tenho algum problema eu aciono ela também, porque são assim, maneiras que a gente cria prá tentar... resolver um pouco da vida daquela criança...” E2*

A vida da criança na pediatria vem acompanhada de forma mais enfatizada pela família, as quais apresentam necessidades que são pertinentes a *soluções imediatas*. Dessa forma, esse olhar holístico depende do enfermeiro, assim como da equipe interdisciplinar envolvida, pois determinadas soluções serão dadas pelo médico, psicólogo, nutricionista, assistente social, etc.

É importante que essa equipe atue de maneira homogênea, ou seja, olhe os diversos aspectos que influenciam o atendimento e tratamento desse paciente/criança, e que essa equipe desenvolva atitudes que irão conciliar os aspectos específicos que envolvem o tratamento assim como o olhar humanizado e integrado.

No recorte abaixo, notamos a necessidade desse olhar integrado à criança:

*“... A grande questão para se trabalhar com pediatria é... É o fato de você explicar tudo o que você está fazendo para a mãe, né?... Então aqui a gente não lida só com o paciente, mas sim com o paciente, com acompanhante e... A gente nota que as mães ficam muito mais tranquilas na medida que a gente explica tudo que a gente vai fazer, antes de fazer qualquer coisa... Dessa forma ela consegue enxergar no profissional que está cuidando do filho dela um aliado pra ele melhorar logo, pra ele ter alta... Pra recuperação dele ser mais rápida...” E2*

A família está muito presente na realidade da pediatria, geralmente a figura materna se destaca nesse contexto, e de acordo com os enfermeiros quanto mais participante e informada essa mãe estiver maior serão as possibilidades e qualidade do atendimento à criança. Nesse caso se estabelece um vínculo de confiança, no qual a criança é a principal protagonista, pois

necessita do atendimento técnico para a recuperação/cura de sua doença, assim como do contato e segurança da mãe/família, ambos colaboram para sua saúde.

Na humanização da assistência à saúde, a concepção holística do paciente reflete em todos os setores da realidade hospitalar, as necessidades da pediatria são identificadas, assim como as necessidades da clínica médica, e UTI, de acordo com os recortes:

*“... Se chega com uma ferida, eu trato o paciente como um todo... espiritual, social, familiar... não é só tratar o que ele está necessitando, não é só o diagnóstico dele, mas o ser humano como um todo...” E5*

*“... Respeito, educação, tudo, envolve tudo isso, não só a doença em si, a doença a gente trata prá ficar bem... mas ele como um todo, todos os seus aspectos...” E5*

Nos discursos dos enfermeiros nota-se a consciência do olhar holístico ao paciente, no entanto relatam também que não é uma prática comum a todos os profissionais, mas é um objetivo a ser alcançado e preconizado na humanização da assistência.

De acordo com Waldow (1999), as práticas dos profissionais da saúde têm se tornado mecanizado, impessoal e pouco criativo, apesar de esforços ao contrário na busca do sentido da existência humana e, nessa dimensão, insere-se o cuidado.

Os recortes abaixo confirmam essa colocação:

*“... Eu vejo sempre aqui na clínica, o paciente chega aqui é só visto pela parte médica, só como diagnóstico..., enfim uma fratura de ombro, por exemplo, não é perguntado pra ele se ele mora bem, se ele é casado, se tem condições de... De continuar o tratamento, se ele tem alguma dúvida, o paciente fica cheio de dúvidas em relação ao próprio procedimento. Enfim ele chega muito ansioso, tenso, cheio de dúvidas e desculpe o termo... Largado, entendeu?...” E4*

*“... Humanizar é incluir o paciente... Então incluir no sistema, mas de que forma? Só resolvendo, vem receber no hospital, resolveu vai embora e eu não quero saber o depois... E resolver... não falando, não explicando, não olhando... A queixa do paciente aqui é essa. ‘Eles não falam comigo, não me olham!’ E4*

*“... É tem muitos profissionais, tanto da parte do enfermeiro, como auxiliar, trata como se fossem objeto... trata a doença não trata o paciente como um todo...” E5*

A humanização de assistência à saúde é uma política que foi criada como forma de melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, no entanto, ainda se encontra num processo de aprendizagem de uma nova representação para todas as pessoas envolvidas, profissionais e usuários. Nota-se que existe uma consciência dos enfermeiros quanto a esse conceito, porém, ainda não se mostra presente na prática de todos os profissionais da saúde.

Dessa forma, uma vez desenvolvido totalmente esse conceito, a interação com o doente passa a se caracterizar não apenas por uma relação de poder, em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia (ESTANQUEIRO, 2007).

Constatam-se essas atitudes nas falas dos enfermeiros, na sua busca de colocar em prática os aspectos pessoais na relação com o paciente e que não se dissocia dos aspectos psíquicos sociais e espirituais, o que é constatado na maneira como o paciente sente esse cuidado; como se pode observar nos recortes dos discursos da **E1 e E5**, referindo-se a fala do paciente:

*“... Como foram importantes aqueles “bom dia” que você me deu... Quando você falava comigo você me trazia para a realidade... É muito ruim. Você sabe? Você tem alucinação, você não sabe o que é real e o que não é...” E1*

*“... Se não fosse pela atenção que estavam dando pra mim, eu acho que não agüentaria... Gente não quero ficar no hospital, mas como eu fui bem tratado aqui...” E5*

Evidenciam-se a percepção do paciente reconhecendo situações de cuidado realizadas pelo enfermeiro, e a percepção pessoal do profissional em relação às necessidades implícitas do paciente.

As RS estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas, e manifestam-se por meio de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, e expressões (OLIVEIRA, 2006).

Tais representações envolvem a participação dos indivíduos na sociedade em que estão inseridos e também a assimilação e interpretação pessoal dos conceitos e idéias arraigadas no âmbito social, que são transmitidos pela comunicação entre os membros do grupo (OLIVEIRA, 2006).



Os sub-temas levantados nessa categoria se complementam considerando que comunicação e visão holística do paciente estão diretamente relacionadas, como se evidencia no recorte seguinte:

*“... Trate como se fosse um familiar seu, cuida como se fosse um familiar seu, ou melhor, cuide de uma pessoa como você gostaria de ser cuidada... E é humano cuidando de humano... gente cuidando de gente...” E5*

Pode-se considerar que esse olhar integra a condição de perceber o paciente como um ser totalizado e a comunicação com a equipe de trabalho interferem na atuação desses profissionais, pois se fala de uma condição de ser humano e não somente de um corpo doente.

As características pessoais do profissional são imprescindíveis para a prática da humanização da assistência, porém a competência para sua realização também se faz necessária. Desta forma, a **CAPACITAÇÃO DA EQUIPE** foi considerada pelos enfermeiros como aspecto inerente à formação do enfermeiro, e na prática da humanização da assistência, como segue nos recortes:

*“... Eu entendo também que uma assistência humanizada, significa que é um pessoal treinado... apto a enxergar o que é relevante e o que não é...” E2*

*“... Então quando a gente tem profissionais que não se identificam com a. Com o setor aí a gente tem bastante problema, porque aí é um profissional que não tem paciência, é um profissional que... É... Vai fazer porque tem que fazer, porque é o seu trabalho, mas não está fazendo aquilo com prazer... Eu acredito que é na parte de treinamento mesmo, as vezes as pessoas não são treinadas para trabalhar com esse público, né? porque geralmente a gente tá acostumado a lidar com adulto...” E2*

A capacitação da equipe envolve os aspectos pessoais e habilidades específicas da enfermagem, o que complementa o atendimento de maneira holística ao paciente, estabelecendo a humanização da assistência.

O cuidado em enfermagem, ainda hoje, aparece igualado a um simples desempenho de tarefas, e não associado ao uso de habilidades de poder de decisão e pensamento crítico (HUGHES, 1992 apud WALDOW, 1999).

A enfermagem, como serviço, foi organizada para dar sustentação aos serviços de saúde e para garantir a produção e reprodução da força de trabalho (religioso e militar)

atendendo, principalmente, a pessoas carentes. Seu reconhecimento no campo da saúde exige a “construção” de novas categorias de percepção e apreciação na busca de uma “nova identidade” (BOURDIEU, 1989, ALMEIDA; BARREIRA, 1998).

As representações nascem do processo das variadas transformações que irão gerar novos conteúdos; nessas metamorfoses, as coisas não apenas se modificam, também são vistas de uma maneira mais clara. Para o autor não existe nada na representação que não esteja na realidade, exceto a representação (MOSCOVICI, 2003).

Dessa forma, a capacitação do enfermeiro, de acordo com os aspectos abordados pelos profissionais, nos leva a crer que existe a necessidade de uma aquisição de habilidades específicas para a prática da enfermagem, esses enfermeiros mostram-se atentos, conhecedores de suas habilidades, mas também demonstram uma busca constante por modelos mais humanizados de assistência.

A capacitação da equipe, no que tange ao cuidado da pessoa na sua integralidade, envolve os aspectos pessoais e habilidades específicas da enfermagem, o que complementa o atendimento de maneira holística ao paciente, contribuindo para a humanização da assistência à saúde, bem como no desenvolvimento, mesmo que gradual, de atitudes interdisciplinares.

### **UNIDADE III**

#### **A tecnologia na prática do enfermeiro**

A partir da segunda metade do século XX, a tecnologia está presente na prática assistencial no contexto hospitalar como uma importante ferramenta nos tratamentos e na redução do sofrimento que a doença pode ocasionar. Nesta unidade, outros aspectos relacionados à temática deram origem aos seguintes sub-temas: **DESPERSONALIZAÇÃO DO PACIENTE E SENTIMENTOS DO PACIENTE.**

No mundo do trabalho, transformações estão ocorrendo ao longo do tempo, inclusive no campo da saúde e assistência ao paciente no contexto hospitalar. A tecnologia contribui para essa realidade, exigindo capacitação técnica específica dos profissionais de saúde e contribuindo para implementar e aperfeiçoar a eficácia dos serviços prestados nos hospitais, porém não se pode esquecer que esses recursos não substituem a relação interpessoal que deve permear a interação profissional – paciente, profissional-profissional.

Watson et.al. (1979), classifica as atividades da enfermagem em instrumental e expressiva, a atividade instrumental focaliza mais o aspecto físico, o atendimento das necessidades do paciente tais como: medicação, higiene, entre outros, enquanto a atividade expressiva engloba o aspecto psicossocial, tal como oferta de suporte emocional. As duas atividades são imprescindíveis na prática do enfermeiro.

O corpo de conhecimentos que conduz à competência técnico-científica deve levar em consideração todas as fases de desenvolvimento do homem, do nascimento à morte, na promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Portanto, o ensino deve preparar os enfermeiros tanto para atuar nos diferentes níveis de atendimento como com as tecnologias mais especializadas (ALMEIDA,1986).

O trabalho de enfermagem, que inicialmente era executado de maneira integral por uma pessoa (mesmo que leiga), passa gradativamente a ser fragmentado em "técnicas" ou "tarefas", que vão possibilitar o desenvolvimento da prática de enfermagem denominada funcional, que visa economia de tempo e maior agilidade na execução do serviço (WATSON et al. 1979), mas que dificulta a integralidade do cuidado.

Nesse aspecto, a **DESPERSONALIZAÇÃO DO PACIENTE** foi um sub-tema enfatizado pelos enfermeiros, pois na prática diária da enfermagem, os aspectos tecnológicos podem contribuir para sistematizar o atendimento ao paciente, mas muitas vezes também, limitar o olhar humano e valorização do tecnicismo e do diagnóstico. Observa-se essa manifestação nos seguintes recortes:

*“Pra mim, humanizar na assistência é você ter conhecimento pra estar prestando assistência ao paciente, mas não esquecendo que ali tem um indivíduo, uma pessoa que tem uma história de vida, que tem outra cultura, outras vivências, eu tenho que olhar como um todo... Não é nem o ‘Seu João’... é o leito 14, leito 15... Porque perde a identidade do paciente e não é assim, (né)?... Ele é um cliente, ele está aqui e tem que ser assistido, mas de uma forma total, isso influencia também a parte da convalescência dele...” E1*

*“... é tem muitos profissionais, tanto da parte do enfermeiro, como auxiliar, que tratam como se fosse objeto... trata a doença, não trata o paciente como um todo...” E5*

*“... eu vejo aqui na clínica, o paciente chega aqui e ele é só visto pela parte médica, só como diagnóstico... Enfim uma fratura de ombro, por exemplo, e não é perguntado se ele mora bem, condição de moradia, se ele é casado, se tem condições de ... De continuar o*

*tratamento, se ele tem alguma dúvida, o paciente fica cheio de dúvidas em relação ao próprio procedimento...” E4*

A necessidade dessa atenção ao paciente é percebida, pelos enfermeiros, que consideram a vulnerabilidade que a doença proporciona à pessoa. Nota-se que quando o paciente é compreendido em seu sofrimento, o ambiente hospitalar torna-se mais *acolhedor*, gerando segurança no atendimento.

No entanto, o acolhimento nem sempre acontece e a assistência ao paciente se dá de forma fragmentada. Há dicotomia entre o discurso e a ação, entre a teoria e a prática, na qual o aspecto expressivo da assistência de enfermagem é pouco desenvolvido em comparação ao aspecto instrumental que continua tendo a maior atenção por parte do enfermeiro (SCHERER, 1998).

No recorte do discurso abaixo, o enfermeiro descreve sua percepção em relação a alguns pacientes que chegam à clínica em que atua:

*“... Porque eu vejo na parte médica que minha vivência é essa: ele chega, ele parece... Onde estou? Ele se sente totalmente perdido e desamparado, essa é a palavra, desamparado, o que não deveria acontecer, (né)? ...” E4*

Em complemento a isso, um grupo de estudiosos da área afirma que, mesmo havendo um movimento de transformação na concepção dos currículos de enfermagem, preocupados com os aspectos filosóficos e pedagógicos, existe, ainda, ênfase maior na competência técnica-profissional em detrimento do processo de crescimento interno de cada um (ESPIRIDÃO, 2002).

Os aspectos técnicos abordados na enfermagem começaram a se organizar a partir da segunda metade do século XX como meio de trabalho do enfermeiro, não tanto para dar conta do objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem, mas para dar conta da grande demanda destes cuidados devido ao maior número de internações, pelo aumento do número de hospitais e pelo maior fluxo de pacientes devido ao menor tempo de internação (ALMEIDA, 1984), bem como das atividades burocráticas e gerenciais que o enfermeiro assume na sua prática profissional.

Nesse contexto, os cuidados a serem prestados aos pacientes são distribuídos entre os elementos da equipe de enfermagem que, supostamente, tenham competência técnica para executá-lo, visto que as tarefas são divididas por grau de complexidade, fazendo com que um

mesmo paciente seja atendido por vários elementos da enfermagem, a saber, auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros (WALDOW, 1998).

O processo de cuidar é entendido nas dimensões física, psicológica, social, ambiental, e cultural, de forma interativa e num movimento que conduz à transformação (WALDOW, 1998). Dessa forma, cuidar compreende aspectos pessoais e sociais, sensibilidade, respeito, solidariedade e interesse. Refere-se a uma interação e responsabilidade com o outro, com o intuito de proporcionar seu bem estar ou aliviar o sofrimento (SOUZA, 2005).

Nesse sentido, a tecnologia aplicada no cuidado em saúde se constitui num fenômeno que leva a uma prática representacional pelos enfermeiros, na medida em que sua incorporação em ambientes tecnológicos de cuidado provoca um pensar e um agir relacionados ao modo como se constrói o conhecimento em relação a esta questão, bem como a forma como se experiencia e vivencia as mudanças no cotidiano do trabalho (SILVA, 2009).

As mudanças tecnológicas para o exercício da enfermagem tornaram-se imprescindíveis para o atendimento e tratamento do paciente no contexto hospitalar, no entanto, esses aspectos não devem apagar todo o referencial inicial da profissão de enfermeiro, que valoriza o ser humano que está sendo atendido.

A utilização da tecnologia no contexto hospitalar veio transformar e ampliar as possibilidades de cuidado ao paciente, contudo, considerar **OS SENTIMENTOS DO PACIENTE** em relação a esta se mostra necessária na ótica dos enfermeiros como se observa nos seguintes recortes:

*“... Eu procuro assim quando eu faço visita, conhecer melhor meu paciente, saber quais são os seus medos, as ansiedades [...], por que daí é um olharzinho mais caído é um mexer de forma contínua com as mãos, são alguns sinais que eles vão me dando...” E1*

*“...Eu vejo que ele chega muito ansioso, tenso, cheio de dúvidas... Eu como enfermeira procuro esclarecer todas as dúvidas. Eu como enfermeiro procuro esclarecer todas as dúvidas...” E4*

*“... A queixa do paciente aqui é essa... ‘Eles não falam comigo, não me olham’... Não explicam, cada um que chega fala uma coisa, eu estou inseguro, eu estou com medo...” E4*

De acordo com Waldow: A enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem”(WALDOW, 1995, p.17).

Humanizar é garantir a dignidade ética, reconhecer o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizadas, as palavras que o sujeito expressa devem ser reconhecidas pelo outro. Pela linguagem se faz descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (BRASIL, 2000).

A humanização constitui um processo que visa à transformação de um contexto, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde, esse conceito amplo abriga as diversas visões da humanização que permitem a realização dos propósitos para os quais aponta sua definição (RIOS, 2009).

*“... você tem que tratar como se fosse você. Como você gostaria de ser tratado, respeito, educação, tudo, envolve tudo isso, não só a doença em si, a doença a gente trata pra ficar bem, mas ele (paciente) como um todo... Todos os seus aspectos”.* **E5**

*“... eu falo sempre pra minha equipe... Tentar tratar o paciente na hora do banho, pra ele muitas vezes é... o que vai sentir, os cuidados... Mas principalmente um paciente consciente, porque já é difícil muitas vezes chegar... (exemplo que o E cita), Um senhor ou uma senhora de setenta e poucos anos, que se guardou a vida inteira, chegar essa juventude de hoje, que a maioria dos nossos profissionais tem entre 20 e 30 anos, todos jovens... Ele (paciente) se expor na hora do um banho, se expor na hora de fazer um curativo em uma região íntima... Então é o que eu sempre falo pra minha equipe: `Vamos tratar com respeito, tratar com carinho, sempre pedindo licença pra esses pacientes... Pra poder estar se dedicando e como eu falei, tentar oferecer o melhor que a gente pode...”* **E7**

*“... tem muitas mães que pra elas aquela criança é super valorizada, ela só vai poder ter aquela, não vai poder ter mais, ou já perdeu vários bebês prematuros...”* **E8**

*“... o que acontece na maioria das vezes às mãezinhas nossas aqui, ficam muito preocupadas, assim, de como vou levar pra casa, como é que eu vou cuidar, como é que eu vou pegar...”* **E8**

A preocupação do enfermeiro que trabalha na UTI neonatal, em dar orientação às mães para que se sintam mais seguras quando levam seus bebês prematuros para casa, é uma realidade observada nos discursos. Essa conduta fortalece o vínculo mãe-bebê, estimula a

participação da mãe no processo de recuperação de seu filho lhe proporcionando mais segurança, o recorte seguinte confirma essa observação:

*“... então assim nós já tivemos casos, que a mãe veio, participou... Ajudou a trocar uma fralda, ajudou a dar um leitinho, quando ela foi embora ela falou: - `Puxa vida, obrigada, porque eu não sabia o que fazer! **Ó to levando, não tenho mais medo, consegui trocar, consegui pegar`...**” E8*

A interação estabelecida pelos enfermeiros com os pacientes resgata aspectos acerca das RS do profissional da saúde em atuação, desse homem que interpreta sua prática profissional, e integra um novo significado no momento que possibilita ao usuário/familiar ter um papel ativo e participante no atendimento, dessa forma a humanização da assistência está acontecendo.

Nesse sentido, Jodelet (2001) propõe a necessidade de se rever às práticas da humanização da assistência nas instituições de saúde, buscando maneiras diferentes de atendimento e de trabalho que preservem os aspectos éticos no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais.

Estar preocupado com o sentimento do outro foi um aspecto observado entre os enfermeiros entrevistados, na atenção e na interação que estabeleciam quando ouviam os problemas, as queixas, os sofrimentos e as preocupações que os pacientes apresentavam; como segue no recorte abaixo:

*“... é lógico que eu vou fazer uma incisão, ou vou ver um sinal flogístico de um acesso, mas eu vou olhar pra ele (paciente) também. É assim, sempre que eu entro, olho, eu fico atenta, no dia seguinte eu faço visita de novo, eu vejo que está mais `tristezinho`... Por quê? As vezes o paciente fica muito tempo internado, fica preocupado com as contas pra pagar lá fora, com a família, com o salário que não recebeu... Então assim, eu vou adaptando de acordo com aquilo que vai aparecendo...” E1*

O fato de o enfermeiro atuar com o auxílio dos aspectos técnicos, não o impede de considerar os sentimentos do paciente, sendo uma possibilidade do profissional transformar e ampliar seu atendimento de acordo com a realidade vigente, considerando especificidades do atendimento assim como os aspectos humanos envolvidos. Isso é possível especialmente por meio da comunicação.

As RS são modalidades de pensamento prático orientado para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal (SPINK, 1993).

Assim, a possibilidade de se estabelecer a humanização da assistência no contexto hospitalar pode acontecer e não mais ser considerada um paradoxo entre a essência do ser, a capacidade do humano e a necessidade da construção de um espaço concreto, nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas que, por vocação, escolheram trabalhar com a tênue e delicada relação entre a vida e a morte (ZAHER, 2005).

## UNIDADE TEMÁTICA IV

### A Subjetividade na Prática do Profissional Enfermeiro

Nessa Unidade se levantou os seguintes sub-temas: **MEDOS PESSOAIS, “OLHAR” DIFERENCIADO DO MÉDICO, “OLHAR” DO PACIENTE.**

A **subjetividade** faz parte do “ser humano” e, permeia o processo de cuidar por ser uma dimensão pertencente tanto à pessoa assistida quanto ao profissional da saúde. Nesse sentido, os **MEDOS PESSOAIS** do enfermeiro fazem parte da sua prática profissional diária pois convive com a doença e com a fragilidade do ser humano.

Nos recortes abaixo se observam esses aspectos:

*“... Porque eu tenho muito medo, eu tenho pavor [...], se um dia eu internar aqui, tem que pegar minha veia de primeira, porque eu tenho pavor de agulha, eu desmaio, e eu sou enfermeira... às vezes parece ridículo, mas não é. É o limite do outro.” E1*

*“... Porque é difícil, é difícil, eu fico imaginando, se um dia eu tiver que fazer cirurgia, ficar no leito de um hospital, como isso deve ser desesperador, então eu me coloco muito... Por eu ser mais medrosa ainda, piorou...” E1*

*“... Eu falo pras meninas, eu nunca passei pela situação de estar num leito, mas imagino que deve ser horrível, eu sou muito ativa, eu detesto que as pessoas façam alguma coisa pra mim, eu gosto de ser independente, fazer... Imagina você limitada por alguma condição da vida, (né)? Você totalmente exposto, entregue pra outro que você nem conhece, que você não sabe o ... Quem é (né)? ... Eu falo Jesus deve ser desesperador, deve ser desesperador...” E1*



Profissionais da enfermagem realizam procedimentos, cuidam dos pacientes e seus familiares, seu trabalho está relacionado com alívio e controle de sintomas, e busca de qualidade de vida, cura e/ou cuidado da pessoa. Trabalham com diversas situações que transitam entre a vida e a morte, o bem-estar e a dor, enfim o cuidar. Existe por outro lado, a realidade concreta de sua experiência profissional com a qual, muitas vezes, não conseguem viver com a dor e evitar a morte, essa constatação pode levá-los a desenvolver medos, considerando a representação que esse profissional tem da doença, do hospital e da consciência de sua própria finitude e possibilidade de adoecer.

Dessa forma, Gameiro (2004) coloca que a doença é sentida pelo indivíduo como uma ameaça, aumentando os sentimentos de medo e vulnerabilidade acrescentados ao sofrimento inerente à condição da doença.

A maneira de cada um enfrentar a condição da doença está relacionada às representações que o indivíduo tem de si mesmo e da sua atuação no contexto social e profissional em que vive.

De acordo com Moscovici (1978), o conceito de RS estuda essa condição de como o indivíduo age no cotidiano de acordo com seus processos psicológicos, pois todas as pessoas são influenciadas pela cultura na qual nascem e crescem. Os hábitos, costumes, crenças e o contexto de vida levam os seres humano a herdar a tradição que mostra o que já foi pensado e aposta no que deve ser mantido (MOSCOVICI, 2003).

Nesse sentido, o enfermeiro leva para a realidade hospitalar seus conceitos, valores, costumes, vivenciando no cotidiano suas experiências de acordo com a base de informação que traz de sua história pessoal. Esse processo pessoal se diversifica à medida que o indivíduo amplia seu contexto social, transformando as situações de vida a fim de se adequar a realidade ou cultura, possibilitando desenvolver novos papéis e estabelecer relações.

Em sintonia com esse aspecto, Bronfenbrenner (1996) considera o *microssistema* definido como o ambiente onde a pessoa em desenvolvimento estabelece relações estáveis e significativas, tais como a reciprocidade, equilíbrio de poder e afeto, possibilitando vivências afetivas destas relações também em um sentido subjetivo – internalizado.

Uma vez vivenciadas essas possibilidades, o indivíduo é introduzido num *mesossistema*, que representa um conjunto de *microssistemas*, no qual se fortalece diferentes relações e papéis específicos dentro de cada contexto, e conseqüentemente promove o desenvolvimento. Bronfenbrenner (1992) define esta passagem como um momento de transição ecológica.

Dessa forma, uma vez que esse processo faz parte de uma cultura inerente ao indivíduo, é através dessa formação que se constituirá a RS que cada enfermeiro estabelece no seu ambiente de trabalho, tanto nos aspectos objetivos quanto nos aspectos subjetivos. Assim, pode-se tornar consciente das convenções da realidade que moldam os comportamentos. No entanto, não é possível eliminar todas as convenções e preconceitos, mesmo estando conscientes desses (MOSCOVICI, 2003).

Portanto, a maneira como cada profissional vivencia seus medos é caracterizado de forma a reproduzir aspectos aprendidos, que variam numa concepção do senso comum e que, mesmo com a formação técnica especializada que se torna referência para cada profissional, o aspecto subjetivo da sua própria história de vida influencia na forma como percebe o contexto de seu trabalho no âmbito da vivência pessoal.

Outro aspecto enfatizado pelos enfermeiros foi o **OLHAR DIFERENCIADO DO MÉDICO**, no qual se constata nos recortes que seguem:

*“... Daí o médico respondia do balcão, brincando: ai que enfermeira mais chata, ‘eu não estou respondendo’ (o paciente em coma), me deixa quieto... Eu respirei fundo, fiquei um pouco chateada na hora, falei ‘**não deixa!**’... Daí eu continuei... Porque aquilo me frustrou quando ele ficou fazendo gozação, eu falei: - Nossa! Que horror, (né)? Será que todo mundo de UTI é tão feio assim? ... Não pode falar (com o paciente)... Como que eu examino? Não é assim com esse respeito pelo ser humano?...” E1*

*“... O médico não está aqui para ver o quanto aquilo foi importante...” E1*

*“... Ah! Mas a gente tem que se preocupar só com a internação, a partir do momento que o paciente tem alta, não é mais responsabilidade do hospital... Eu já ouvi isso.” E2*

Os enfermeiros se posicionam como cuidadores no contexto hospitalar, visam manter o bem estar do paciente, acolhendo, ouvindo seus medos, reconhecendo seu sofrimento, na interação entre enfermeiro e paciente, os aspectos subjetivos estão presentes. Assim, nos recortes apresentados, o olhar do enfermeiro focaliza pontos diferentes do médico, considerando a realidade do cuidar na qual está inserido e a busca da *cura* que está vinculada ao médico.

Dessa forma, os profissionais vivenciam realidades diferentes, pois seus papéis são diferentes e assim pode-se dizer que:

Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem e cultura. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações como por nossa cultura. Nós vemos apenas o que as convenções subjacentes nos permitem ver e nós permanecemos inconscientes dessas convenções (MOSCOVICI, 2003, p. 35).

Como se observa nos recortes abaixo:

*“... que aí vem um médico, daqui a pouco vem outro, daqui a pouco vem outro, mas não chega prá ela (mãe) e fala: ‘ - **Olha seu filho está melhorando, o resultado do exame dele deu isso, provavelmente você vai ter mais tantos dias de...** ’ Ela (mãe) quer que fale assim, dar direções, é que os médicos a deixam sem saber do que está acontecendo.” E2*

*“... nosso serviço acontece mais na parte de enfermagem, às vezes ainda leva uns “xingos”, alguma coisa que a gente acaba deixando...” E3*

*“... ele (paciente) é visto assim aqui sabe? Ele vem resolveu tchau... Vai embora, não quero saber se você tem condições de tratar, se tem condições de comprar remédio, ou se eu posso substituir o remédio que você... Esses detalhes que prá mim são importantíssimos e prá parte médica eu estou vendo que não, não é.” E4*

*“... ‘eu quero que opere, resolve, tchau... e nem está bem ou não. Eu tenho que liberar porque eu preciso da vaga’... É bem assim também que acontece.” E4*

Portanto, o olhar do enfermeiro está voltado para suas características pessoais, realidade cultural, formação, história da profissão e representações de seu papel como: cuidar, compreender, interagir e acolher o paciente então, sua forma de perceber é diferente da do médico, o que permite reconhecer objetivamente o papel de cada um no contexto hospitalar.

Assim, a representação de um objeto não é simplesmente sua reprodução, uma vez que ao ser representado, o objeto é modificado, e a grande possibilidade da descoberta da representação é se criar uma nova maneira de se apresentar esse objeto “[...] a representação de um objeto é uma re-apresentação diferente do objeto” (MOSCOVICI, 1978, p. 58).

No entanto, atender os usuários de saúde como um ser integral, é uma forma de praticar a humanização da assistência, unindo o olhar de médicos e enfermeiros, considerando os aspectos inerentes a cada profissional, com a consideração dos aspectos subjetivos do paciente, para que o atendimento não seja fragmentado, superando o modelo biomédico, e

assim, o paciente possa ser assistido na sua totalidade, aspectos estes que devem fazer parte da formação dos profissionais de saúde, objetivando a busca de atitudes interdisciplinares.

Desta forma, voltar-se para o outro pode ser unilateral ou recíproco. É unilateral se apenas um percebe a presença do outro. É recíproca se ambos estão mutuamente conscientes um do outro, isto é, se o profissional da saúde e paciente estão envolvidos num processo dinâmico de interação (LEOPARDI, 2001). O autor complementa que esse cuidar em saúde acontece sempre dentro do campo de relações em que nem tudo pode ser codificável e previsível, ou respondido com técnicas objetivas e passíveis de se repetir todo o tempo e da mesma forma, assim, a prática da humanização acontece de formas diferentes de acordo com o profissional envolvido na ação, sua formação técnica, sua vivência pessoal, dentre outros fatores.

No processo de interação com a pessoa assistida é mobilizada e manifesta seus aspectos subjetivos na relação usuário-profissional, essa forma de manifestação é um processo dinâmico, no qual se encontra o **“OLHAR” DO PACIENTE**, que é constatado pelos enfermeiros nos seguintes recortes:

*“... Como foram importantes aqueles ‘bom dia’, que você me deu... Como foi importante, quando você falava comigo me trazia prá realidade, porque é muito ruim..., você tem alucinação, você não sabe o que é real e o que não é.” E1*

*“... Nossa! Obrigada pelo seu ‘bom dia’, eu me lembro da sua voz, eu não lembrava de você, mas sua voz ficou...” E1*

*“... Se não fosse pela atenção que vocês estavam dando prá mim, eu acho que não agüentaria... Gente eu não quero ficar no hospital, mas como eu fui bem tratado aqui, gente eu adoro vocês, obrigado por tudo o que vocês fizeram...” E5*

O paciente vivencia a realidade da doença no contexto hospitalar de maneira muito pessoal, a mesma doença em diferentes indivíduos pode se manifestar de formas diversas. O “estar” doente é uma condição de vulnerabilidade na qual os profissionais da saúde são os orientadores que darão um aspecto conhecido para aquela nova realidade vivenciada pelo indivíduo, despertando conteúdos subjetivos que incluem o medo, ansiedade e a insegurança.

Pode-se considerar que o profissional da saúde no contexto hospitalar irá atuar como representante social, indicando ao paciente, conforme reconhecido por este, uma forma de elucidar sua condição de doente e da doença, através do cuidado, atenção, informação de seu

quadro clínico e tratamento, tornando sua vivência, nesse contexto não-familiar, numa realidade familiar, possibilitando ao paciente melhor aceitação para o tratamento/cura.

Para Moscovici (2003), criam-se RS com a finalidade de tornar familiar algo não familiar, o familiar é para nós o conhecido, a confirmação de nossas crenças, enquanto que o não-familiar gera desconforto e é o desconhecido.

Nesse aspecto, “o ato de re-apresentação é um meio de transformar o não familiar, o que nos perturba, o que ameaça nosso universo, do exterior para o interior, do distante para o próximo” (MOSCOVICI, 2003, p. 56-57).

A questão da não-familiaridade se transforma à medida que os enfermeiros possibilitam aos pacientes e acompanhantes/família, ter acesso e experiência no cuidado propriamente dito, isto é, conhecer o contexto da doença de forma participativa desenvolvendo as possibilidades pertinentes de cada realidade, e atuando com o desconhecido, desvelando assim, situações que até então geravam medo e insegurança.

Guareschi (2003), diz que existem na sociedade dois universos de pensamento: o universo reificado e o universo consensual.

Segundo o autor, no universo reificado: “[...] circulam as ciências, que procuram trabalhar com a objetividade, dentro de teorizações abstratas, chegando a criar até mesmo certa hierarquia”; no universo consensual “[...] estão às práticas interativas do dia a dia, que produzem as RS, está o senso comum a conversação” (GUARESCHI, 2003, p. 212).

O universo reificado produz o não-familiar, que é incorporado no universo consensual através da construção de RS, tornando-se assim, familiar.

Dessa forma, pode-se dizer que a doença vem, a princípio, como algo desconhecido, e que à medida que o paciente é acolhido de forma humanizada no contexto hospitalar, o desconhecido passa a ser conhecido, familiar, permitindo uma aceitação dessa nova condição, o que pode favorecer o processo de recuperação/tratamento da doença.

## **UNIDADE TEMÁTICA V**

### **As práticas da Humanização realizadas por enfermeiros**

Essa unidade temática revelou os seguintes sub-temas: **ATENÇÃO A PESSOA, ATENÇÃO À FAMÍLIA, ATENÇÃO A EQUIPE DE TRABALHO.**

No dia a dia do enfermeiro as práticas da humanização da assistência a saúde acontecem como parte integrante de seu trabalho. Nos discursos apresentados nota-se a presença dos conceitos da humanização da assistência vinculados a maneira de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, no entanto, a maneira de atuar varia de profissional para profissional, na essência do trabalho se destaca o cuidado ao paciente e, um dos aspectos discutidos nessa categoria como prioridade é a **ATENÇÃO A PESSOA**, como segue nos recortes abaixo:

*“Logo pela manhã eu passo visita nos pacientes que estão mais críticos e depois nos menos... Eu observo muito o paciente, observo muito... Então às vezes eu não o conheço, mas sinto que está um pouco mais ansioso, eu... sabe... Está ansioso porque está com medo, porque está inseguro, porque vai para uma cirurgia, o que eu posso fazer para aliviar isso? ...” E1*

*“... Eu procuro assim quando eu faço a visita, conhecer melhor o meu paciente, saber quais são seus medos, ansiedades... Quando a gente colhe o histórico, então assim eu fico assim muito atenta, porque daí é um olharzinho mais caído, é um mexer de forma contínua com as mãos, são alguns sinais que eles vão me dando, então eu fico muito atenta a isso...” E1*

*“... Igual ao que eu falo prá equipe: a gente tem que explicar tudo. [...] ‘Olha vou fazer uma punção’... O que é isso? Tem gente que não fala, pega o braço e já faz aquela punção. A gente explica... ‘É uma picadinha, uma dor, não sei o que... está tudo bem?’” E5*

Humanizar significa reconhecer que as pessoas buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direito, assim, profissionais precisam observar cada pessoa em sua individualidade, e necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia (FORTES; MARTINS, 2000).

Nesse sentido nos relatos observa-se que essa necessidade é percebida pelos enfermeiros na atitude de atenção demonstrada ao paciente e conseqüentemente na compreensão de sua subjetividade, porém a participação da pessoa assistida também se faz necessária e uma vez que compreenda que também é agente de sua própria realidade se conscientiza de que sua participação deve ser efetiva no processo de recuperação da sua saúde.

Assim, enfermeiros e pacientes fazem parte do processo de conhecer e significar a inter-relação que existe no processo de cuidar, buscando detectar os valores fundamentais para se compreender como acontece o comportamento social e desta forma, estabelecer a relação entre o observável e o registrável (ou que o enfermeiro percebe/o que o enfermeiro registra, o que o paciente percebe o que o paciente diz), permitindo com isso integração das concepções que o indivíduo tem das relações com o outro e com o mundo a sua volta (SPINK, 1993).

A TRS parte da premissa de que não há "*um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo)*", chamando a atenção para a inter-relação entre sujeito e não-sujeito, e sujeito e outro sujeito (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

Dessa forma, o indivíduo está no mundo participando o tempo todo com o outro, estabelecendo, criando e transformando conceitos. A gênese de uma RS implica em uma atividade de transformação do não-familiar em familiar, de um saber em outro saber (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011).

No contexto hospitalar as relações que se estabelecem entre enfermeiros e usuários são representações de papéis que cada um já traz, de acordo com valores e crenças pessoais, que vão se transformando à medida que se estabelece interação de conhecimento mútuo e, reconhecimento das necessidades e sentimentos subjacentes de cada indivíduo, como se observa no recorte abaixo:

*"... aqui no posto a gente tem algumas técnicas que eles costumam dizer de parto humanizado, então aqui a gente tenta deixar a paciente-mãe, fazer o que ela quer, lógico que tem certo limite, quando a gente vê que não está dando certo... E... tem muito é... controle da respiração, massagem, banho, que trabalha muito essa coisa de parto humanizado é... deixar a mãe próxima de alguém da família... de ter quando não tem outras pessoas junto (outras pacientes), ter um familiar até próximo dela, ou uma pessoa que ela confie... que vai melhorar também ela durante o trabalho... O trabalho de parto dela eu acho que ela fica mais tranqüila e mais calma..." E 3*

No relato nota-se a concretização daquilo que era abstrato, em realidade, ou seja, do conceito de humanização em atitudes concretas dessa prática.

O termo RS engloba os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação

realizada por cada grupo (MOSCOVICI, 1987). Dessa forma as representações que os enfermeiros têm do conceito de humanização vão sendo construídas na sua prática cotidiana.

A relação paciente-família foi outro aspecto enfatizado pelos enfermeiros como extremamente importante no processo de tratamento, recuperação e cura do paciente. Que foi caracterizado como um sub-tema denominado de **ATENÇÃO A FAMÍLIA**.

No relato abaixo se identifica a importância dessa atenção:

*“... A grande questão para se trabalhar com pediatria é o fato de você explicar tudo o que você está fazendo para a mãe... Então aqui a gente não lida só com o paciente, mas sim com o paciente, com acompanhante e... A gente nota que as mães ficam muito mais tranquilas na medida que a gente explica tudo o que a gente vai fazer, antes de fazer qualquer coisa... Dessa forma ela consegue enxergar no profissional que está cuidando do filho dela um aliado, pra ele melhorar logo, pra ele ter alta... Pra recuperação dele ser mais rápida. Quando a gente explica pra mãe ela fica mais satisfeita...” E2*

Nota-se a disponibilidade dos enfermeiros em informar os procedimentos a serem realizados especialmente na pediatria, assim, a confiança da família em relação ao tratamento possibilita segurança e credibilidade por parte das famílias, nos procedimentos realizados, facilitando a atuação dos profissionais da saúde bem como a recuperação ou tratamento do paciente.

De acordo com Waldow (2001):

[...] se a família não se sente esclarecida suficientemente, se os membros da equipe são indiferentes aos seus sentimentos e necessidades, a família ao invés de ajudar pode dificultar o processo de cuidar. Famílias ansiosas, em função da gravidade da situação do paciente, ou com falta de informação, por vezes provocam reações negativas por parte da equipe de saúde. Na verdade, na maioria das vezes, a família também necessita de cuidado e pode através de seu comportamento, estar expressando e solicitando isso [...] (WALDOW, 2001, p. 155).

Esse dado se mostra importante principalmente na pediatria e UTI Neonatal, onde se pode inferir que o paciente/criança ou recém nascido sempre tem um acompanhante, que na maioria das vezes é sua mãe, e um tratamento atencioso a essa mãe pode ser ponto fundamental para o sucesso do tratamento do paciente.

No recorte abaixo se observam colocações referentes à UTI neonatal:

*“... Eu acredito assim, que humanizar é você conseguir dar uma assistência adequada, no meu caso dos meus prematuros, é uma qualidade de atendimento pra eles*



*100% eu diria pelo menos tentar e não só os prematuros, mas aos seus familiares também... Não só a mãe, a família em si, os pais, os avós, porque a gente libera visita para os avós... Fazer com que eles participem na medida do possível, aquelas mães que a gente vê que tem mais ou menos certas condições de já tá participando com a gente, ajudar a dar uma assistência, trocar uma fralda... ajudar a passar uma dieta quando possível, colocar no seio pra amamentar, aquele contato que a gente vê que é muito importante, e em relação a equipe de enfermagem também... Não é só cuidar, é você... cuidar vai mais além ainda, cuidar do seu próprio bebê, da sua equipe, da família como um todo, então é isso!...” E8*

Nesse caso o termo humanização ajusta-se perfeitamente as práticas adotadas por essa enfermeira e sua equipe de trabalho quando inclui a família no dia a dia do tratamento da criança, pois, a doença é vivenciada dentro de um contexto que envolve a condição de fragilidade, vulnerabilidade, em que existe desestruturação da realidade do indivíduo doente e das pessoas que dessa realidade fazem parte.

Assim, no momento em que as situações são apresentadas e experienciadas por todos os participantes, o processo torna-se parte da experiência do dia a dia e, não mais um absoluto desconhecido o que se pode caracterizar como objetivação com base na TRS. Aquela situação que era misteriosa torna-se conhecida, devidamente esclarecida, passando a parecer parte da realidade (MOSCOVICI, 1961).

Outro processo que se segue a partir da *objetivação* é o que Moscovici (1961) denominou de *ancoragem*, é o que dará sentido ao objeto que se apresenta a compreensão, trata-se nesse estudo da maneira como os familiares passam a agir, a partir do momento que são incluídos como protagonistas participantes na realidade hospitalar, como se pode observar no recorte abaixo:

*“... com o tempo, principalmente aquelas (mães), que ficam três meses com a gente, praticamente assim já ficam meio amigas da equipe, já conhece quais são os profissionais de cada plantão, quais são os médicos, já tem um pouco mais de afinidade com um e com outro, então assim, aí elas chegam e falam pra gente: - **Ó to levando, não tenho mais medo, consegui trocar, consegui pegar...**” E8*

Esse processo se concretiza a partir do momento em que as práticas humanizadas acontecem e uma vez percebidas pelos protagonistas, esse processo tende a se repetir e generalizar para outras situações semelhantes.

Outro sub-tema desta Unidade Temática foi **ATENÇÃO A EQUIPE DE TRABALHO**, como aspecto essencial, no processo de humanização de assistência a saúde.

O E1 comenta no recorte abaixo a visão de sua equipe de trabalho frente a sua atuação profissional, dentro de um determinado período de trabalho que será caracterizado por ele de *começo* e *hoje*, segue o relato:

*“... No **começo** eu era tida como a chata, a enfermeira exigente, que pegava muito no pé... Por ser crítica, criteriosa, de olhar soro, de acompanhar curativo... Hoje não, hoje minha equipe tem outra visão hoje eles conseguem ver a importância desse meu cuidado... Hoje eles percebem isso e eu fico maravilhada... Por esse critério **hoje** eles desenvolveram uma outra visão, que eu não sou mais a chata, mas que eu estou certa e isso é importante...”*

### **E1**

De acordo com Pessini (2004) a humanização da assistência é uma necessidade atual, que exige que o enfermeiro/coordenador, principalmente, perceba sua conduta em relação ao outro (equipe de trabalho e pacientes), e participe de forma ativa como um propagador de suas condutas, primeiro reconhecendo suas próprias atitudes humanizadas e com isso favorecendo um modelo de atuação para todo o grupo, que pode variar desde situações rotineiras do dia a dia como medir a temperatura de um paciente, até nas situações mais complexas como uma parada respiratória.

Uma vez que o enfermeiro/coordenador divulgue atitudes humanizadas estas poderão servir de modelos para a equipe de saúde, destacando-se nessa relação o compartilhar entre a equipe de profissionais o cuidado e a assistência humanizada ao paciente.

De acordo com os recortes, a relação que o enfermeiro coordenador estabelece com sua equipe de trabalho influencia a maneira como essa equipe vai cuidar ou assistir os pacientes.

Nota-se a ocorrência de uma relação de díade concretizada no recorte seguinte:

*“... hoje minha equipe tem outra visão, hoje eles conseguem perceber a importância desse meu cuidado, quando eles vão em outra unidade... eles tem uma outra postura e voltam fazendo as críticas que eu fazia: - **eu fui lá e a menina fez assim e a enfermeira não viu...**”*

### **E1**

**E1** enfatiza o valor que a equipe de trabalho lhe dá:

*“... Gente aquela enfermeira é maravilhosa, ela é exigente, porém se tem uma parada ela é a primeira a estar lá, ela sabe fazer. Ela nos defende nos acolhe pega no nosso pé sim quando fazemos errado, mas é a primeira a estar ali com a gente...” E1*

Como líder da equipe essa enfermeira renuncia a onipotência (AKTOUF, 1996), para que possa ter seu próprio poder democratizado e reconhecido. Dessa forma os profissionais da equipe a têm como um modelo a ser seguido, com uma nova representação no conceito de atuação para uma assistência mais humana.

Neste sentido Goffman (1975) coloca que a representação pode se caracterizar pela atividade de um indivíduo frente a um grupo de observadores, exercendo sobre os mesmos algumas influências.

Nos recortes seguintes se tem referência dessa constatação, da coerência das atitudes do enfermeiro com sua equipe de trabalho:

*“... É assim, o olhar humano não é só pro paciente, mas pro meu funcionário também... Então eu procuro também conhecer meu funcionário, se eu vejo que ele está “tristinho”, se ele não está muito bem, aquele... Então assim eles acham isso o máximo... Acha que... Nossa você olha pra gente... Eu tenho muito o respeito deles... Porque eu me coloco tanto no lugar deles quanto no lugar do paciente...” E1*

*“... então eu sempre olho... ou às vezes pegou um paciente mais pesado, ficou com uma dor nas costas, está mancando... Olho e falo pra equipe: - hoje a M. não está bem, então hoje ela fica com menos, amanhã pode ser você, e eu vou fazer a mesma coisa. Então a equipe não reclama, a equipe é super colaborativa... Porque daí ele consegue olhar pro outro com olhar mais humano!...” E1*

Constata-se que é possível estabelecer no trabalho, com pacientes e profissionais, o *olhar humano*, que proporciona a condição de reconhecer as necessidades do outro de maneira empática não esquecendo os aspectos específicos que envolvem a prática da enfermagem.

Assim, formam-se representações do significado da humanização, que até então não eram consideradas viáveis, ou que não ocorriam e, que passam a acontecer no momento que existe um modelo no qual a representação da humanização da assistência acontece.

Existem outras realidades no hospital, como na UTI adulto, por exemplo, que se observa a necessidade de assistência ao funcionário, devido à complexidade do trabalho que

desenvolve, da proximidade com a morte e a falta de recursos para lidar com essa realidade, porém o cuidado profissional com esses funcionários ainda não se concretiza, pois a estrutura apresentada pelo hospital não dá prioridade a esse tipo de atendimento.

O relato abaixo esclarece essa colocação:

*“... Os profissionais de saúde que trabalham dentro da UTI, eles acabam muitas vezes se desdobrando mais do que os outros profissionais, isso muitas vezes acarreta até a parte psicológica do profissional também... Além de ter o cansaço físico é... se expondo a várias... várias patologias que a gente se depara, a parte psicológica do profissional... eu acho interessante ter um acompanhamento, pelo menos pra dar um alívio na parte mental do profissional também...” E7*

Esse enfermeiro-coordenador reconhece nos profissionais de sua equipe o trabalho a que se submetem, assim como o desgaste que proporciona, no entanto, essa realidade faz parte do contexto de trabalho, sem no momento apresentar perspectivas para uma transformação, porém a constatação da necessidade de mudar essa realidade já é um movimento que acolhe os profissionais da equipe.

Dessa forma, a maneira como os profissionais são “*olhados*” no dia a dia de trabalho no hospital enriquece a proposta de uma atuação humanizada, as representações da humanização da assistência ao paciente e, entre profissionais, se amplia e se efetiva a todas as situações do cuidar, a partir do momento que se constata entre a equipe de saúde uma visão e postura holística em relação ao funcionário e ao paciente, possibilitando a promoção de transformação e crescimento nos aspectos psíquico, emocional, social e profissional dos sujeitos.

## **UNIDADE TEMÁTICA VI**

### **Políticas Públicas e Humanização**

Nessa Unidade, a **CARTILHA DO SUS** foi o seu sub-tema. É uma política apresentada pelo MS, com a proposta de um novo modelo de atendimento ao paciente.

Nos cadernos HumanizaSus (BRASIL, 2010, p. 84), é enfatizada a necessidade de se fazer conhecer o SUS:

A PNH reconhece que há um SUS que dá certo, mas que existem desafios e problemas, e que é necessário superá-los. O SUS que dá certo nem sempre toma visibilidade sendo, portanto, tarefa política de seus agentes anunciá-lo. Anunciá-lo

não como recurso de marketing, mas como afirmação do horizonte utópico de que é possível produzir mudanças nas práticas de atenção e gestão, o que permite a produção de um reencantamento de trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária, inclusiva e de qualidade[...] (BRASIL, 2010, p. 84).

Esse aspecto do SUS que dá certo, não se mostra como parte integrada no sistema de saúde, a realidade vigente está “longe” de vivenciar essa proposta *encantada*, mas que é uma possibilidade à medida que o conceito e significado do SUS deixe de ser apenas um encantamento e, faça parte real do contexto de trabalhadores e da população brasileira.

Assim, com base na política do SUS, a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 2000, propôs a Humanizar o SUS – e o HumanizaSus nasceu dessa proposta, tornando-se política pública, pois se originou da aspiração do povo brasileiro que registrou na CNS o desafio de humanizar o SUS (BRASIL, 2010).

O humanizaSus tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, o conceito de humanização vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento em saúde.

De acordo com Rios (2009), a humanização pode ser interpretada sob *vários olhares*, como: princípio de conduta de base humanista e ética, movimento contra violência institucional na área da saúde, política pública de atenção e gestão do SUS, metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência a saúde. Todos esses *olhares* direcionam a descobrir maneiras de atuação no cotidiano hospitalar.

Nos recortes abaixo se observa como essa realidade acontece no contexto dos enfermeiros entrevistados:

*“... eu acho que esse trabalho que você está fazendo é bem interessante, porque se fala muito, se fala muito... em humanização, e a gente não vê isso muito acontecer, inclusive na diretriz do SUS... A gente tem esse... Cartilha de humanização, mas a gente não tem nada concreto pra... pra trabalhar!...” E2*

*“... por ser um hospital X, são muitos residentes, eu falo dos médicos residentes, porque as meninas aqui não são estudantes, são funcionárias e... Enfim, eu tento trabalhar isso com elas... de elas acolherem, serem mais abertas, a estarem ouvindo... E isso eu tento trabalhar com elas... É os estudantes de medicina que eu estou tendo mais contato nesses três meses... Eu acho pra mim, humanização pra eles, eles não... Acho que eles não trabalham*

*muito bem isso não... Nem deve saber que existe o HumanizaSus... É bem complicado... é a minha vivência aqui , e essa não é muito feliz... ” E4*

Nota-se a necessidade dos enfermeiros de colocar em prática as propostas da cartilha do Sus, mas também divulgar, ou fazer conhecer essas propostas que parecem não se apresentar claras para os profissionais da saúde. Dessa forma, os profissionais ainda não se apropriaram desse conceito para que possa ser objetivado e desenvolvido de acordo com as necessidades vigentes num determinado contexto cultural.

Moscovici (1981), ao considerar o processo de objetivação – que é central para a compreensão de uma RS – afirma que objetivar significa combinar o conceito com a imagem, pois em cada sociedade, um grande conjunto de palavras circula em torno de um objeto específico e que somos obrigados a associá-lo a um significado concreto.

Então, na ótica dos enfermeiros participantes deste estudo quando se fala da proposta do HumanizaSus, o primeiro passo seria torná-lo conhecido e divulgado, se enfatizando a importância de conhecer a realidade na qual estará inserida, assim como conhecer as necessidades individuais dos profissionais envolvidos e dos grupos que farão parte. Esse aspecto diz respeito ao enraizamento social da representação (JODELET, 1992), isto é, o processo de ancoragem e sua função, que é de realizar a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento que o precede.

A conscientização do significado amplia a compreensão da política do humanizaSus, pois quando se contempla o conceito de humanização, se refere ao respeito e valorização da pessoa humana, e que se constitui num processo que visa a transformação da cultura organizacional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção a saúde e gestão dos serviços (RIOS, 2009).

Nesse aspecto parece que já existe uma apropriação do conceito de humanização pelo senso comum, o que se refere à objetivação, no entanto ainda não se mostra ancorado. Na ancoragem se coloca algo que é estranho em um contexto familiar, através de uma comparação da idéia desconhecida a um paradigma (GUARESCHI, 2003).

O autor complementa com uma metáfora acerca da ancoragem:

“[...] O barco está a deriva, pronto a deslizar impulsionado por essa correnteza motivadora e mobilizadora` da não familiaridade. É preciso agora encontrar os faróis que o orientem e margens seguras que o ancoram nos jordes da existência [...] GUARESCHI, 2003, p. 213)

Nota-se a sintonia dessa citação com a realidade do HumanizaSus, pois existem movimentos nesse processo de transformação, na busca da margem segura e dos faróis que

orientem, quando se observa propostas para se modificar uma realidade, conforme recorte abaixo:

*“... é isso, seria interessante isso, uma discussão ampla, maior assim, sabe lá, um curso treinamento, enfim se discutir mais isso, pra esclarecer até esse programa do SUS, porque é tudo tão lindo (né)? No papel, mas que a gente não... não é todo mundo que tem conhecimento... Na prática não, eu não vejo nada disso... Eu não vi nada, literalmente nada!” E4*

Dessa forma, a prática da humanização da assistência na saúde mostra-se viável no contexto hospitalar, porém exige adequação na representação do conceito, assim Moscovici (1987, p. 63) esclarece:

Representar uma coisa [...] não é, com efeito, simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la, é reconstruí-la, retocá-la, modificar o texto a comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro transformando a substância concreta comum, criando a impressão de realismo [...] (MOSCOVICI, 1987, p. 63).

O conceito de humanização foi considerado a princípio como uma prática de ações comunitárias de caráter filantrópico, voluntarista ou paternalista, que mais do que compensar enfatizava a fragilidade e submissão dos pacientes distorcendo as exigências de qualificação e valorização do trabalho profissional (BRASIL, 2008).

Nesse sentido o usuário estaria vinculado a uma condição de ser um mais número, ou diagnóstico, submetido ao cuidado de um profissional da saúde que atendê-lo em suas necessidades relacionadas a sua enfermidade, sem participação ativa nesse processo.

A PNHAH é contrária a essa submissão, pois a promoção de uma nova cultura de atendimento a saúde no Brasil tem com o principal objetivo aperfeiçoar as relações entre profissionais, usuários-profissionais e hospital-comunidade, visando à melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições (DESLANDES, 2004).

Assim, de acordo com a análise apresentada pelo Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS, sobre o HumanizaSus apesar dos grandes avanços em seu processo de construção, o SUS ainda enfrenta uma série de dificuldades para uma prática efetiva da humanização da assistência, dentre os desafios está: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, assim como da rede assistencial, o despreparo das equipes para lidar com as dimensões subjetivas das práticas de atenção, o modelo baseado

na queixa-conduta e a não formação de vínculos entre usuários e equipes, a pouca valorização das trabalhos em saúde e o desrespeito aos usuários (BRASIL, 2006).

Os aspectos citados fazem parte da realidade constatada nesse estudo, porém também nota-se o esforço dos profissionais em contornar as dificuldades que encontram se *desdobrando*, como forma de oferecer atendimento de qualidade, tendo uma visão holística desse paciente, e procurando efetivar a prática da humanização da assistência.

De acordo com Martins (2005), pesquisas realizadas em hospitais mostram que quando se trabalha com a humanização, há melhora no ambiente hospitalar, traz benefícios, como a redução do tempo de internação, aumento do bem estar geral dos pacientes e funcionários, diminuição das faltas ao trabalho dos elementos da a equipe de saúde, e, como consequência o hospital também reduz gastos, trazendo benefícios para todos.

Dessa forma a concretização do HumanizaSus proposto pelas políticas públicas de saúde, parece estar ganhando força no contexto hospitalar, considerando os benefícios que promove aos profissionais, usuários e instituição. No entanto esse é um difícil processo, pois se reconhece que uma política publica exige mais do que criação, pois sua implementação demanda esforços, que transitam em campos como da formação pessoal e profissional, trabalho e contexto social.

## UNIDADE TEMÁTICA VII

### Condições de Trabalho e Humanização

Na interação profissional-profissional, profissional instituição está incluída a vivência do funcionário na instituição hospitalar, a qual caracteriza essa unidade temática que tem como sub-temas: **ROTATIVIDADE DE FUNCIONÁRIOS e BAIXOS SALÁRIOS.**

Na perspectiva dos profissionais entrevistados, a humanização da assistência e as condições de trabalho estão diretamente associadas, pois as condições concretas de trabalho como sub-remuneração, relações contratuais precarizadas e injustas de trabalho, ambiência degradada, e condições de trabalho interferem negativamente na produção de saúde desses enfermeiros e de suas equipes.

Nesse sentido o recorte a seguir, enfatiza a rotatividade dos funcionários como uma forma de limitar as possibilidades de se assistir o paciente de maneira humanizada:



*“... e aí uma das dificuldades que eu enfrento no meu dia a dia é... com relação à rotatividade dos funcionários, todos... porque como eu te falei a gente tem funcionários novos aqui o tempo todo, o tempo todo.” E2*

O E2 enfatiza a rotatividade dos funcionários, considerando o número limitado de profissionais, com escalas de trabalho extensas. Profissionais rodando de setor para setor, sem uma clínica específica para que possam se fixar e criar vínculo com a realidade local, assim, também não têm tempo hábil para se adaptar e conhecer a realidade do trabalho técnico específico de um determinado setor o que pode contribuir negativamente na qualidade da assistência prestada.

Assim para realização da assistência humanizada não basta apenas capacitações e sim, vivência, necessidade que está vinculada também aos aspectos técnicos específicos da profissão de enfermagem, pois muitas vezes se faz necessário cuidados especializados em determinada área o que por sua vez complementa a atuação na realização do cuidado.

Nesse sentido, o funcionário que permanece por pouco tempo em uma determinada clínica, não tem a oportunidade de o enfermeiro coordenador conhecê-lo e, desenvolver com esse profissional as habilidades inerentes daquele setor, tanto nos aspectos técnicos quanto na forma de cuidar estabelecida por esse líder de equipe.

Assim, muitas são as dificuldades encontradas pelo enfermeiro no contexto de trabalho, sendo importante a reflexão sobre o processo de humanização no trabalho da enfermagem visto que a maioria dos profissionais enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, como: baixa remuneração, pouca valorização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe (DEJOURS, 1994).

No recorte abaixo, se constata essa realidade, na qual o E2 enfatiza a maneira como o profissional leva o dia a dia de trabalho devido às condições salariais:

*“... Eu acho que aqui outra coisa que interfere na... muito na qualidade da assistência é com relação ao... salário dos funcionários, que a gente tem uma remuneração que é péssima, se você for pensar pros auxiliares de enfermagem principalmente, né? E então isso interfere na maneira como ele leva o dia a dia de trabalho dele. É complicado! Bastante complicado... Tem que ter pessoas que realmente gostam de estar aqui... Mais a questão salarial é uma coisa que pega muito aqui nessa instituição...” E2*

O salário é uma forma de reconhecimento do trabalho, e é elemento de grande importância para o desempenho profissional, porém não é o único motivador, no entanto o *fator pagamento* é normalmente enfatizado como sendo o de maior insatisfação no trabalho do enfermeiro, considerando que o salário comparado ao grau de responsabilidade, é muito baixo (LIMA, 1996).

A motivação pode ser definida nesse contexto como o estado em que o trabalhador se sente com disposição ou vontade para trabalhar produtivamente (SIEVERS, 1990). A questão motivação pode influenciar na qualidade do desempenho do trabalhador, e a maneira como irá realizar o trabalho. Kalinowski (2000) salienta que o trabalho representa o reconhecimento dentro do contexto social, bem como a inclusão na sociedade como um indivíduo produtivo.

Dessa forma a representação do trabalho para o enfermeiro vai se transformando à medida que estabelece uma relação direta com a sua realidade pessoal e a realidade institucional na qual está inserido, ou seja, ele passa a dar significado pessoal, desenvolvido internamente na formulação desse conceito da função que desenvolve e da forma como desenvolve assim, a proposta da humanização da assistência esta vinculada a maneira como desenvolve no contexto hospitalar.

Os profissionais de enfermagem, bem como os demais da área da saúde estão constantemente expostos a situações geradoras de sofrimentos emocional ao presenciarem momentos de dor e morte dos pacientes.

O E7 enfatiza a condição de trabalho para o enfermeiro da UTI, e aponta a necessidade de ajuda de outros profissionais afim de suporte emocional para conseguir lidar com as vivências do cotidiano, situações geradoras de conflito, que mobilizam seus conteúdos subjetivos, de acordo com o recorte:

*“... Por mais que a gente se esforce na enfermagem, de dar uma assistência, de oferecer um ambiente tranquilo, que muitas vezes não é possível numa UTI, mas a gente se desdobra, acho que falta pra gente é... completar a assistência, né? Humanizada dentro da UTI, é a presença de um profissional de psicologia...” E7*

Esse enfermeiro-coordenador, reconhece as dificuldades do trabalho na UTI, e o desgaste do profissional que o leva a se “desdobrar” no desenvolvimento de seu trabalho como forma de realizar assistência humanizada.

A UTI é um setor que presta assistência qualificada especializada, com mecanismos tecnológicos, cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado

ao paciente em estado crítico, é um local que exige muito do profissional da saúde, pois é um local que demanda assistência ininterrupta ao paciente (NASCIMENTO, 2003).

De acordo com Gaspar (1995), a enfermagem entra no grupo das profissões desgastantes, devido ao constante contato com doenças, expondo a equipe a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica. Na UTI a complexidade desses procedimentos se intensifica considerando os pacientes de alto risco que ali se encontram, o que leva o profissional a vivenciar diariamente a complexidade de inúmeros procedimentos, o alto grau de responsabilidade nas tomadas de decisões, a falta de profissionais, e o trabalho por turno, aumentam a angústia e a ansiedade dos trabalhadores de enfermagem, gerando frequentemente situações de estresse.

Dessa forma, o E7 enfatiza uma condição específica da UTI, e das condições de trabalho:

*“... como eu falei, tentar oferecer o melhor que a gente pode... mesmo que os nossos equipamentos é... e materiais não sejam muito adequados muitas vezes...” E7*

A fala do E7 deixa claro que os profissionais da UTI, e em especial os enfermeiros estão conscientes de que o objetivo final de seu trabalho é o cuidado, mesmo reconhecendo que os equipamentos e materiais não sejam adequados, a sua prioridade é o atendimento oferecendo o melhor que podem ao paciente.

No olhar desse enfermeiro o significado de seu trabalho parece estar muito claro, existe apropriação do conceito de cuidar de forma responsável e maneira de realizar seu trabalho.

Assim, uma representação vai se formando a medida que essa consciência passa a ser compreendida e assimilada como parte da vivência desse profissional.

De acordo com Abric (1994, p.13), “[...] a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu ambiente físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas [...]”

Como líder de equipe o enfermeiro desempenha papel de *modelo* para os demais da equipe de saúde proporcionando assim, oportunidades a esses funcionários de interpretar seu trabalho, estabelecendo conhecimento daquilo que até então era desconhecido, a prática humanizada da assistência.

Os aspectos desconhecidos tornam-se ameaçadores à medida que o indivíduo não estabelece para si significado. Nas RS o desconhecido, não-familiar, de acordo com

Moscovici (1978), é chamado de universo reificado que se preocupa em “[...] trabalhar com o mais possível de objetividade dentro de teorizações abstratas, chegando até mesmo a criar certa hierarquia” (p. 212). Dessa forma os aspectos do atendimento, do cuidado humanizado, apresentado a princípio como uma política não se mostra presente e efetivo na concepção da equipe de saúde uma vez que ainda se postulam como conteúdos vindos de um contexto científico, e não coincidem com os conhecimentos do senso comum. Porém no momento que esses conhecimentos passam a ser vivenciados pelos profissionais, essa realidade tende a se transformar, pois: “[...] onde estão as práticas interativas do dia a dia, que produzem as RS, está o senso comum a conversação” (GUARESCHI, 2003, p. 212).

Assim, os universos reificados produzem o não-familiar, que é incorporado no universo consensual através da construção de RS, tornando-se familiar (GUARESCHI, 2003).

A representação da humanização da assistência a saúde para o enfermeiro deve acontecer como uma apropriação pessoal que no ambiente de trabalho irá se formular a partir das vivências do dia a dia e dos modelos que os enfermeiros-coordenadores irão passar para a equipe de saúde.

Essa representação só vai se concretizar a partir de uma construção pessoal, que vai se efetivar na realização do seu trabalho, com a preocupação dos profissionais da saúde em oferecer assistência de qualidade, pois o trabalho do enfermeiro vai exigir desenvolvimento efetivo tanto dos aspectos pessoais, quanto da formação específica, para lidar com as constantes mudanças nos aspectos tecnológicos, sofrimento dos familiares, e relações entre profissionais- pacientes e profissionais- profissionais, pois as exigências são inúmeras de acordo com Rios (2009, p. 101):

“Na área da saúde o trabalho é quase uma missão. Não são poucas as exigências: trata-se de trabalho reflexivo que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores, profissionais de formação diversas e usuários de todas as origens e culturas. Além disso, trabalha-se no campo mais denso da experiência humana: a vida, o corpo e a morte” (RIOS, 2009, p. 101).

Sendo assim, humanizar não é uma técnica ou artifício, mas sim um processo de experiências a permear toda atividade da equipe de saúde, no intuito de realizar e oferecer o melhor tratamento ao ser humano. Usuários e profissionais são os protagonistas dessa realidade, na vivência das circunstâncias peculiares vividas em cada momento do hospital (GOMES, 1998).

Então pensar na RS da prática da humanização da assistência a saúde para o trabalho do enfermeiro é uma forma de concretizar uma política pública PNHAH, que no seu texto

oficial nota-se muito pertinente para a realidade hospitalar. No entanto, é importante que os profissionais da saúde em especial, nesse estudo para os enfermeiros, que desenvolvam juntamente com a instituição propostas para se fazer efetivar essa prática, que no contexto do trabalhador mostra-se deficiente quanto às condições de trabalho especialmente no que tange as questões salariais ao número necessário de profissionais em cada setor, como forma de reduzir a de rotatividade favorecendo a realização de uma assistência adequada não só para o paciente, mas também ao trabalhador, em relação ao desgaste físico e emocional como forma de possibilitar melhoras no acolhimento e humanização da assistência a pessoa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer as RS dos enfermeiros quanto ao significado da humanização da assistência a saúde no contexto hospitalar. Na realidade dos enfermeiros os significados da humanização estão relacionados ao conhecimento, a compreensão, ao modo de tratar o paciente, respeitando o contexto, a história de vida de cada um, famílias e acompanhantes.

O reconhecimento dos aspectos subjetivos facilita aos enfermeiros reconhecer os aspectos inerentes ao paciente, contribuindo para concretizar a realização do atendimento humanizado. A prática da humanização se mostra presente no contexto estudado por meio de ações interdisciplinares que foram sendo estabelecidas a partir da comunicação e capacitação da equipe de trabalho e visão integral da pessoa assistida, porém de forma não sistematizada.

Nesse aspecto existe a necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde, que favoreça a interação entre as diferentes áreas de conhecimento como forma complementar à prática assistencial. A visão integral da pessoa e capacitação da equipe também foi considerada relevante para a prática da humanização uma vez que os olhares para o paciente ainda se voltam ao diagnóstico ou ao corpo doente, e não ao indivíduo na sua totalidade.

A tecnologia na prática do enfermeiro mostrou-se como um aspecto necessário, porém muito valorizada, contribuindo para a despersonalização do paciente e pouca valorização de seus sentimentos, visto que muitas vezes estes não são considerados. Apesar da busca da expressão da subjetividade pelo paciente, aspecto este também apontado pelos enfermeiros como imprescindível no processo de cuidar a importância atribuída às tecnologias com frequência assume lugar de destaque no que tange ao cuidado que deveria ser individualizado de acordo com as demandas físicas, mas também psíquicas e espirituais do paciente.

Outro aspecto levantado pelos enfermeiros para a prática da humanização foi a atenção focada na pessoa: *paciente, família e equipe de trabalho*. Essa atenção nem sempre acontece na realidade hospitalar, no entanto, foi apontada como um ponto que é desenvolvido na assistência e relação com equipe de acordo com as possibilidades percebidas pelos enfermeiros.

A política de humanização apareceu como uma realidade que pouco se efetiva no contexto hospitalar, e a não divulgação ou falta de conhecimento dos profissionais sobre a mesma dificulta a sua prática na realidade do hospital.

Quanto às condições de trabalho os aspectos mais enfatizados que influenciam na humanização da assistência foram a rotatividade dos funcionários e os baixos salários o que mostra que os enfermeiros não se percebem valorizados no contexto hospitalar.

Os enfermeiros referiram que há necessidade do envolvimento de todos os elementos da equipe de saúde para que a prática da humanização se torne realidade no contexto hospitalar, pois acreditam que um único profissional não é capaz de efetivar na sua totalidade uma ação que é multidimensional e plurideterminada por diversos aspectos.

Assim, muitas são as questões a serem discutidas para dar continuidade a essa pesquisa, como a formação do profissional da saúde, o contexto pessoal em que o processo de desenvolvimento acontece, a formulação de políticas públicas de saúde para o contexto hospitalar bem como a maneira possível se desenvolver atitudes interdisciplinares.

Na busca da prática da humanização e no cuidado existe participação ativa dos enfermeiros, sendo esta influenciada por sua história e formação, sendo necessário que busquem novas possibilidades e estratégias práticas para o desenvolvimento de novos caminhos que tornem possível efetivar essa prática no contexto hospitalar.

A apropriação da humanização da assistência é um processo que não está pronto, somente é possível humanizar quando o enfermeiro se apropria da sua realidade pessoal e conhece o seu contexto de trabalho. É a partir desse momento que se amplia a consciência para o coletivo, e neste estudo os enfermeiros mostraram-se dispostos a conhecer suas características, sua subjetividade, e dessa forma nota-se sua disponibilidade para olhar o mundo com sua própria luz e assim contribuir para iluminar o outro.

Este estudo não esgota o assunto, que deve ser conhecido e analisado sob diferentes ângulos, ficando em aberto para outros estudos a identificação das RS sobre a humanização da assistência para os outros profissionais da equipe de saúde, bem como do usuário e família.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

AIUB, M. Interdisciplinaridade: da origem à atualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 107-116, 2006. Disponível em: <[https://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/34/interdisciplinaridade.pdf](https://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/34/interdisciplinaridade.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ALMEIDA, M. C. P. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. Univ. Fed. S. Catarina, 1984. p. 58-77.

ALMEIDA, M. C. P.; BARREIRA, I. A. Mestrados e doutorados em enfermagem. In: CHOMPRÉ, R. R. et al. (Orgs.). **Educação de enfermagem na América Latina**. Belo Horizonte: UFMG, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0104-11691999000300012](http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11691999000300012)>. Acesso em: 10 abr. 2011.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

AMORIM, D. N. S., GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Revista Medicina Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 40, n.1, p. 82-84, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 16-29, set-dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. Humanização da assistência em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.3, 2004. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/13\\_Revisao3.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html)>. Acesso em: 10 fev. 2011.

BERGAMINI, C. N. **Motivação**. São Paulo: Atlas, 1993.

BETTS, J. **Considerações sobre o que é humanizar**. Disponível em <[www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37](http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37)>. Acesso em: 10 abr. 2011.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BIRMAN, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.



BORGES, M. S. Mel com fel: representações sociais da enfermagem e suas implicações para a cidadania. 2000. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand/Difel, 1989.

BRASIL. Leis, etc. Lei 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 1973. Seção I, p. 6825. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#B>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Considerações sobre o que é humanizar**, 2006. Disponível em: <[www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37](http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: humanizaSus**, 2004. Disponível em: <<http://portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=80>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde: **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2005. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/a\\_educacao\\_que\\_produz\\_saude%5B1%5D.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/a_educacao_que_produz_saude%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2011.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). **Handbook of child psychology: theoretical models of human development**. New York: John Wiley, 1998. p. 993-1028.

\_\_\_\_\_. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

\_\_\_\_\_. Ecological models of human development. In: HUSTEN, T.; POSTELETHWAITE, T. N. (Orgs.). **International Encyclopedia of Education**. New York: Elsevier Science, 1994.

\_\_\_\_\_. Ecological system theory. In: VASTA, R. (Ed.). **Six theories of child development**. London: Jessica Kingsley, 1992.

\_\_\_\_\_.; CECI, S. Nature-Nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. **Psychological Review**, 1994, v. 101, p. 568-586.

BUDÓ, M.L.D. Sensibilidade e racionalidade na enfermagem: uma indissociabilidade necessária. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p.55- 58, jul./dez. 1997.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, Rio Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 647-654, 1999.

\_\_\_\_\_. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 85-108.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Afrontamento, 1993.

CASTORIADIS, C. **Feito e a ser feito: encruzilhadas do labirinto V**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

CHAMON, E. M. Q. O. (Org.). **Representação social e práticas organizacionais**. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 7. ed. São Paulo: Ática, 2002.

CLAIN, O. Identité (-culturele). **Encyclopédie Philosophique Universele: les notions philosophiques**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

CLAPIS, M. J. et. al. O ensino de graduação na escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p.7-13, jan./fev. 2004.

CUNHA, K. C. **O contexto e o processo motivacional vivenciado por enfermeiras**. 1994. 213f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização e assistência hospitalar. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004. Disponível em: <[www.scielo.org/scielo.php](http://www.scielo.org/scielo.php)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

DESSEN, M. A, GUEDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 11-20, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2005000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2011.

DI BIASE, F. **O homem holístico: a unidade mente/natureza**. Petrópolis: Vozes, 1995. Disponível em: <<http://www.fmabc.br/admin./files/revistas/31amabc73.pdf>> Acesso em: 9 maio 2011.

DUARTE, E. **Humanização voluntária**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/arquivo.psicomp2.html>>. Acesso em: 17 mar. 2011.

DURKHEIM, E. Representações individuais e representações coletivas. In: **Sociologia e filosofia**. Rio de Janeiro: Forense, 1970. P. 33-34.

DUVEEN, G. Introdução: o poder das idéias. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARINI, J. R. M. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 516- 522, jul./ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13363.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

ESTANQUEIRO, A. **Saber lidar com as pessoas**. Lisboa: Presença, 2007.

ETGES, N. J. Ciência interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A.P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). **Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

EWALD, A. P., SOARES, J. C. Identidade e subjetividade numa era de incerteza. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 23-30, 2007.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHIL, P. **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FAYE, E. Subjectivité. In: **Encyclopédie Philosophique Universelle: les notions philosophiques**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

FAZENDA, I. C. A. (Org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **Práticas Interdisciplinares na escola**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005.

FILIPINI, S. L. et al. Relacionamento, enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade. **Arquivos Médicos ABC**, Santo André, v.31, n.2, p. 73-77, 2006.

FOULCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

FREITAS, B. P. **O Assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FREYRE, K. **Era uma vez: laboratório de sonhos**. Recife: UPE, 2004.

GASPAR, P. J. S. Enfermagem, profissão de risco e de desgaste: perspectiva do enfermeiro do serviço de urgência. **Nursing Revista Técnica de Enfermagem**, v. 109, n. 10, p. 22-24, mar. 1997.

GEOVANINI, T. (Org.). **História da Enfermagem: versões e inter-pretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

\_\_\_\_\_. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **Histórias da Enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 3-48.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Sem dinheiro não há solução: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais**. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

HOGA, L. A. K. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 537- 540, set./out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672004000500004&script=sci\\_arttext.66k](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672004000500004&script=sci_arttext.66k)>. Acesso em: 15 abr. 2011.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006

JAPIASSU H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto e teoria. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psicologia social**. Barcelona: Paidós, 1985.

JODELET, D. **Les représentation Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

\_\_\_\_\_. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

KELLER, H. A. Perspective on continuity in infant development. In: LAMB, M. E.; KELLER, H. (Orgs.). **Infant development: perspectives from German-speaking countries**. Hillsdales: Lawrence Erlbaum, 1991.

KEROUAC, S. et al. **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, 1996.

KREBS, R. J. (Org.). **Desenvolvimento humano: teorias e estudo**. Santa Maria: Casa Editorial, 1995.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LEPARGNEUR, H. Princípios de autonomia. In: URBAN, C. A.(Org.). **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LIRA, N. F.; BOMFIM, M. E. S. **História da enfermagem e legislação**. [S.l.]: Cultura Médica, 1989.

MAGNUSSON, D.; CAIRNS, R. Development science: toward a unified framework. In: CAIRNS, R. B.; ELDER, G. H.; COSTELLO, E. J. (Orgs.). **Developmental science**. New York: Cambridge University Press, 1996.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos Pesquisa Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2004.

Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=18082004000100006>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. **Acta Scientiarum Health Sci**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MAYER, L. R. **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica**. 2002. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em:

<[http://www.msmedia.com/ceprua/doutorado\\_lisia.pdf](http://www.msmedia.com/ceprua/doutorado_lisia.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2011.

MELLO, I. M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**. 2008. Disponível em:

<[http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro\\_dra\\_inaia\\_humanizacao\\_nos\\_hospitais\\_do\\_brasil.pdf](http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_humanizacao_nos_hospitais_do_brasil.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2011.

MEZZONO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITH, S. (Orgs.) **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MODERNO Dicionário da Língua Portuguesa [home Page]. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>> Acesso em: 8 abr. 2011.

MOREIRA D. A. **Teoria e prática em gestão do conhecimento: pesquisa exploratória sobre consultoria em gestão do conhecimento no Brasil.** 2004. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em: 8 abr. 2011.

MOSCOVICI, S. **A máquina de fazer deuses.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTA, R.; MARTINS, C.; VERAS, R. Papel dos profissionais da saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006.

NASCIMENTO, A. R.; CAETANO, J. A. Pacientes de UTI: Perspectivas e sentimentos revelados. **Nursing**, v. 57, n. 6, p. 12-17, fev. 2003.

NAVA, P. **Capítulos da história da medicina no Brasil.** São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, abr/jun. 2006. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724\\_599.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf)>. Acesso em: 8 abr. 2011.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Indústrias Gráficas, 1979.

PATERSON, J. E.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanistic.** México: Limusa, 1979.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos.** São Paulo: Loyola, 2004.

PETRAGLIA, I. C. **Interdisciplinaridade: o cultivo do professor.** São Paulo: Pioneira, 1993.

POLONIA, A. C.; DESSEN, M. A.; PEREIRA-SILVA, N. L. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.;

COSTA JUNIOR, A. L.(Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 71-89.

REMEM, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993  
Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253- 261, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 mai. 2011.

RODRIGUES, R. S. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.6, p. 76- 82, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.php?script=arttext&pid=S0104-11692001000600013> >. Acesso em: 4 abr. 2011.

SÁ, C. P. **Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial**. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto: Afrontamento, 1994.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 261- 266.

SAUPE, R. C. L. R. A; WENDHAUSEN A. L. P; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SCHERER, Z. A. P.; LUIS M. A. V. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 64-72, maio/ ago.1998.

SIEVERS, B. Além do sucedâneo da motivação. In: BERGAMINI, C. N.; CODA, R. (Orgs.). **Psicodinâmica da vida organizacional: Motivação e liderança**. São Paulo: Pioneira, 1990. p.105-123.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento Humano: Desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 379- 386, out.-dez. 2007.

SILVA, G. **Enfermagem profissional análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, L. L. S. **Caminhos e bifurcações da história da formação médica.** Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/caminhose%20bifurcacoes%20da%20formacao%20medica.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/caminhose%20bifurcacoes%20da%20formacao%20medica.pdf)>. Acesso em: 4 jul. 2011.

SILVA, M. J. P. S. **O amor é o caminho:** maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000.

SMELTZER, S.C. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOARES, N. S. **Educação transdisciplinar e a arte de aprender:** a pedagogia do autoconhecimento para o desenvolvimento humano. Salvador: EDUFBA, 2007.

SPINK, M. J. P. **As representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

STEIN, M. **Jung:** o mapa da alma – uma introdução. São Paulo: Cultrix, 1998.

STEINBERG, W. **Aspectos clínicos da terapia Junguiana.** São Paulo: Cultrix, 1990.

SUPER, C. M.; HARKNESS, S. The environment as culture in developmental research. In: FRIEDMAN, S.L.; WACHS, T.D. (Orgs.). **Measuring environment across the life span. Emerging methods and concepts.** Washington : American Psychological Association, 1999. p. 279-323. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/paidea/artigos/30/03.htm](http://www.scielo.br/pdf/paidea/artigos/30/03.htm)>. Acesso em: 24 mar. 2011.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH conference neoliberalism, structural violence, and epidemics of inequality in Latin America, 2004, San Diego. **Working-paper...**San Diego: Cilas, 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

TURKIEWICZ, M. **História da enfermagem.** Curitiba: Etecla, 1995.

VAISTSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Apoio social e redes conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 925- 934 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csv/v7n4/14615.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

VALSINER, J. (Org.). **Comparisons in human development:** understanding time and context. New York: Cambridge University Press, 2004.

VAN GEERT, P. Dynamic system approaches and modeling of developmental processes. In: VALSINER, J.; CONNOLY, K. (Orgs.). **Handbook of developmental psychology.** London: Sage Publication, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.



WEIL, P. et. al. **Rumo a nova transdisciplinaridade**. São Paulo: Summus, 1993.

XAVIER, R. **Do vínculo a informalidade**: imagens e representações do trabalho no Brasil. Recife: UFPE, 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Ofício

#### OFÍCIO

Taubaté, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Prezado Senhor (a)

Somos presentes a V.S. para solicitar permissão de realização de pesquisa pela Aluna Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo, do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté, trabalho a ser desenvolvido durante o corrente ano 2010/2011, intitulada **“O SIGNIFICADO E AS PRÁTICAS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE”**. O estudo será realizado com médicos e enfermeiros responsáveis pelas clínicas: Cirúrgica, Médica Geral, Obstétrica, Pediátrica, e também Maternidade, Ortopedia, UTI adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal, do Hospital Universitário de Taubaté, sob orientação da profª. Dra. Maria Ângela Boccara de Paula.

Para tal, será realizada entrevista através de um instrumento elaborado para este fim, junto à população a ser pesquisada.

Ressaltamos que o projeto da pesquisa passou por análise e aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade de Taubaté e foi aprovado sob o CEP/UNITAU n. 476/10. (ANEXO I)

Certos de que poderemos contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos no Programa de Pós Graduação da Universidade de Taubaté, no endereço R. Visconde do Rio Branco, 210, CEP 12.080-000, telefone 3625-4100, ou 9118-1202 (pesquisadora), e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo

Ilmo(a). Sr(a): \_\_\_\_\_

Diretor(a): \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição**

### **Termo de Autorização da Instituição**

De acordo com as informações do ofício \_\_\_\_\_ sobre a natureza da pesquisa intitulada **“O Significado e as Práticas da Humanização da Assistência para os Profissionais da Saúde”**, e propósito do trabalho a ser executado pela aluna do curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté e, após a análise do conteúdo do projeto da pesquisa, a Instituição que represento, autoriza a realização de entrevistas com médicos e enfermeiros. Será mantido o anonimato da Instituição e dos profissionais.

Nome da Aluna: Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo.

Nome da Instituição: Hospital Universitário da Cidade Taubaté.

CNPJ da Instituição: \_\_\_\_\_

---

Nome, cargo e assinatura do Representante legal da Instituição

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “O Significado e as Práticas da Humanização da Assistência para os Profissionais da Saúde”.

Pesquisador Responsável: Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo.

Telefones para contato: (12) 3645-2120 (12) 9118-1202

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, cujo objetivo é conhecer o significado e as práticas da humanização da assistência no contexto da saúde para médicos e enfermeiros.

Os dados serão coletados por meio de entrevista, na qual você terá que responder a 2 (duas) questões abertas. As entrevistas serão gravadas em mídia digital, e após serem transcritas serão deletadas.

As informações serão analisadas e transcritas pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O anonimato será assegurado em todo processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O depoente terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. A sua participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o significado e a prática da humanização no contexto hospitalar, que poderá contribuir para viabilizar novas propostas de ação que favoreçam a prática da humanização da assistência.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O Significado e as Práticas da Humanização da Assistência para os Profissionais da Saúde”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D** – Instrumento de Coleta de Dados**Parte I**

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Especialidade: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de formado: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação como chefe de equipe nesta instituição: \_\_\_\_\_

**Parte II****Perguntas norteadoras do estudo:**

- 1) O que é a humanização da Assistência para você hoje?
- 2) Como você reconhece no seu trabalho a prática da humanização? Exemplifique.

## APÊNDICE E – Entrevista - Enfermeiro

### E. 1 – 1) O que é a humanização da Assistência para você hoje?

Pra mim humanizar na assistência é você ter conhecimento prá estar prestando assistência ao paciente, mas não esquecendo que ali tem um indivíduo, uma pessoa que tem uma história de vida, que tem outra cultura, outras vivências, eu tenho que olhar como um todo, não só como o “Seu João”, que vai fazer ... olha é *qualisister*... não! Mas é o “Seu João” que tem uma história, que tem alguns medos, algumas ansiedades, alguns receios, entendeu (?), vou olhar prá ele como um todo, porque é isso que eu vejo hoje que as pessoas se esquecem, o ”seu João” é mais um, é... Não é nem o “Seu João” é o leito 14, leito 15, o *qualisister*, né (?). Porque perde a identidade do paciente e não é assim, né? Ele é um cliente, ele está aqui e tem que ser assistido, mas de uma forma total, então eu tenho que olhar prá ele e ver toda essa... Esse contexto entendeu? E estar preocupada em prestar uma boa assistência, e que isso influencia também essa parte da convalescência dele, o medo, a ansiedade, né? Como ele retorna de uma cirurgia, o quanto isso é importante. Eu acho que é isso, eu tenho que humanizar né?... Não é que eu vou assim... Tem coisas que não tem o que a gente possa fazer, mas tem coisa que tem, então assim associei a minha parte prática, teórica, mas com meu lado humano, né? Olhar prá ele com outro olhar, não como mais um.

### 2) Como você reconhece no seu trabalho a prática da Humanização? Exemplifique.

Olha o que eu faço, logo pela manhã eu passo visita nos pacientes que estão mais críticos e depois pros menos. E... Eu observo muito o paciente, observo muito. Então às vezes eu não o conheço, mas sinto que está um pouco mais ansioso, eu... Sabe... Está ansioso, porque está com medo, porque está inseguro, porque vai para uma cirurgia, o que eu posso fazer para aliviar isso? O que é importante para o senhor? O senhor quer ficar com acompanhante, até o momento da cirurgia? Quer que seu familiar suba com o senhor e retorne quando o senhor retornar? O senhor viu, viu que está bem, isso traz uma segurança maior para o senhor? (Traz)... Então o familiar entra também. Entendeu? Eu procuro assim quando eu faço a visita, conhecer melhor o meu paciente, saber quais são os medos, as ansiedades, quando a gente colhe o histórico, então assim eu fico muito atenta, porque daí é um olharzinho mais caído é um mexer de forma contínua as mãos, são alguns sinais que eles vão me dando, então eu fico muito atenta a isso. Por que? Porque eu tenho muito medo, eu tenho pavor, eu falo para as meninas, se um dia eu internar aqui, tem que pegar minha veia de primeira, porque eu tenho pavor de agulha, eu desmaio. E eu sou enfermeira... Então eu falo:

às vezes parece ridículo, mas não é... É o limite do outro. Então assim sempre quando eu entro, eu entro com esse olhar, sabe? Mais atenta para saber os anseios e prá eu poder estar olhando pra ele como um todo. É lógico, eu vou ver uma incisão, ou vou ver um sinal flogístico de um acesso, mas eu vou olhar prá ele também. É assim, sempre que eu entro, olho, eu fico atenta, no dia seguinte eu faço visita de novo, eu vejo que está mais “tristezinho”, por quê? Às vezes o paciente fica muito tempo internado, fica preocupado com as contas prá pagar lá fora, com a família, com o salário que não recebeu, sabe? Vejo com o médico se posso chamar o psicólogo para conversar para amenizar aquela ansiedade, então assim eu vou adaptando de acordo com aquilo que vai aparecendo, mas sempre com esse olhar, né? Porque é difícil, é difícil, eu fico imaginando se um dia eu tiver que fazer cirurgia, ficar num leito de hospital, como isso deve ser desesperador, então eu me coloco muito, por eu ser mais medrosa ainda, piorou, né? (risos). No contato com o paciente eu sou bem rígida com a minha equipe, quando você entrar no quarto a primeira coisa que você tem que fazer é se apresentar: - *Bom Dia, eu sou a enfermeira D., eu fico aqui de segunda a sexta feira das 7 horas às 5 horas da tarde, o que o senhor precisar pode me chamar.* Então assim é a identificação para o paciente, então todos os clientes que ficam aqui me conhecem pelo nome, ai... *Chama a supervisora D.* E quando saem (do hospital), voltam, passam aqui, me dão abraço, *olha D. eu tô bem*, deixa queijo prá mim, outros trazem filhos que teve, olha como ela está grande, eu acho isso muito bacana, muito bacana... Porque eu faço visitas todos os dias de manhã, faço evolução, prescrição, faço o histórico no decorrer do dia, né? Entro prá puncionar uma veia, prá colher um sangue eu estou o tempo todo na clínica e nos quartos. Não que eu não confie na minha equipe, eu falo prá elas, mas eu passo olho tudo, eu olho o rótulo do soro, eu olho curativo, como está feito, como não está, a aparência é fundamental, se eu estou triste, se eu não estou bem, eu vou ver aquela barba a fazer, aquele curativo todo mal feito, eu vou ficar pior, entendeu? Eu passo o tempo inteiro nos quartos com essa visão, porque imagino que não deve ser fácil. Nunca vivenciei isso... Também não quero, mas eu não sei o amanhã, então é assim que eu faço.

**Como é que você como supervisora, coordenando a equipe técnica, como você orienta a prática da humanização, considerando a sua postura?**

No primeiro momento eu era tida como a “chata”, enfermeira exigente, que pegava muito no pé, né? Por ser crítica, criteriosa, de olhar soro, de acompanhar curativo. Hoje não, hoje minha equipe tem outra visão, hoje eles conseguem perceber a importância desse meu cuidado, quando eles vão em outra unidade auxiliar porque aqui está mais calmo, eles tem uma outra postura e voltam fazendo as críticas que eu fazia, “eu fui lá e a menina fez assim e

a enfermeira não viu, sabe?” Hoje eles percebem isso, e eu fico maravilhada, quando eu saio de férias, eles falam: ai! Por que? Que falta que nós sentimos de você. Por esse critério hoje eles desenvolveram uma outra visão, que eu não sou mais a chata, mas que eu estou certa, porque isso é importante. Eu acho muito, muito bacana, quando vem funcionário novo pra cá, a nossa vice-diretora já fala: essa enfermeira é a mais criteriosa do hospital. E ... quem passa por ela passa por tudo aqui, por eu ser criteriosa, por eu acompanhar, daí o funcionário vive com receio, porque quem não trabalha comigo fala assim: Ai, eu não quero trabalhar nunca com aquela enfermeira; mas quem trabalha e me conhece fala: *Gente aquela enfermeira é maravilhosa, ela é exigente, porém se tem uma parada ela é a primeira a estar lá, ela sabe fazer. Ela nos defende, nos acolhe, pega no nosso pé sim quando fazemos errado, mas é a primeira a estar ali com a gente.* Então é essa segurança que eu acabo passando pra equipe hoje. E com isso foi assim maravilhoso, porque a equipe mudou a visão que tinha, porque eu não passo para fiscalizar, olhar pra ver se eu acho erro, não. É porque compete ao enfermeiro essa visita diária. Era essa visão que a equipe não tinha, porque eu vim da UTI, então isso já fazia parte da minha prática, então quando eu vim pra clínica isso já fazia parte da minha prática, e na clínica era muito diferente, porque eles enfermeiros olha curativo? Enfermeiro olha acesso? Eu falo: olha, olha tudo! Acompanha, aspira, dá banho se for preciso, então assim foi... foi difícil, mas foi maravilhoso... Maravilhoso. No começo eles me testavam, sabe? Testando pra saber até que ponto eu sabia, hoje não, hoje eu sou muito respeitada, muito, tanto pela equipe médica, como pela minha equipe de enfermagem, isso é maravilhoso, isso foi uma conquista que eu tive. É uma coisa é a sua convicção sobre isso, a outra é a equipe te dar um retorno dentro daquilo que você propõe, porque o trabalho não é um trabalho... É um trabalho difícil. Muito! Muito difícil... Porque tem um aspecto subjetivo nisso, né? Tem o que cada um deles tem como indivíduo, como pessoa né? E com seus valores e princípios, né? Que cada um tem uma educação, uma... Vem de uma cultura, tem uma origem, mas hoje fico maravilhada, eu fico muito feliz por isso. E hoje é assim, se alguém diz que aquela enfermeira D. é chata, ela não é chata, ela é exigente, mas ela é a primeira a estar aqui e na clínica médica 1. Porque eu também fui prá lá, passaram vários enfermeiros para a clínica, não entrava em ordem... Daí o diretor falou para mim: – *Você vai prá lá porque você vai arrumar lá...* Aí eu falei: - *Ai meu Deus!* Tive uma bela de uma gastrite, porque eu cheguei à clínica estava de perna pro ar, com pouco funcionário, sem material, o paciente parado, não tinha o que... O que fazer, porque o carrinho completo não tinha, não tinha, era um caos! (respiração), respirei fundo, no primeiro mês... Observei a clínica, observei os funcionários e fui trabalhando aos poucos, e quando eu saí de lá, a equipe



médica e a equipe de enfermagem fizeram um abaixo assinado, queriam colocar faixa na porta da clínica, prá que eu não saísse, a equipe da diretoria de enfermagem teve que descer... Conversar com a equipe médica, com a equipe de enfermagem que eu estava voltando para o particular, que eu não era de lá, né? Mas eu fiquei oito anos na UTI, fiquei um ano aqui, um ano lá, agora estou a dois anos aqui de novo, mas então foi maravilhoso, gratificante, até a médica da clínica médica me chamava prá passar visita, coisa que nunca aconteceu. – ***Olha D. você não quer passar visita comigo na quinta feira, porque daí você vê o que quer passar para os internos para os residentes.*** Então foi maravilhoso, duas experiências maravilhosas que eu tive, muito boas. É assim o olhar humano não só pro paciente mas pro meu funcionário também, né? Porque é passado: - *Olha você tem sua vida, entrou no hospital você apaga tudo isso...* Só que não é assim... Então eu procuro também conhecer meu funcionário, se eu vejo que ele está “tristinho”, se ele não está muito bem, aquele dia o que eu faço? Eu deixo ele com um número menor de pacientes, vejo se tem paciente para acompanhar fora. – *Olha, você não quer acompanhar? Porque hoje você não está bem, né?* Então assim eles acham isso o máximo, né? Acha que ... - ***Nossa! Você olha prá gente.*** Né? Então assim eu tenho muito o respeito deles, porque eu me coloco tanto no lugar deles, quanto no lugar do próprio paciente. Que não é fácil, não é fácil. Quantas vezes a gente não vem cheio de problemas, com a cabeça imensa? Mas aqui dentro eu sou uma enfermeira, eu tenho que administrar as minhas funções, não é? A mesma coisa eles, eles tem que administrar a função deles, porque naquele dia ele veio trabalhar, mas o que eu posso fazer para amenizar isso? E olha isso é maravilhoso, eu só tive respostas boas com tudo isso. E pronto né? Não é tão fácil, não é? Então eu sempre olho, ou às vezes pegou um paciente mais pesado, ficou com uma dor nas costas, está mancando: - *olha hoje você fica com os pacientes mais tranqüilos.* Na distribuição das tarefas eu procuro... Olho e falo para a equipe: *Olha hoje a Maria não está bem, então hoje ela fica com menos, amanhã pode ser você, e eu vou fazer a mesma coisa.* Então a equipe não reclama, a equipe é super colaborativa. É maravilhoso, porque daí ele consegue olhar pro outro com um olhar mais humano, né? *“Hoje é o meu colega, amanhã pode ser eu”.* Sem aquela rivalidade que tem na enfermagem, sabe? Aquela mesquinharia, aquela... “que o meu, o seu, não!” Nós somos uma equipe. Eu falo prá eles: - vocês são os meus braços, vocês são... Auxiliam um serviço que era para eu estar fazendo, então vocês são de extrema importância, só que o braço tem que ser braço, perna tem que ser perna, cada um tem o seu papel, mas todos são importantes em uma equipe. E é maravilhoso!

**Tem algo mais que eu não questionei sobre a prática da humanização?**

Olha... Não, nada. Ah! Até na época da UTI, uma coisa que me deixou mais humana ainda, porque eu vivenciei de... Algumas situações. Eu era enfermeira intensivista e minha avó faleceu comigo na UTI, e eu tive outra situação em que o meu paciente, o cliente ficou lá por três ou quatro meses era um rapaz jovem... E foi logo no meu começo, eu passava e dava “bom dia”, né? Pro paciente, e falava: - *bom dia, fulano, olha eu sou a D., enfermeira, e vou ficar aqui com você hoje, aperta a minha mão, aperta o outro lado... Mexe as pernas... Abra o olho... Vou ver sua pupila agora.* Eu sempre dei esse tipo de satisfação pro meu cliente, eu acho que é o mínimo que eu tenho que fazer. Eu estava examinando esse paciente e um médico começou a fazer gozação comigo. Eu falava: *Aperta minha mão...* Daí o médico respondia do balcão brincando: *ai mais que enfermeira mais chata, eu não estou respondendo, me deixa quieto, que não sei o que...* Eu respirei fundo, fiquei um pouco chateada na hora, falei, - *não deixa!* Daí eu continuei, é um perfil que eu adquiri no decorrer desse tempo. Daí ótimo, passaram 100 dias ele começou a melhorar, saiu da UTI. Um ano depois nós fizemos uma confraternização da equipe de UTI, os médicos e enfermeiros auxiliares e eu estava assim na mesa e eu achei isso maravilhoso. É... Ele sabia dessa confraternização e foi com a mãe para agradecer a equipe que havia cuidado com tanta dedicação, e eu estava assim conversando e não vi que ele e a mãe entraram. Ele veio do meu lado e começou a chorar e a mãe assim tão emocionada, porque ela me conhecia, mas ele não lembrava mais, e ele veio pela minha voz, ele falou para mim: - *como foram importantes aqueles bom dia que você me deu, é você, é você... Como foi importante! Quando você falava comigo me trazia para a realidade, porque é muito ruim. Você sabe? Você tem alucinação, você não sabe o que é real e o que não é. É você todo emocionado.* Eu comecei a chorar, fiquei toda emocionada, falei a Deus: *ai obrigado! Está vendo... O médico não está aqui pra ver, o quanto aquilo foi importante.* E foi uma coisa assim que me marcou, no meu tempo de UTI. Ele veio me abraçou, a mãe veio, ele falou: - *Nossa! Obrigado pelo seu bom dia, eu me lembro da sua voz, eu não lembrava de você mas sua voz ficou.* Então foi assim uma vivência maravilhosa que eu tive, e que na época eu poderia ter parado né? Porque aquilo me frustrou quando ele ficou fazendo gozação, eu falei: *Nossa! Que horror, né? Será que todo mundo de UTI é tão feio assim?* Não pode dar bom dia, não pode falar que não pode! Como que eu examino, né? Não é assim, com esse respeito pelo ser humano. E foi uma coisa que me marcou. Daí que eu não deixei mesmo, daí é que eu falava, falava, cantava, pra animar, mas foi uma vivência muito bacana que eu tive que me marcou e não esqueci nunca mais. Vale à pena, e às vezes até eu falo pra minha equipe: - *Pode parecer nada prá você, mas olha o impacto que trouxe isso na vida dele. Eu falo para as meninas, eu nunca passei por uma*

situação de estar num leito, mas imagino que deve ser horrível, eu sou muito ativa, eu detesto que as pessoas façam alguma coisa prá mim, eu gosto de ser independente, fazer... Imagina você limitada por alguma condição da vida, né? Você totalmente exposto, entregue pra outro que você nem conhece, que você não sabe o... Quem é né? Quais são as origens, o que ele tem o que ele não tem, como que é né? Eu falo: Jesus deve ser desesperador, deve ser desesperador. Acho que é isso.

**Muito Obrigada.**

**ANEXOS****ANEXO A – Declaração N° 129/12****UNITAU**

PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação  
Comitê de ética em Pesquisa  
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040  
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947  
cepunitau@unitau.br

**DECLARAÇÃO N° 129/12**

**Protocolo CEP/UNITAU n° 476/10** (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

**Projeto de Pesquisa:** *Humanização da assistência à saúde para enfermeiros: significados e práticas no contexto hospitalar*

**Pesquisador(a) Responsável:** Ana Maria Lourenço Ferrari Gontijo

**Pesquisador(es) Aluno(s):**

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **12/11/2010**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 04 de junho de 2012

Prof. Dra. Maria Dolores Alves Cocco

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

## ANEXO B - Memorial Descritivo

“Na lembrança, o passado se torna presente e se transfigura, contaminado pelo aqui e o agora. Esforço-me por recuperá-lo tal como realmente e objetivamente foi, mas não posso separar o passado do presente e o que encontro é sempre o meu pensamento atual sobre o passado, é o presente projetado sobre o passado”(SOARES, 1991, P.37-8).

Refletindo a minha vida hoje: *o como* tenho vivido, *como* penso, *o que* penso, muitos momentos na realidade... e que vão me conduzindo, não para um destino pré-determinado, mas para minha busca de *integração* pessoal. Acredito que todas as experiências vivenciadas foram para *aprender*, no sentido de aproveitar as situações de vida e ampliar minha percepção ou concepção do mundo exterior e assim desenvolver a minha consciência do meu mundo subjetivo.

Escrever a minha trajetória de vida é uma forma de realizar meu autoconhecimento, olhar o meu “jeito” de ser e estar no mundo, me *frustrar* e me *surpreender*, da maneira mais integrada possível, e reconhecer meu caminho até agora.

Um jeito não é um só...

Um jeito não é só um!

Um jeito é mais um...

Gosto de saber que tenho consciência de tudo o que vivi até hoje, o como, as pessoas e o ambiente no qual fiz e faço parte colaboraram para eu ser o que sou.

Farei um resumo de aspectos que estiveram presente antes, durante e após minha vinda para o mundo...

O Brasil e o mundo... Em 1961, os Estados Unidos romperam relações diplomáticas com Cuba, enquanto Fidel Castro anunciava seu alinhamento com o bloco socialista. No Brasil, empresários fundaram, em novembro daquele ano, o Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES), que se tornaria um centro de oposição ao governo Goulart. No ano seguinte, a Seleção Brasileira conquistou o bicampeonato mundial de futebol e o filme O pagador de promessas, de Anselmo Duarte, recebeu a Palma de Ouro no Festival de Cannes, na França. Em agosto de 1962, o território do Acre foi elevado à condição de estado. Em 1963, uma multidão assistiu ao assassinato do presidente norte-americano John Kennedy, em Dallas, Estados Unidos. Ainda em 1963, chegou às telas o filme Vidas Secas, de Néelson Pereira dos Santos, baseado no romance homônimo de Graciliano Ramos.

No entanto, considero essas informações importantes hoje, meus pais não eram pessoas politizadas, o que acredito que não tenha tido uma interferência na realidade de vida da família. Meus irmãos tampouco vivenciaram esses momentos políticos e sociais do país e do mundo, considerando a influência que tinham e pouco acesso a notícias, as quais só chegavam via rádio, não havia uma ênfase aos aspectos citados acima no meio em que nasci. Meu contexto familiar era voltado para o campo, a vida na fazenda, plantações, colheitas, leite fresco, contato com as famílias que moravam por perto, os empregados da fazenda, e parentes próximos.

Meus pais fizeram o “primário” em escola rural, e sempre consideraram o estudo muito importante, valorizando a entrada na escola, e o compromisso com os estudos, tirar boas notas, era o ideal, não se considerava o conteúdo que era aprendido, e todos os filhos tinham que ter um diploma.

Com seis anos, comecei minha caminhada como estudante, as ruas eram mais calmas, não havia tantos carros, e podíamos caminhar sozinha no percurso de casa para a escola e da escola para casa. Não me lembro de alguém ter ido me levar na escola... No Grupo Escolar “Dr. Alfredo Pujol”, aprender para mim era muito natural, sempre gostei de ir para a escola, aprendia com facilidade e brincava muito, na escola e na rua da minha casa que tinha muitas crianças, o contato com meus pais era pouco, sempre levava muitas “chamadas”, às vezes sobrava uns puxões de orelhas, tapas e castigos por algumas atitudes, desobediência, respostas inadequadas, briga com irmãos, o contato com meus irmãos mais velhos era distante e formal, com minha irmã mais próxima da minha idade o contato era bom, e meus outros dois irmãos mais novos ficavam mais tempo com minha mãe, o contato com meu pai quase não existia, não havia diálogo algum e as ordens eram sempre via *mãe*.

Em 1969, vivi um momento de muita angústia, quando o Homem foi a Lua, não sabia direito o que estava acontecendo e ouvia entre os comentários de casa e da escola, *que o mundo iria acabar* isso me angustiava muito, não sabia ao certo o que significava, e a explicação nunca chegava de forma clara, tinha muito medo, chorava a noite e ninguém entendia porque eu chorava e eu tinha medo de falar...

Havia uma relação de família que me parecia “*errada*”, mas também não sabia o que era o *certo*, mas não gostava do que vivia, mas era assim e pronto.

O questionar não fez parte da minha infância, talvez da época, ou da realidade em que eu vivia, era muita gente... Não me lembro exatamente como isso acontecia... Sei que adorava ir para escola, sempre me dei muito bem com amigos da escola e com os professores, mas tinha um pouco de medo deles, acredito que o momento político social do país também não

era de abertura, assim como minha família, vivíamos a ditadura militar, *a ditadura existia dentro da minha casa também*.

Meu processo de aprendizagem acontecia naturalmente, só tinha boas notas, brincava muito, muitos “tombos” também fizeram parte da minha infância, pois minhas brincadeiras geralmente estavam relacionadas a subir em árvores e telhados, soltar pipas, gostava também de brincar de casinha/boneca, e de carrinho de *rolemã*. Acredito que a falta de tempo dos meus pais e das pessoas adultas de meu contexto foram superadas e me propiciaram o desenvolvimento de minha autonomia e independência, na realidade acredito que aprendi a ser mais livre e não me lembro de sofrer por viver assim, já conhecia aquela realidade. Passei a conviver com diferentes pessoas e os modelos a minha volta começaram a se transformar, queira saber como elas viviam, gostava das diferenças.

Considerando os aspectos teóricos estabelecidos por Piaget (1999), que enfatiza que no desenvolvimento humano, existe uma conjuntura de relações interdependentes entre o sujeito conhecedor e o objeto a conhecer. Esses fatores que são complementares envolvem mecanismos bastante complexos e intrincados que englobam o entrelaçamento de fatores que são complementares, tais como: o processo de maturação do organismo, a experiência com objetos, a vivência social e, sobretudo, a equilíbrio do organismo ao meio. Essa disponibilidade a experiência no meio proporciona essa possibilidade do crescimento, e ainda, o conceito de equilíbrio torna-se especialmente marcante na teoria de Piaget, pois ele representa o fundamento que explica todo o processo do desenvolvimento humano.

Com 10 anos fui para 5ª série, mudei de escola comecei a treinar voleibol, minha vida estava mudando, me tornei mais independente, com mais autonomia, com decisões e soluções para meus pequenos problemas da época.

De acordo com Piaget neste período o egocentrismo intelectual e social (incapacidade de se colocar no ponto de vista de outros) que caracteriza a fase anterior dá lugar à emergência da capacidade da criança de estabelecer relações e coordenar pontos de vista diferentes (próprios e de outrem) e de integrá-los de modo lógico e coerente.

Nesse período da vida comecei *realmente* a ver o mundo, a *questionar* os valores aprendidos até então, gostava de gente, tinha minhas experiências familiares, na escola, com o grupo de vôlei e com as crianças com as quais brincava na rua. Esses contextos eram muito diferentes com pessoas diferentes, conceitos de vida, condição social e cultural. Isso me fazia questionar ainda mais a realidade familiar com a qual convivia. Minha família tinha valores rígidos quanto à educação, o respeito e a consideração com as outras pessoas, foram regras fundamentais as quais considero até hoje, a convivência com diferentes pessoas me faziam

questionar o que era o certo e o errado, não tinha muito diálogo em família, mas tinha uma autoridade materna e paterna que me passaram valores e eu sabia o que podia ou não fazer, o que me proporcionava uma convivência cada vez maior, com grupos diferentes. Muitas questões se levantaram nessa época... Como as pessoas podiam ser tão diferentes umas das outras, o que era importante para uma não era para outra, o fascínio dessas diferenças me fez querer conhecer os seres humanos.

No ensino médio participei de grupos religiosos que me deram a possibilidade de começar questionar o que não podia ser questionado, me preocupava com a forma como as pessoas viviam, quem era quem, não entendia as incoerências das pessoas, e até hoje me questiono sobre isso. Ingressei no Curso de Psicologia da Faculdade Salesiana de Filosofia Ciências e Letras de Lorena, esse momento da minha vida foi fascinante, a descoberta de teorias, novas pessoas, diferentes valores, muitas diferenças, começava a formular meus próprios conceitos e valores de vida.

Cada vez mais aprendi a valorizar o estudo, reconhecer a necessidade de “saber”, de buscar novos conhecimentos, com a faculdade e a sabedoria dos professores com os quais tive a honra de conhecê-los. Revivi a minha aprendizagem adquirida na família, de respeito, dedicação, responsabilidade, autonomia, e solidariedade, esses conceitos se complementavam com minha formação acadêmica. Os conceitos familiares se tornaram mais claros nessa fase, parece que eu tinha aprendido e não percebi, até que a distância da família me fez compreender... Estava me tornando “gente de verdade”, o meu fascinante mundo do autoconhecimento estava sendo vivido integralmente “Vamo-nos fazendo aos poucos, na prática social de que tomamos parte” (FREIRE, 1993, p. 88), acredito que a frase conclui meu pensamento.

A vivência acadêmica se tornou cada vez mais interessante a cada dia as descobertas eram ampliadas. Outro marco na faculdade foi o início dos estágios, clínicos e institucionais, que me fizeram entrar em contato com o outro e a conhecer a realidade tal como o outro a apresentava (contextos muito diferentes), acredito que nessa fase comecei a ser mobilizada em realidades até então desconhecidas, meu mundo interior estava sendo mobilizado, meu interesse pela história do outro, a problemática vivenciada na instituição, a aplicação dos conceitos aprendidos, foi me transformando.

Praticar uma escuta é como bem ilustra Morin (2000, p.19), “um processo de descoberta de nós mesmos em personagens diferentes de nós”.

Assim tendo conhecido esse contexto, percebi que não queria sair mais dessa realidade que o caminho era aperfeiçoar-me cada vez mais. E assim foi acontecendo...



No último ano da faculdade conheci meu marido, me formei e logo em seguida me casei. Fui morar em Manaus – AM por dois anos, trabalhei com Recrutamento e Seleção na SHARP do Brasil AS e PHILCO DA AMAZÔNIA. Era uma área nova de trabalho, a minha formação havia sido clínica e o trabalho na *Organização* era totalmente novo e fora dos meus objetivos anteriormente sonhados. Esse período foi de muitas descobertas, tudo era desconhecido, o casamento, o trabalho, o lugar, as pessoas. Experimentei muitos sentimentos: solidão, medo, insegurança, tristeza, cansaço, tinha que inventar/criar um novo jeito de ser e de me relacionar com o mundo a minha volta. Foi realmente um rito de passagem, o afastamento de tudo o que era conhecido me fez crescer, e criar em mim um novo “*ser*”.

Nesse processo criativo engravidei do meu primeiro filho, tinha uma teoria da gestação, mas senti-la foi fascinante, foi a experiência mais incrível que tive na vida. Assim, após o nascimento me encantei com a maternidade... E por necessidades práticas e por adequações familiares e prioridades da vida voltamos para o interior de São Paulo, três anos e meio depois nasceu meu segundo filho, nesse período, creio que fui *tomada pela maternidade*, embora trabalhasse na APAE, dava prioridade para a participação e permanência com a educação que deveria dar para meus filhos.

Dois anos depois trabalhei no Colégio Objetivo, como orientadora educacional, deixando depois de um ano, e passei a me dedicar ao atendimento clínico.

O curso de pós-graduação aconteceu em Taubaté na UNITAU (1994-1995), no curso de Psicomotricidade, experiência que me reacendeu a chama do conhecimento e ampliação de consciência no mundo acadêmico, desenvolvendo os conceitos de consciência corporal e reconhecendo na prática clínica e na vivência em escolas o desenvolvimento desse processo. Dando prosseguimento ao Estudo da Consciência corporal fui para o curso de Especialização em Cinesiologia Integração Psico-física (1998-1999), no Instituto Sedes Sapientae – em São Paulo, esse conhecimento ampliou minha percepção corporal, autoconhecimento e a necessidade de aprofundar meus estudos numa base teórica. Iniciei Especialização em Psicologia Analítica – Teoria de Carl Gustav Jung, o que me dava suporte teórico para a prática clínica da psicologia. Foram trinta meses de reflexão e estudos, conhecimento e questionamentos, constatações e vivências do processo de desenvolvimento e crescimento pessoal, vivenciado em mim e na realidade com o mundo externo.

Em junho de 2007 aconteceu minha entrada na Universidade de Taubaté, a princípio a realização do concurso e a aprovação me levaram para a sala de aula da Universidade o que era uma experiência totalmente nova, precisei me debruçar sobre livros e estudar muito,

considerando a responsabilidade que assumia frente aos alunos e ao meu papel de educadora-professora, assim dei continuidade as minhas atividades profissionais e a clínica.

O curso de mestrado a princípio era só um sonho, acredito que tudo começa como um sonho, com a entrada na universidade passou a ser uma necessidade e uma verdadeira conquista, pois sabia que não era algo fácil, iria exigir muita dedicação e tempo disponível para a elaboração do trabalho em si. E entre escolhas e decisões comecei o mestrado em março de 2010, após elaboração de um pré-projeto, prova, entrevista, fase foi sendo caracterizada pela consciência, novos encontros, realizações, e reconstrução do meu processo pessoal e profissional, com as diversas possibilidades de autoconhecimento e de conhecer o “outro”.

A proposta do mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais, foi muito mais do que imaginei a princípio... Estudar o desenvolvimento humano, o contato com disciplinas diferentes e novas dentro do meu contexto profissional me abriram novos conceitos e formulações no pensar, e vivenciar a prática desse conceito nas relações que conheci na pesquisa.

Acredito que estamos o tempo todo, questionando, revendo e ampliando nossas possibilidades de enxergar o mundo e reparar realmente. Como cita Morin (2000) “reformulação do pensamento”, e sem dúvida essa reformulação me faz construir novos processos de vida e fazer acontecer no trabalho de pesquisa.

Esta motivação em relação à pesquisa me levou a desenvolver um projeto de pesquisa “Humanização da Assistência à Saúde para enfermeiros: Significados e Práticas no Contexto Hospitalar”. O que me motivou a estudar esse tema foi a possibilidade de conhecer como o *ser humano* vivencia no seu trabalho o seu lado *humano*. Pois de um modo geral as necessidades humanas tem sido banalizadas... E o contexto hospitalar foi escolhido considerando que é o local onde essa relação ocorre mais efetivamente, e o enfermeiro é o protagonista mais próximo dessa relação, profissional-paciente.

Na realidade do mestrado vivi a experiência dos mais diversos aprendizados, vivências, convivências, muitas leituras, escritas, escutas, foi um momento de vida muito intenso, e muito produtivo também.

Esse projeto de pesquisa se transformou em uma dissertação, a cada análise de dados e das entrevistas que transcrevia percebia o quanto as entrevistas analisadas buscavam possibilidades de transformação. O referencial teórico das Representações Sociais se faz muito pertinente ao meu estudo, pois as pessoas dão significados a tudo o que vivenciam, e esses significados dependem da maneira que cada indivíduo representa sua realidade. Dessa

forma, a maneira como os seres humanos agem no seu dia a dia tem relação direta com a forma e contexto em que vivem o que está relacionado ao Desenvolvimento Humano.

As experiências de trabalho durante minha trajetória profissional me possibilitaram adquirir maturidade para o momento presente, me dando subsídios pessoais e profissionais para reconstruir e transformar o que foi vivido até o momento, nos aspectos objetivos e subjetivos.

Meu desenvolvimento foi delineado por inúmeras possibilidades vinculadas ao contexto e a realidade que estou inserida, cada um é responsável pela sua trajetória, o como e o que vou fazer com aquilo que me proporcionaram dependem das minhas escolhas e dos projetos de vida aos quais me submeto, penso que sou responsável e agente de mudança e de transformação da minha própria história.

A conclusão do mestrado é mais uma conquista na minha trajetória de vida, *Ser Mestre*, em Desenvolvimento Humano, novas possibilidades se abrem a partir de conhecimentos adquiridos nesse período, pessoas que conheci que foram extremamente significativas e que me ensinaram a *reapresentar* o conhecimento.

Esse momento ainda de adaptação e reconhecimento, me traz a questão do meu *papel no mundo*, não só o aspecto profissional foi mobilizado em mim, mas também o pessoal, o que aprendi nesses últimos dois anos, me levaram a perceber e refletir muito mais as condições em que os seres humanos vivem e se desenvolvem nos diferentes contextos, palcos com centenas de histórias de vida, e diferentes protagonistas.

O meu olhar se amplia no mundo à medida que reconheço o que sou, o que posso, quero e preciso fazer, colocando-me a disposição do mundo de acordo com minhas possibilidades.

O mundo da pesquisa me permite criar, conhecer e promover novos conhecimentos, estou caminhando.

## Referências

FREIRE, P. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

MORIN, E. **Meus Demônios**. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2000

PIAGET, J. **O pensamento e a Linguagem na criança**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.