

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ROBERTO FREDERICO KOCH**

**HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA BIOÉTICA  
PARA OS PROCESSOS GERENCIAIS EM SAÚDE**

**CURITIBA**

**2018**

**ROBERTO FREDERICO KOCH**

**HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA BIOÉTICA  
PARA OS PROCESSOS GERENCIAIS EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Linha de pesquisa: Bioética, Humanização e Cuidados Paliativos, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Corradi Perini

**CURITIBA**

**2018**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Giovanna Carolina Massaneiro dos Santos – CRB 9/1911

K76h  
2018 Koch, Roberto Frederico  
Humanização hospitalar: possíveis contribuições da bioética para os processos gerenciais em saúde / Roberto Frederico Koch; orientadora: Carla Corradi Perini. – 2018.  
65 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2018  
Bibliografia: f. 58-65

1. Bioética. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Indicadores de serviços. 4. Processo decisório. I. Perini, Carla Corradi. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

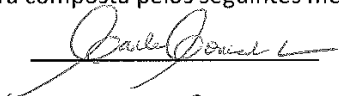
CDD 20. ed. – 174.9574

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 11/2018  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às sete horas e trinta minutos do dia sete de abril do ano de dois mil e dezoito, na sala CDA no HONPAR – em Arapongas, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação “**HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DA BIOÉTICA PARA OS PROCESSOS GERENCIAIS EM SAÚDE**” apresentada pelo aluno **Roberto Frederico Koch** sob orientação da **Professora Doutora Carla Corradi Perini** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

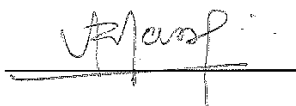
**Prof.ª Dr.ª Carla Corradi Perini**  
Presidente



**Prof. Dr. Waldir Souza**  
Membro interno (PUCPR)



**Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif**  
Membro externo Hospital Universitário de Maringá)



**Prof. Dr.ª Anor Sganzerla**  
Suplente


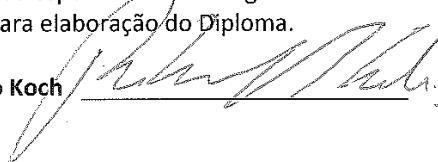


Início: 07:30 Término 9:15

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGb/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a) **Roberto Frederico Koch**



Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética**

Dedico este estudo aos meus familiares,  
que me apoiaram em todos os momentos,  
e a todos aqueles que acreditaram que  
seria possível realizá-lo.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicio agradecendo a Deus, que durante toda minha vida e minha trajetória se fez presente nos meus sonhos e nas minhas realizações, sem Ele nada seria possível. Agradeço aos meus pais, Maria Maura e Ivo, exemplos de força, perseverança, que me ensinaram que, mesmo nas dificuldades, eu jamais desistisse, me mantendo sempre forte, e compreendendo meus períodos de ausência nessa caminhada.

Agradeço à minha esposa Cristina, que me apoia em todas as decisões e se faz presente em todos os momentos, vibrando, orgulhosa, com cada nova conquista.

Aos meus filhos, Ivo e Elsa, que são a razão da minha vida, e me fazem querer dia-a-dia buscar abrir novos caminhos para que eles possam se inspirar e continuar aquilo que um dia fiz para eles. Ao Prof. Dr. Mário Antônio Sanches, por acreditar em mim, em uma nova proposta de ensino, e me fez acreditar que podemos dar novas oportunidades a outras pessoas para que sejam melhores. Aos professores e membros da PUCPR, por todo o apoio oferecido, por toda compreensão e carinho que me foram dispensados.

Agradeço, especialmente, à minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Carla Corradi Perini, que teve toda paciência e compreensão, e acreditou nos meus ideais, fazendo com que os meus sonhos e desejos se tornassem dela também, que compartilhou humildemente seus conhecimentos e sabedoria, de uma forma sutil e enriquecedora. A ti, deixo minha eterna admiração e respeito.

“O saber a gente aprende com os mestres  
e com os livros, a sabedoria se aprende é  
com a vida e com os humildes”.

(CORA CORALINA)

## RESUMO

Um dos objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH) é a melhoria da capacidade de as organizações atenderem satisfatoriamente as necessidades e demandas da população no que se refere à saúde, tanto em sua dimensão individual quanto coletiva. A humanização em saúde apresenta a proposta de autonomia e de valorização de subjetividades que pode ser minada por um *perfil idealizado* do que vem a ser atenção humanizada. Em outras palavras, a possibilidade de se classificar um serviço como *humanizado* apenas como uma marca pode se tornar um problema no campo das práticas e das relações entre trabalhadores e usuários. Entende-se que a Bioética possa facilitar a compreensão da humanização como uma convergência das dimensões humana, individual e ética assistencial, com a concepção de direitos humanos e, sobretudo, que os seus pressupostos possam balizar a implementação e a avaliação de ações de humanização nas instituições hospitalares. O objetivo geral deste estudo consiste em discutir as possíveis contribuições da Bioética para os processos gerenciais em saúde relacionados ao monitoramento e à avaliação das práticas de humanização hospitalar. Assim, buscou-se responder os objetivos específicos: a) conhecer as percepções tanto da população, quanto do profissional da saúde e do gestor, e os idealizadores da PNH em relação às ações de humanização em saúde a partir da literatura; b) conhecer e analisar, na perspectiva da bioética, os possíveis indicadores para o monitoramento e a avaliação das ações de humanização hospitalar propostos pelo Ministério da Saúde. O percurso metodológico adotado foi: a) uma revisão integrativa para conhecer as percepções em relação à humanização da assistência de saúde; b) análise documental e reflexiva com base nos autores da Bioética sobre o documento do Ministério da Saúde *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS – Manual com eixos alternativos e indicadores de referência*. Após revisão integrativa de literatura, com os descritores “*comprehensive health care*” e “*quality of health care*”, 732 artigos foram levantados dentro de um banco de dados eletrônico, e, destes, 14 foram escolhidos. As práticas de humanização foram extraídas dos artigos, categorizadas conforme seus indicativos de ação, e distribuídos em cinco categorias preestabelecidas por cinco das seis diretrizes centrais da PNH: acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, gestão participativa e cogestão, valorização do trabalhador, e defesa dos direitos dos usuários. A sexta diretriz, ambiência, não foi considerada como categoria, porque os estudos eleitos não a enfatizaram em seus resultados. Todas as categorias analisadas são pautadas em reflexões éticas que podem desencadear ações transformadoras na prática em diferentes ambientes de assistência, o que reforça a necessidade da incorporação dos pressupostos da Bioética na formação de gestores e profissionais da saúde. Todos os indicadores considerados voltam-se às linhas de ética do cuidado e bioética de proteção, como base para uma abordagem transversal para os processos gerenciais no campo da saúde.

**Palavras-chave:** Bioética. Humanização da assistência hospitalar. Indicadores de serviços. Tomada de decisões gerenciais.

## ABSTRACT

One of Brazil's National Humanization Policy (NHP) objectives states "the need to improve the capacity of organizations to successfully supply the health needs and demands of the population – both in an individual and a collective sense". Health-care humanization presents the preposition of autonomy and consideration of subjectivities, both of which can be undermined by an idealized profile of humanization itself. In other words, the use of the expression "humanized health-care" as a tag to imply better medical assistance should present itself as a warning against it becoming common practice amongst health-care workers and users. It's understood that Bioethics can be used as a means to facilitate comprehension of humanizing practices through convergence of human, individual and ethical dimensions, based on human rights and, above all, that its prepositions may help support and evaluate current humanization actions in hospitals. This paper's general objective is to discuss possible contributions of Bioethics to the main health-care issues regarding monitoring and the evaluation of hospital humanization practices. For said discussion, the following specific objectives were sought to be answered: a) acknowledge the population's and the health-care workers' and managers' perceptions regarding humanizing practices, as well as the NHP's indicators regarding the matter, and b) acknowledge and analyze under the scope of Bioethics the possible indicators for monitoring and evaluating humanizing actions proposed by Brazil's Ministry of Health. The methodological approach was: a) an integrative review to try and grasp the perceptions regarding health-care humanization throughout and b) documentation and reflexive analysis based on several Bioethics authors in Brazil's Ministry of Health's manual "*Monitoring and Evaluation of the National Humanization Policy in the Health-care Network and SUS's Management – a manual with alternative axes and reference indicators*", with no version in English. After an integrative review using the mesh words "comprehensive health care" and "quality of health care", 732 related articles were located inside an electronic database, out of which 14 were selected. The humanization practices were extracted from the text and were categorized into five out of the six pre-established categories of the NHP: reception, expanded and shared clinics, participatory management, worker promotion, and health-care system users' rights. The sixth category, "ambiance", was not taken into consideration as the studies regarding it did not emphasize it within their results. All analyzed categories are based on ethical reflections that may lead to transforming actions in medical practices throughout different assistance backgrounds. This reinforces the need to incorporate the presuppositions of Bioethics in the training of managers and health professionals. All indicators taken into account consider ethics of care and protective Bioethics as a basis to a more transversal approach to healthcare.

**Keywords:** Bioethics. Humanization of hospital care. Indicators of services. Decision Making Management

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas bases de dados ...	29
Quadro 1 - Características dos estudos incluídos .....	30
Quadro 2 - Principais práticas entendidas como humanização em saúde, encontradas nos estudos e categorizadas de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização .....	32
Quadro 3 - Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar, conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção .....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTH	Câmara Técnica de Humanização
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	15
2.2	BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE .....	20
2.3	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
5.1	ACOLHIMENTO.....	45
5.2	CLÍNICA AMPLIADA.....	47
5.3	GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO .....	48
5.4	VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR.....	50
5.5	DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS .....	52
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, no Brasil, a humanização da assistência em saúde tem sido fonte de muitas discussões, alcançando destaque devido à importância do assunto na saúde pública. O início da discussão sobre a temática foi motivado pelas críticas à medicalização da saúde e a partir da premissa de que a prática assistencial havia se tornado impessoal e desumana (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Essa humanização da assistência consolidou-se como política pública em 2003, denominada Política Nacional de Humanização (PNH) ou HUMANIZASUS (BRASIL, 2004a), e seus princípios foram incorporados, de forma transversal, a outras políticas públicas de saúde.

O documento do Ministério da Saúde, intitulado *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS - Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência*, traz que a PNH coincide com os próprios princípios (universalização, equidade e integralidade)<sup>1</sup> do Sistema Único de Saúde (SUS) e enfatiza a “necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (BRASIL, 2009b, p. 8). Silva et al. (2016) destacam que a PNH é uma política de saúde pública que serve de aparato metodológico para a aplicação dos princípios do SUS.

Na humanização em saúde, os temas mais debatidos são: integralidade, qualidade da assistência, trabalho em equipe e acolhimento, e isto tem se aprofundado por meio de discussões e formulações de políticas no setor de saúde e seus processos de trabalho. É nesse contexto que a bioética e a humanização da assistência em saúde ocupam um espaço estratégico nas mudanças dos processos

---

<sup>1</sup> “Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (BRASIL, ([201-])).

de práticas de saúde.

Há necessidade de mudança no paradigma da assistência em saúde, diz Buziquia (2017, p. 7), que pode ser efetivada a partir da formação e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das virtudes nas relações sociais e para enfrentar as realidades existentes no SUS. A autora sugere, portanto, a associação do tema humanização às linhas da ética do cuidado e da bioética de proteção, como bases para uma abordagem transversal das questões envolvidas no campo da saúde — na “ética do cuidado, enquanto micropolítica, oportunizando a troca de ideias (práxis dialógicas) entre os sujeitos e suas intersubjetividades”; e a bioética de proteção, com ênfase nos direitos humanos. Com a incorporação dos avanços tecnológicos nas práticas assistenciais, os profissionais devem estar preparados muito além das competências humanas e técnicas, é preciso também a preocupação com a ética, sendo esta incorporada, neste estudo, por meio das linhas especificadas pela autora, ética do cuidado e bioética da proteção. É importante ressaltar que a Bioética pode dar suporte à implementação da PNH nas instituições de assistência em saúde, conforme defende Buziquia (2017), considerando a humanização na convergência da dimensão humana, individual e ética da assistência, com a concepção de direitos humanos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A bioética também pode dar suporte aos processos de gestão em saúde, no que tange à monitorização e avaliação das ações de humanização, que é o foco desta dissertação.

Entretanto, a humanização em saúde que tem “a proposta de autonomia, valorização das subjetividades, participação, pode ser minada por um *perfil idealizado* do que vem a ser atenção humanizada”, como afirma Conceição (2009, p. 214, grifo da autora). Da mesma forma, Souza e Moreira (2008, p. 336) alertam para a utilização da classificação de um serviço como humanizado apenas como uma grife visando a garantir qualidade apenas a quem a possui, “sem que isso signifique alterações significativas no campo das práticas e das relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano da atenção em saúde”.

Os autores Souza e Moreira (2008, p. 328) lembram que um dos objetivos da PNH diz respeito “à necessidade de se melhorar a capacidade de as organizações atenderem satisfatoriamente às necessidades e demandas da população no que se refere à saúde – tanto em sua dimensão individual quanto coletiva”.

Esses alertas dos autores Conceição (2009) e Souza e Moreira (2008) nos

motivaram a elaborar as seguintes perguntas desta dissertação: Qual é o entendimento dos profissionais da saúde, gestores, pesquisadores, legisladores e usuários de saúde em relação à humanização? Como se realizam o monitoramento e a avaliação das ações de humanização nas instituições de saúde? E como a bioética pode contribuir para os processos gerenciais da humanização hospitalar?

Acreditamos que buscar compreender como se entende as práticas e ações de humanização em saúde, nas diferentes perspectivas da sociedade (profissionais, usuários/familiares, gestores), é a primeira etapa de um processo gerencial. A partir disso, podem ser estabelecidos critérios, indicadores e metas de ação para formação continuada, educação em saúde e planejamento estratégico da instituição quanto às ações de humanização hospitalar. Além disso, entender a proposta do Ministério da Saúde para o monitoramento e a avaliação das ações de humanização nas instituições de saúde é essencial para o desenvolvimento de metas e indicadores próprios de cada instituição. E partindo da premissa, de que a Bioética tem como fio condutor a dignidade humana, acreditamos que ela possa facilitar a compreensão da humanização, convergindo para a dimensão humana, individual e ética da assistência, com a concepção de direitos humanos, e, sobretudo, que os seus pressupostos possam balizar a implementação e a avaliação de ações de humanização nas instituições hospitalares.

Nesse sentido, foram estabelecidos os objetivos desta dissertação. O objetivo geral consiste em discutir as possíveis contribuições da bioética para os processos gerenciais em saúde relacionados ao monitoramento e à avaliação das práticas de humanização hospitalar. Para essa discussão buscamos responder aos seguintes objetivos específicos: a) conhecer as percepções tanto da população quanto do profissional da saúde e do gestor, e também dos idealizadores da PNH em relação às ações de humanização em saúde a partir da literatura; b) conhecer e analisar, na perspectiva da bioética, os possíveis indicadores para o monitoramento e a avaliação das ações de humanização hospitalar propostos pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao percurso metodológico adotado para responder aos objetivos desta dissertação, realizamos, respectivamente: a) a revisão integrativa para conhecer as percepções em relação à humanização da assistência em saúde de atores envolvidos na temática; b) análise documental e reflexiva com base na bioética sobre o documento do Ministério da Saúde *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS - Manual*

*com eixos avaliativos e indicadores de referência.*

A partir do exposto, esta dissertação estrutura-se nos seguintes tópicos: esta Introdução (que contempla contextualização do problema, justificativa e objetivos), seguida pela Revisão de Literatura que contempla três temas: Política Nacional de Humanização; Bioética e humanização da assistência em saúde; e Monitoramento e avaliação das ações de humanização nos serviços de saúde. Após esse tópico, inserimos a Metodologia, os Resultados e Discussão, finalizando o estudo com as Considerações Finais e as Referências bibliográficas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No desenvolvimento do trabalho, referenciais teóricos serviram de suporte para construção do tema discutido, resultando no Referencial da Política Nacional de Humanização que descreve o processo construção desta Política, no Referencial Bioética e Humanização da Assistência em Saúde que considerou entendimentos de ética do cuidado e bioética da proteção para identificação dos conceitos de Humanização e o referencial Monitoramento e Avaliação das Ações de Humanização nos Serviços de Saúde.

### 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Desde a década de 1970, alguns movimentos da área da saúde começaram a inserir a temática humanização e seus desdobramentos na pauta de discussões sobre os processos de saúde. Nos últimos anos, esse tema tem sido fonte de muitas discussões, alcançando destaque devido à importância do assunto na saúde pública, fazendo com que a humanização em saúde fosse incorporada às políticas de saúde. Nessa humanização, os temas mais debatidos são: integralidade, qualidade da assistência, trabalho em equipe e acolhimento, gerando a formulação de políticas no setor de saúde e nos seus processos de trabalho.

Segundo Deslandes e Mitre (2009), o Simpósio Americano, intitulado *Humanizing Health Care*, realizado em São Francisco, em 1972, contou com centenas de participantes da área da saúde e das ciências humanas e tornou-se referência para a humanização em saúde. O objetivo desse simpósio foi conceituar humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as formas de produzir cuidado humanizado. Isto porque, de acordo com Sá (2009), são históricas as iniquidades percebidas no acesso ao sistema de saúde, em que os processos de desvalorização da vida e a banalização do sofrimento alheio estão presentes na sociedade.

Outro contexto favorável e relevante à saúde, além do simpósio acima mencionado, são as conferências de saúde, que, desde os anos 1970, vêm se consolidando e cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que remete à obrigatoriedade e à garantia da realização das Conferências de Saúde. Em 1990, a Lei n.º 8.142 consagrou-as como instâncias

colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2011). Além dessa lei, a Lei n.º 8.142 determinou a periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, contando com a participação dos movimentos sociais organizados das entidades ligadas à área da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde. As Conferências têm o objetivo de discutir sobre o cenário de saúde e apontar diretrizes para a construção ou revisão da política de saúde nos três níveis de gestão, fundamentando os governos para a elaboração dos planos de saúde e ações nos âmbitos estadual, municipal e nacional. As conferências devem ser um espaço que possibilite a articulação da sociedade, no intuito de garantir os interesses e as necessidades da população no âmbito da saúde, com foco no SUS, disseminando, junto à sociedade, informações sobre o sistema, auxiliando seu fortalecimento (BRASIL, 2009a).

Entendemos que esse fortalecimento pode ser fomentado pelo controle social e gestão participativa - fundamentais para a Conferência Nacional de Saúde. Por outro lado, a ampliação da gestão participativa e do controle social sobre o Estado depende do exercício de cidadania da sociedade, portanto, só serão efetivadas quando a sociedade participar e atuar nesses espaços (BRASIL, 2011).

As Conferências Nacionais de Saúde acontecem desde 1941. Nos anos de 2000 e 2003 trataram de Humanização. Assim, na 11ª CNS, em 2000, efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social; em 2003, na 12ª CNS, Saúde: um direito de todos e um dever do Estado - a saúde que temos, o SUS que queremos (BRASIL, 2011).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000, a humanização ganhou espaço nos debates e reflexões, lançando um olhar sobre o atendimento de saúde no Brasil. No intuito de enaltecer o trabalho dos profissionais de saúde, melhorar o atendimento em níveis de qualidade no ambiente hospitalar, concentrando-se no programa de relação paciente-profissional, a humanização se inseriu, inicialmente, em moldes de um programa, sendo denominado de Programa Nacional de Humanização no Atendimento Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

Em maio de 2000, o PNHAH foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), visando aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários; profissionais entre si; e entre o hospital e a comunidade, a fim de melhorar a qualidade e a

eficiência dos serviços prestados pelas instituições. O PNHAH pode ser considerado uma iniciativa estratégica do MS para propor ações capazes de melhorar o contato humano entre profissionais de saúde e usuários, de modo a garantir um bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2001, p. 60).

A partir de experiências concretas de estados e municípios que apontaram que o “SUS dá certo”, foi formulada a Política Nacional de Humanização (PNH), denominada HumanizaSus, em 2003, mesmo ano da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004a).

Brasil (2004b) destaca, no relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que para a humanização dos hospitais se faz necessária a melhoria tanto das condições laborais quanto da qualidade da inter-relação dos atores envolvidos no processo de saúde (equipe-usuário-família). A partir desse movimento criou-se o documento base para gestores e trabalhadores do SUS, que traz inovações e métodos organizacionais para as práticas de saúde, com o objetivo de auxiliar as ações de assistência e gestão, com foco no fortalecimento do trabalho coletivo - premissa da PNH (BRASIL, 2010a).

A PNH se sustenta como política pública de saúde nos princípios: transversalidade, entendida como o aumento do nível de comunicação entre programas e políticas, trabalhadores e setores do SUS; dissociabilidade entre a atenção e a gestão, que determina a existência de uma relação inseparável entre a assistência e o modo de gerir e de se apropriar do trabalho; e o protagonismo, corresponsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos na produção de saúde, todos atuantes e responsáveis nos processos de gerenciamento e de atenção em saúde. Fica, então, a reflexão de qual é o caminho para que esses princípios sejam desenvolvidos efetivamente no cotidiano das práticas de saúde (BRASIL, 2010a; SANTOS FILHO, 2010).

Santos Filho, Barros e Gomes (2009) referem que a PNH aposta em uma perspectiva em que os gestores do SUS são convidados a discutir e analisar os diferentes serviços e as formas de agir nele. Para firmar tal política é necessário que os sujeitos que constituem o sistema de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) discutam e analisem os processos de trabalho, intervindo no modo com que os serviços estão organizados, estimulando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde.

Além de mapear e articular, a PNH também dispõe de dispositivos que são as

operações, as quais promovem mudanças e atualizam diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinados à promoção de mudanças nos modelos de atenção e gestão.

Vale ressaltar que os dispositivos estão sempre sujeitos a serem revistos, aprimorados, descartados ou ampliados, conforme e de acordo com a realidade. Há alguns dispositivos, em experimentação, nas redes de saúde: o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; sistema de escuta, ouvidorias; visita aberta e direta ao acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador; acolhimento com classificação de risco, entre tantos outros propostos para qualificar a Humanização na Assistência (BRASIL, 2010a). Benevides e Passos (2005b) afirmam que a humanização quando assume um aspecto fundamental nas políticas de saúde traz a necessidade de reavaliar o conceito de humanização para, desta forma, mudar os modelos de atenção e de gestão diante da inseparabilidade entre atenção e gestão, faz da humanização uma política de saúde, centrada em garantir a qualidade em saúde. No entanto, se faz necessário mudar as práticas de saúde, pois:

tal urgência se configura pela banalização com que o tema vem sendo tratado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programas de humanização. Trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização na saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 561).

Pelo conceito do documento HumanizaSus, há valorização dos atores envolvidos no processo saúde, os quais efetivam as subjetividades e os desafios, de forma coletiva, principalmente na tomada de decisões, em busca de apoio à cogestão em saúde. E no referido documento (BRASIL, 2010a, p.8-9) lê-se:

por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Os autores Benevides e Passos (2005b) afirmam que não é fácil garantir a política pública. E para que isso aconteça é necessário um trabalho de conexão com

o Estado e o coletivo, principalmente com as práticas dos serviços de saúde. Para tanto, comenta-se em uma inovação nas práticas de saúde, em que a humanização passe a ser vista como uma das dimensões fundamentais do SUS, como uma política que esteja ligada a toda sua rede (BRASIL, 2004a, p.6):

para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um 'programa' a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS.

A Humanização quando entendida como apenas um programa a ser aplicado nos serviços de saúde corre o risco de aprofundar as relações verticais, estabelecendo normas que devem ser aplicadas e operacionalizadas. Nestes casos, as ações são pautadas apenas em índices e metas a serem alcançadas, não levando em consideração a resolutividade e qualidade do serviço prestado (BRASIL, 2004a, p. 6).

Sendo assim, para que a Humanização da Assistência aconteça realmente é necessário romper com o processo de trabalho que "coisifica" a relação entre trabalhador-usuário, que torna os processos de trabalho previsíveis e estruturados, em que os profissionais passam a ser menos cumpridores de rituais e metas, realizando procedimentos e atos terapêuticos com frieza e rigor científico. Desse modo, o profissional perde o foco do seu objeto de trabalho que é o sujeito, passando a estabelecer uma relação burocrática e despersonalizada (MARQUES; LIMA, 2004).

Santos Filho, Barros e Gomes (2009) referem que a PNH aposta em uma perspectiva em que os gestores dos SUS são convidados a discutir e analisar os diferentes serviços e as formas de agir neles. Para afirmar tal política é necessário que os sujeitos que constituem o sistema de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) discutam e analisem os processos de trabalho, intervindo no modo com que os serviços estão organizados, estimulando aqueles que trabalham e utilizam os serviços a se tornarem protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde.

## 2.2 BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A compreensão do cuidado com o ser humano vai além da percepção visual do que o outro apresenta. A sensibilidade e as múltiplas emoções e sentimentos refletem, às vezes, o estado físico, psíquico e moral do outro, portanto, é necessário que o profissional de saúde esteja preparado para perceber além das aparências e correlacionar a vivência ao significado qualitativo dos fenômenos presentes na vida humana (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

O cuidar, às vezes, é determinado diretamente pelo pensamento do profissional que se dedica ao próximo no âmbito de trabalho, ao utilizar técnicas e condutas minimalistas, não permitem uma maior aproximação na relação com o paciente e sua família. Mas, verdadeiramente, o que seria o significado da vida e do cuidado ao ser humano? (FRANKL, 2012).

De acordo com Frankl (2012), o ser humano é fundamentalmente um ser em busca de um sentido ou significado para a sua vida. Mesmo em situações difíceis, como nas doenças graves ou em estágios terminais, a consciência estimula o ser a buscar ainda esse significado. Há a convicção de que o cuidado prestado é resultante da dimensão e da importância que a existência humana tem para cada profissional.

Diante de tantos conceitos de humanização e práticas de saúde idealizadas, é válido destacar que se faz necessária a correlação entre “humanização” e “bioética”, pois, a humanização diz respeito a relações pessoais, e a bioética objetiva alcançar benefícios e assegurar a integridade dos seres humanos, defendendo o princípio da dignidade humana (OLIVEIRA, 2004).

É importante destacar a Ética do Cuidado a partir da concepção de que certas atitudes, sentimentos e memórias são universais, mesmo que o raciocínio ético que os utiliza como base possa não ser universalizável. Eticamente, o cuidado é tratado em várias abordagens. Gilligan (1982), em sua obra considerada um marco para a noção contemporânea de cuidado, reflete sobre uma hipótese central, partindo de três princípios: a forma como as pessoas falam de suas vidas é significativo; a linguagem utilizada e as correlações que fazem revelam o mundo conforme elas veem e no qual atuam; e que o agir ético é uma virtude, influenciado por dois sentimentos, - o primeiro é o sentimento natural de cuidado; e o segundo é consequente à lembrança do primeiro. Assim, pode-se inferir que as pessoas

possuem memórias dos momentos que cuidaram ou foram cuidadas, podendo acessar essas memórias, e, a partir dessas, podem guiar sua conduta. Às vezes, o ato de cuidar torna-se algo completamente natural, não impondo conflitos éticos, porque o “querer” e o “dever” coincidem.

Noddings (1984), outra autora que discorre sobre a Ética do Cuidado, destaca que não pode haver uma exigência para o impulso natural que emerge como um sentimento, uma voz de dentro dizendo que se deve fazer algo quanto às necessidades do outro. A autora defende que esse impulso emerge naturalmente, mesmo que ocasional, salvo em condições patológicas.

A ética do cuidado vem como resposta à necessidade de reflexão sobre como as relações de cuidado vêm sendo propagadas, especialmente nas instituições destinadas à atenção à saúde, diante dos avanços tecnológicos e científicos e suas inovações, da formação centrada no modelo biomédico e do excesso de protocolos seguidos de forma mecanicista sem reflexão/consciência.

Roselló (2009, p. 161) destaca que o processo de cuidar encontra desafios de natureza ética e virtuosa existentes na relação com o outro:

além de uma Antropologia do cuidar existe, de modo explícito ou implícito, uma Ética do Cuidado, cujo fim é regular eticamente a ação de cuidar, ou seja, analisar sob uma perspectiva racional e crítica o que significa cuidar de modo virtuoso. A ação de cuidar delinea graves e profundos desafios de caráter ético, de onde é absolutamente necessário refletir em torno de categorias como: liberdade, intimidade, justiça e bem. A ação do cuidar deve se desenvolver dentro de vias éticas para alcançar seu grau de excelência.

Segundo Lévinas (1982), há a necessidade de que o homem contemporâneo saia do fechamento, da totalidade do ser em si mesmo e se abra à exterioridade, vise ao outro, à sua transcendência. É preciso deixar o Eu de lado e ser-para-o-outro, assumir a responsabilidade ética por ele, dar lugar à responsabilidade ética pelo outro. Assim, à relação do Eu com o absolutamente outro dá-se o nome de alteridade.

Vale ressaltar que o relacionamento deve ser saudável entre os profissionais de saúde e usuários para permitir um bom resultado e promover a ação do serviço. Não focar apenas a oferta de trabalho qualificado, mas também a capacitação contínua desses profissionais. É nesses processos que se resgatam os valores e o respeito à vida humana - “gerar o bem, sem saber a quem”.

O enfraquecimento das dimensões sociais e subjetivas, nas práticas de saúde, da relação humana (autonomia e capacidade de decisão) entre os usuários do serviço de saúde e profissionais, demanda melhorias na gestão para um atendimento qualificado (BRASIL, 2010b).

Diante do surgimento dos avanços tecnológicos que têm sido incorporados à vida humana, Buziquia (2017) destaca que os profissionais devem estar preparados e desenvolver além das habilidades humanas e técnicas, é necessário adquirirem uma habilidade ética. Jonas (2006) relata que o avanço tecnológico gerou o predomínio do “*homo faber sobre o homo sapiens*”, sendo o homem atual cada vez mais produto daquilo que produziu. O avanço tecnológico, na área da medicina, trouxe consigo a perspectiva econômica, e Cortina (2016, p. 9) destaca que ir contra a razão instrumental é fazer sobressair o cuidado com o outro:

por isso é necessário praticar a crítica da ideologia que conduz a razão instrumental e coloca nas mãos da razão prática o uso dos avanços e conhecimentos, mas uma razão prática enraizada na capacidade de cuidar, cooperar e trabalhar para os outros, capaz de apreciar aos seres que valem por si mesmos e se comprometer com eles.

A ética do cuidado atua como instrumento de reflexão nas ações dos serviços de saúde; gera reflexão sobre o cuidado, sobre as experiências éticas no dia-a-dia do profissional que atua na área da saúde, enfatizando a ação contínua com os diversos níveis de responsabilidades científicas e humanas (BUZQUIA, 2017). O profissional de saúde desenha o cenário dessa ação, com o comprometimento do seu trabalho, junto à técnica e à singularidade de cada indivíduo que é assistido, oferece assistência e intervenção, qualidade de vida aos usuários e seus familiares, como destacam Oliveira, Ayres e Zoboli (2011, p. 371):

assumir a perspectiva do cuidado, partindo do reconhecimento de projetos de vida e de felicidade de quem é assistido, aponta como objetivos das ações de saúde a busca por sucessos práticos, alcançados sempre que compreendemos e manejamos os significados que têm os êxitos técnicos, possibilitados por nossas técnicas e ciências para os sujeitos a quem estão dirigidas as ações de saúde.

Para Zoboli (2010), a ética do cuidado já percorre os ambientes de cordialidade e de reconhecimento da intersubjetividade, e todos os profissionais de saúde são corresponsáveis por sua produção de saúde. Relata ainda que o ato de cuidar deve ser transformador e associado à empatia, compaixão e a solidariedade.

Para Puig (1998, p. 64), o profissional de saúde deve sentir e agir conforme as experiências do dia-a-dia que lhe fazem sentido, permitindo a recíproca relação entre caráter e virtude: “não se trata de desenvolver prioritariamente o pensamento nem de favorecer a especulação, mas de desenvolver virtudes, conseguir personalidades morais ‘boas’. Para isso, será necessário estabelecer qual finalidade se deve perseguir”.

Rocha (2014, p. 71) destaca que “as virtudes são adquiridas assim como o conteúdo das regras de um jogo, que é apreendido pelo jogador através do exercício contínuo”. Portanto, é evidente que a ética do cuidado visa permitir uma relação de troca com o outro, com empatia, compreensão, compaixão, oferecer o melhor cuidar ao outro, ter caráter virtuoso, ser altruísta e solidário. Por outro lado, também se destaca que a bioética de proteção prioriza os “vulnerados”, e busca respeitar o princípio de justiça, aplicando a equidade como condição indispensável para atingir a igualdade em relação ao direito à saúde.

A bioética de proteção foi idealizada pelos bioeticistas Fermin Rolland Schramm, da Fiocruz, e Miguel Kottow, da Universidade do Chile, os quais definem a proteção como critério essencial nas questões morais aproximadas pela bioética na área de saúde pública. Também defendem que a bioética de proteção pode ser um critério suficiente para a garantia de uma sobrevivência básica e digna (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

Em consonância, a Bioética da Proteção se aplica a qualquer pessoa que não tenha mecanismos de autodefesa ou que esteja, por alguma razão, impossibilitada de agir de forma autônoma, independentemente de suas capacidades e/ou vontades. Essa proposta de definição da Bioética da Proteção foi enunciada, inicialmente, para o enfrentamento de conflitos bioéticos que surgiram no cenário da saúde pública nos países em desenvolvimento (SCHRAMM, 2006). A intenção era a de priorizar os vulnerados e buscar respeitar o princípio de justiça, aplicar a equidade como condição indispensável em atingir a igualdade perante o próximo.

Para Puccini e Cecílio (2004), a humanização está relacionada à ampliação da participação popular, à cidadania, à integralidade da assistência e à autonomia dos atores do sistema público de saúde (gestores, trabalhadores e usuários); também está relacionada a uma cultura, tanto nos relacionamentos entre esses atores quanto no estabelecimento de práticas de saúde, assegurando a dignidade e a cidadania aos usuários dos serviços coletivos.

### 2.3 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A temática humanização em saúde faz com que se reflita sobre os processos de cuidado em saúde e também se avalie a relação humana do profissional de saúde com o usuário de serviços de saúde. Deve-se buscar humanizar essa relação com a oferta de atendimento qualificado, com avanços tecnológicos no acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Diante do exposto fica evidente, conforme Santos Filho, Barros e Gomes (2009), que a implantação dos dispositivos se efetiva caso a caso, de acordo com a realidade de cada serviço de saúde, partindo da análise de que o processo de trabalho nunca se repete. A Política Nacional de Humanização possui os seus referenciais que são as suas próprias diretrizes e os seus instrumentos que atualizam as diretrizes por meio de estratégias criadas para cada caso. A PNH busca articular um conjunto de referenciais e instrumentos operando com eles na busca de elaborar os processos de trabalho adequados.

Estes processos têm finalidade de realizar análises do que está sendo constituído, e desencadear novas leituras dos contextos e fatos, gerando alteração no posicionamento e nas atitudes, disparando novas medidas para promoção de mudanças.

Os serviços de saúde podem ser motivados a se qualificar por meio de indicadores de avaliação, os quais podem permitir que a Humanização em Saúde se torne estratégia de interferência no processo de produção de saúde, evidenciando que os sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

Lara (2013, p. 38) realizou um estudo sobre indicadores de humanização em um hospital infantil, e conclui que:

a formulação de indicadores de caráter humanizador contribuiu para minimizar as teorias de que a humanização como política e como matéria subjetiva é muito difícil de ser mensurada. Neste caso a formulação de indicadores e a formulação de um fluxo para obtenção dos mesmos tornou-se uma necessidade da organização, permitindo ultrapassar uma série de obstáculos, na medida em que passou a existir uma nova concepção do pensar, mostrando a importância de administrar, planejar e acompanhar a humanização como qualquer outra área administrativa ou técnica.

Para o processo de implementação dos programas de saúde, a Política Nacional de Humanização, em sua construção, obteve seus indicadores a partir de matrizes, consideradas situações que podem ser tomadas como parâmetros para planejar e monitorar a implementação de ações (BRASIL, 2009b). Planejar e acompanhar uma política pública, e aceitar a proposta de criar mecanismos pedagógicos, através de uma cultura avaliativa e mais orgânica no cotidiano do trabalho, inova com uma provocação, em que planejar boas ações não deve ser uma recomendação de boas intenções e sim deverá conter produtos concretos (PASCHE, 2010).

Dessa forma, foi constituída a matriz teórico-político-operativa da PNH, baseada em princípios, diretrizes e dispositivos. Para qualquer processo de saúde se faz necessário potencializar a produção da informação, a análise do cotidiano dos serviços e a integração de equipe. A informação remete a alguns pontos fortes, como “aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, fomentar a autonomia e protagonismo de coletivos”, na circunstância de “provocar a ‘reunião’ de diferentes pessoas, profissionais, saberes (equipes) em torno de dados” que passam a ser objeto de coanálise e codecisões (SANTOS FILHO, 2010, p. 147).

Assim, entende-se necessário gerar novas fontes que tragam as informações e produzam um movimento avaliativo que, através do coletivo, permita capacitar, levantar, construir, inventar e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho e/ou serviços que propiciem aprendizagens coletivas.

Segundo Maletta (2000, p. 205), indicadores são “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, e do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para avaliação em momento ou comparação posterior”.

“Uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de certo período de tempo” (HABICHT; VICTORA; VAUGHAN, 1999, p. 3, tradução nossa), dentro das problematizações, quantificar a realidade a fim de organizar e planejar um processo saúde, torna-se útil aos gestores e aos cumprimentos de metas propostas pelo serviço.

Ressalta-se que a “quantidade mede somente um aspecto da qualidade (realidade concreta)” e “isso faz com que o conhecimento retirado dos números,

muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade”. E, ainda, que “os indicadores refletem o ‘sistema de valores’ do profissional que os constrói, o que implica em que formule certas hipóteses e perguntas e não outras” (SANTOS FILHO, 2007, p.1003 apud MORAES, 1994).

As estratégias na formulação das matrizes de indicadores, matrizes I e II, apresentam os seguintes movimentos: registrar um elenco mais amplo de situações, englobando processos e resultados esperados com implementações de ações; instrumentos de avaliações sistemáticas, método de cálculo e interpretação dos indicadores; e realização de pesquisas avaliativas e, principalmente, considerar a PNH não somente processo avaliativo, mas instrutivo e processual para obtenção de resultados.

De acordo com Brasil (2009b), os objetivos da Matriz I e II contemplam o desenvolvimento de ações (metas) e indicadores na atenção hospitalar, visando: implantar a gestão descentralizada e participativa; assegurar a ampliação de acesso, cuidado integral e evolutivo; organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho; propiciar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho; promover educação permanente aos trabalhadores; assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar; adequar áreas físicas e provisão de recursos materiais e insumos; promover a qualificação e a otimização do trabalho a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação, seguidos das diferenciações nos indicadores potenciais que podem ser usados no cotidiano dos serviços de saúde, tanto para monitoramento, como recurso de produção e controle, quanto para avaliações de desempenho e de resultados.

Por sua vez, a produção e a produtividade do serviço e dos trabalhadores (número de atendimentos e procedimentos gerais e específicos por setores/unidades funcionais); a redução do tempo médio de espera (em %), considerando os diferentes procedimentos, nas diferentes unidades de produção, e também as taxas de ocupação de leitos (número de pacientes-dia/ número de leitos-dia), são alguns dos indicadores e exemplos de situações utilizados como variáveis na atenção hospitalar (BRASIL, 2009b).

Em um país com tantas leis, diretrizes e normativas, como é o caso do Brasil, é possível avaliar a aplicabilidade dessas leis em saúde. Frente a isso, pretendemos

em continuação a este estudo elaborar um instrumento que avalie e dimensione as práticas de humanização em instituições hospitalares.

Dessa forma, será possível, por meio de indicadores, avaliar adequadamente os níveis de qualificação dentro das instituições hospitalares e subsidiar os atores do processo, gestores, usuários e profissionais, envolvidos nas estratégias, visando a humanização em saúde e a criação de metodologias de apoio para fortalecer as existentes.

### 3 METODOLOGIA

O percurso metodológico desta dissertação envolveu duas etapas: a) a revisão integrativa para conhecer as percepções em relação à humanização da assistência em saúde; b) análise documental e reflexiva, na perspectiva da bioética, sobre o documento do Ministério da Saúde intitulado *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS - Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência*.

A revisão integrativa da literatura possibilita a investigação sobre determinada problemática no campo científico, com o propósito de identificar as possíveis lacunas do conhecimento. Segundo Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa pode sumarizar a produção científica e teórica a fim de fornecer conhecimento amplo sobre algum fenômeno ou problema. Para a sua elaboração foram seguidas as fases propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010).

A primeira fase consistiu na elaboração da pergunta norteadora: O que se entende por humanização em saúde, na perspectiva de usuários, familiares, profissionais, gestores e idealizadores da PNH?

A segunda fase foi realizada no período de fevereiro a abril de 2017, por meio de busca das publicações da literatura científica, sendo incluídas as publicações do período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016, nos idiomas inglês, espanhol e português, dos seguintes bancos de dados: PubMed, Scielo, Web of Science e EMBASE. Além disso, também foi realizada uma triagem manual na lista de referências e citações dos artigos recuperados.

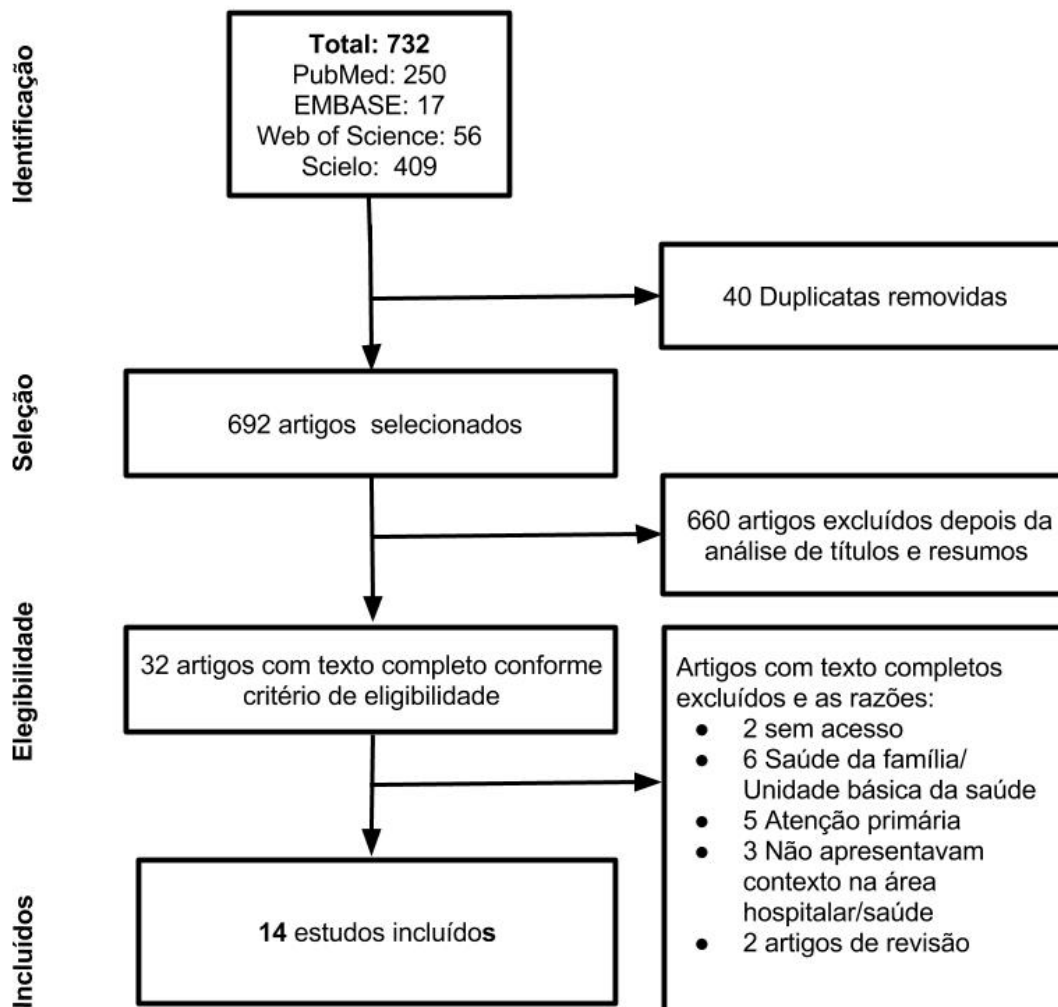
Os critérios de inclusão que estabelecemos para a seleção dos artigos foram: estudos sobre avaliação de humanização e estudos avaliando indicadores hospitalares; estudos nos idiomas: português, inglês e espanhol; ser artigo original; contemplar a questão norteadora; ter sido publicado no período supracitado. Foram excluídos: artigos de revisão; artigos de opinião e cartas de editor; artigos que tratavam exclusivamente de atenção básica e primária e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

A estratégia de busca inicial incluiu os seguintes *MeshTerms* e seus respectivos termos: "*Comprehensive Health Care*", "*Quality of health care*" e termos livres relacionados à área.

A busca resultou em 732 artigos, como mostra a Figura 1. Após removidas as

duplicações e avaliando os títulos e resumos, 32 estudos reuniram os critérios de elegibilidade. Os textos completos foram recuperados e analisados, e 18 publicações foram excluídas porque não atendiam aos critérios de inclusão. No final restaram 14 publicações relacionadas diretamente ao tema proposto.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: o autor, 2018.

Após a seleção dos estudos foram elaborados quadros de análise das informações coletadas para o desenvolvimento dos resultados e discussão.

## 4 RESULTADOS

O Quadro 1 mostra as características dos estudos eleitos para análise, citados sequencialmente, em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação, autor, país, objetivo, tipo de estudo e participantes. A distribuição geográfica dos estudos foi a seguinte: Brasil (11 estudos), Colômbia (dois estudos) e Canadá (um estudo). Quanto ao tipo de estudo: 11 qualitativos; dois documental e um descritivo. Em relação aos participantes, a maioria era profissional de enfermagem.

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos (continua)

<b>Autor/Ano de publicação</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>
1. Silva et al. (2016)	Brasil	Análise documental	Analisar as implicações dos dispositivos políticos da Política Nacional de Humanização Nacional, Projeto Terapêutico Singular e Equipe de Referência e Suporte Matrix, para enfermagem como disciplina profissional.	Graduandos de enfermagem
2. Coscrato e Bueno (2015)	Brasil	Qualitativo	Conhecer as concepções dos graduandos do curso de Licenciatura com Bacharelado em Enfermagem, de uma instituição pública estadual de ensino superior, de um município do interior paulista, sobre espiritualidade e humanização, bem como propor ação educativa neste sentido.	Graduandos de enfermagem.
3. Salazar (2015)	Colômbia		Compreender o significado do cuidado humanizado de enfermagem.	Profissionais com experiências com pacientes hospitalizados, familiares de pacientes e enfermeiros.
4. Beltrán-Salazar (2014)	Colômbia	Qualitativo	Estudo procurou entender o significado de cuidado humanizado.	Enfermeiras, pacientes adultos e familiares.
5. Mongiovi et al. (2014)	Brasil	Qualitativo	Realizar uma reflexão acerca da humanização da saúde.	Profissionais de Enfermagem.
6. Ortona e Fortes (2012)	Brasil	Qualitativo	Identificar a percepção sobre Humanização.	Jornalistas

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos (continuação)

7. Behruzi et al. (2011)	Canada		Explorar os fatores organizacionais e culturais que atuam como barreiras ou facilitadores na prestação de cuidados obstétricos humanizados.	Profissionais de saúde/ administração e mulheres que deram à luz no centro durante o período de estudo.
8. Chernicharo, Silva e Ferreira (2011)	Brasil	Qualitativo	Identificar os conteúdos que integram as representações sociais de profissionais de enfermagem sobre a humanização.	Profissionais de enfermagem.
9. Duarte e Noro (2010)	Brasil	Qualitativo	Compreender de que forma os profissionais de enfermagem realizam as suas práticas profissionais pautadas pela humanização.	Enfermeiros.
10. Gomes et al. (2008)	Brasil	Qualitativo	Para avaliar a humanização dos serviços hospitalares de forma étnica, de acordo com a percepção de pacientes hospitalizados.	Pacientes internados.
11. Lima Júnior, Maia e Alchieri (2008)	Brasil	Descritivo	Verificar como os profissionais de saúde avaliam os serviços hospitalares oferecidos pelas instituições.	Profissionais de saúde.
12. Backes, Koerich e Erdmann (2007)	Brasil	Qualitativo	Buscar os significados dos valores e princípios que norteiam a prática dos profissionais da saúde, a fim de alcançar os valores que balizam o processo de humanização.	Profissionais de saúde.
13. Santos Filho (2007)	Brasil	Documental	Perspectivas da Avaliação no âmbito da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (PNH/HumanizaSUS).	Profissionais de saúde.
14. Casate e Corrêa (2006)	Brasil	Qualitativo	Compreender as vivências de alunos do Curso de Graduação em Enfermagem nas situações de estágio no cotidiano hospitalar.	Estudantes de enfermagem.

Fonte: o autor, 2018.

Na análise dos estudos foram identificadas diferentes práticas de humanização, as quais foram agrupadas em categorias definidas a partir das diretrizes da Política Nacional de Humanização. No Quadro 2 mostra-se a distribuição dessas práticas, suas respectivas categorias, e seus respectivos estudos de referência dispostos numericamente.

Quadro 2 - Principais práticas entendidas como humanização em saúde, encontradas nos estudos e categorizadas de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização

<b>Categorias</b>	<b>Práticas</b>	<b>Estudos de referência</b>
Acolhimento	Qualidade das informações fornecidas aos usuários; Satisfação do usuário no hospital; Acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro; Atendimento de qualidade; Acolhimento e participação da família no cuidado.	3,4,5,7,11,12,13
Clínica ampliada	Resolubilidade; Personalidade e religiosidade; Consideração da pessoa enquanto ser biopsicossocial; Protagonismo respeitoso; Comunicação empática; Capacidade para a escuta e o diálogo; Reuniões familiares; Materiais adequados para a assistência; Ações de promoção e recuperação da saúde; Valorização da dimensão humana.	3,6,8,9,10,13
Gestão participativa e cogestão	A garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; Construção de atitudes ético-estético-políticas.	1, 2, 9,13
Valorização do trabalhador	Humanização na formação do profissional; Apontamento das dificuldades de aprendizado; Formação relacionada à prática hospitalar; Estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente; Necessidade de atualização permanente; Técnica e valores na formação; Remuneração adequada; Trabalho como realização pessoal e profissional.	5,8,12,13,14
Defesa dos direitos dos usuários	Respeito à privacidade do usuário; Existência de ouvidoria; Tomada de consciência sobre o atendimento desumanizado; Responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; A garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; Humanização é a garantia de direitos humanos.	4,6,7,8,11,12,13,14

Fonte: o autor, 2018.

Nota: as práticas apresentadas no quadro 2 se referem aos artigos referenciados no quadro 1.

As práticas foram extraídas dos artigos e categorizadas conforme seus indicativos de ação, e distribuídas em cinco categorias preestabelecidas, conforme cinco das seis diretrizes centrais da Política Nacional de Humanização: Acolhimento, Clínica Ampliada e Compartilhada, Gestão Participativa e Cogestão, Valorização do Trabalhador, Defesa dos Direitos dos Usuários. A diretriz Ambiente não foi

colocada como categoria porque os estudos incluídos para análise não a enfatizaram em seus resultados. As diretrizes centrais têm o objetivo de orientar as equipes na tarefa de 'produção de saúde' e também de 'produção de sujeitos', como descrito na PNH (BRASIL, 2010a, p. 66).

As práticas apresentadas nessas categorias se correlacionam nas características da bioética através da ética do cuidado e da bioética de proteção. Na atualidade, a bioética tem se transformado em um instrumento concreto a mais para discussão, aprimoramento e consolidação dos indicadores de avaliação das ações de humanização.

Essas práticas podem ser relacionadas aos indicadores propostos por Santos Filho (2010), descritos no Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar, conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continua)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
I) Implementar gestão descentralizada e participativa	1. Unidades de produção de serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas.	X	X
	2. Colegiado de Gestão de Unidades de Produção implementado, com metodologia e plano de trabalho.		X
	3. Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho.		X
	4. Conselho de Gestão Hospitalar (Comissão de Acompanhamento ou equivalente de Controle Social) com metodologia e plano de acompanhamento		X
	5. Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor		X
	6. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados	X	X
	7. Caracterização do funcionamento das instâncias colegiadas e seus encaminhamentos: % de pautas indicadas pelos diferentes atores; % de encaminhamentos/viabilização pelos gestores das decisões tomadas		X
	8. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseados em metas acordadas)		X

Quadro 3 - Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar, conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
II) Assegurar ampliação de acesso, cuidado integral e resolutivo	1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e noturno.	X	
	2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos.	X	X
	3. % de usuários encaminhados para Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos		X
	4. % de usuários encaminhados e acompanhados em Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos.		X
	5. % de usuários encaminhados para reabilitação física e ocupacional (fisioterapia, T.O.), considerando os critérios previstos nos protocolos.		X
	6. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos.	X	
	7. % de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento.		X
	8. % de acolhimento em “vaga zero” das emergências encaminhadas pelo SAMU (nos casos em que esta rotina for acordada)		X
	9. % dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até ... minutos (conforme critérios previstos no protocolo).		X
	10. Redução do tempo de espera em... minutos	X	
	11. Projeto de Integração com a rede básica implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento.	X	X
	12. Vínculo instituído com o sistema de urgência/emergência local/regional.	X	X
	13. Procedimentos e normas documentadas e conhecidas por todos os trabalhadores sobre encaminhamento de usuários para outro Serviço em caso de falta de vaga para internação.		X
	14. % de altas com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital.		X
	15. % de altas com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimentos marcados através do hospital.		X

Quadro 3 - Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar, conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

	16. % de altas de usuários de “grupos de risco”, com encaminhamentos para a rede básica.		X
	17. % de altas de usuários de grupos de risco, com encaminhamentos para a rede básica, com consulta marcada através do hospital.		X
	18. % de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede através do hospital.		X
	19. % de altas de recém-nascidos de risco, com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado através do hospital.		X
	20. % de altas em crianças internadas com diagnóstico de IRA e diarreias, com consulta de acompanhamento agendada na rede através do hospital.		X
	21. % de “procedimentos” de urgência/emergência regulados no âmbito do sistema locorregional.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
III) Organizar a atenção e oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais, com métodos e instrumentos de orientação do trabalho.	1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação.	X	X
	2. Médico “horizontal” atuando no Serviço (Unidade de Produção).	X	
	3. Visita multidisciplinar integrada implantada no Serviço.	X	
	4. % de trabalhadores com domínio de informações sobre procedimentos e normas de encaminhamento de usuários para outro Serviço em caso de falta de vaga para internação.		X
	5. % de reuniões de Equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a Equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios.		X
	6. % de usuários internados vinculados e acompanhados por Equipes multiprofissionais de referência, com horários definidos para atendimento.		X
	7. Número de visitas integradas aos usuários (pela Equipe Interdisciplinar) por semana.	X	X
	8. % de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de Referência.		X
	9. % de cirurgias desmarcadas, sem informação à Equipe Interdisciplinar em tempo oportuno para providências quanto a cuidados com o paciente.		X
	10. Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados e implementados por Equipes multiprofissionais.	X	

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

	11. Prontuário Integrado (Único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).	X	X
	12. % de pacientes internados, com projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados pelas Equipes multiprofissionais.		X
	13. % de casos atendidos/internados e com alta, que resultaram/geraram Projetos Terapêuticos a serem conduzidos em parceria com a rede de atenção básica [apontando para novos modos, “ampliados”, de assegurar a continuidade do cuidado, incluindo atividades extra-muros].		X
	14. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares.		X
	15. % de prontuários com registros regulares pelo menos da equipe médica e de enfermagem (com lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução).		X
	16. % de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos Projetos Terapêuticos (Equipes multiprofissionais).		X
	17. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no Serviço.	X	
	18. Protocolos de referência e contrarreferência elaborados e implementados.	X	
	19. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do hospital sobre contatos com os profissionais de Unidades Básicas a respeito dos usuários internados procedentes dessas Unidades.	X	X
	20. Protocolos de acompanhamento de doentes terminais elaborados e implementados.	X	X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação).

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
IV) Propiciar participação e valorização dos trabalhadores nos processos e gestão do trabalho	1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias.		X
	2. Equipes incrementadas, compondo e recompondo o quadro de RH, conforme necessidades para o desempenho das equipes.		X
	3. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho.		X
	4. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação).

5. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização.		X
6. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos).		X
7. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores.		X
8. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metasp.		X
9. Planos de Trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional.	X	X
10. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho.	X	X
11. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os “melhores servidores do ano”.	X	X
12. % de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente.		X
13. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de Equipe.		X
14. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos).		X
15. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação.		X
16. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária.		X
17. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição.		X
18. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos através da Instituição.		X
19. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.		X
20. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta.		X
21. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros.		X
22. % de respostas da Ouvidoria ou do Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos.		X
23. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação).

	24. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores na Ouvidoria ou Serviço de Escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes).		X
	25. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores.		X
	26. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores.		X
	27. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações.		X
	28. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores.		X
	29. % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com usuários internados.		X
	30. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores.		X
	31. % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados.		X
	32. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados.	X	X
	33. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho.	X	X
	34. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho.	X	X
	35. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras).		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
V) Assegurar direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar	1. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes).	X	X
	2. Crachás implementados para identificação dos trabalhadores.	X	X
	3. Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação.		X
	4. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário.		X
	5. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação.		X
	6. Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados.	X	
	7. Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados.	X	
	8. % de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral).		X
	9. % de usuários internados sem presença de acompanhante, e justificativas dos usuários e familiares		X
	10. Acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto.	X	
	11. % de gestantes que tiveram pedido atendido (pelo Hospital) de presença de acompanhante na sala de parto		X
	12. Alojamento conjunto disponível para % da capacidade de realização de partos.		X
	13. % de nascidos vivos instalados em alojamento conjunto.		X
	14. Banco de Leite Humano instalado em hospitais que têm UTI neonatal.	X	
	15. Espaço destinado à permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital.	X	
	16. % de nascidos vivos com atendimento por pediatra na sala de parto.		X
	17. Projeto implementado de atendimento escolar para crianças e regulares dos usuários internados.	X	
	18. Refeitório estruturado e implementado como local para as refeições.	X	
	19. Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento nos casos justificados pelas Equipes de Referência.	X	

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

20. Atividades lúdicas, de lazer e “ocupacionais” programadas para acontecerem regularmente nas dependências do Hospital: jogos coletivos, teatro, vídeos, comemorações de datas festivas, “biblioteca viva”, brinquedoteca, parquinho, salão de costura, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos e outros.	X	
21. Aparelhos de televisão instalados em todas as enfermarias.	X	
22. Uso livre de roupas pessoais permitido para usuários internados.	X	
23. Liberação para crianças internadas permanecerem com seus objetos de estimação (brinquedos).	X	
24. Representante de Escritório de Registro Civil implantado nas dependências do Hospital-Maternidade, para registro de recém-nascidos.	X	X
25. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no Serviço.	X	X
26. Número de pessoas da comunidade atuando como voluntários na Unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura.	X	
27. % de usuários com horários acordados com seus familiares para serem atendidos pela Equipe de Referência.		X
28. Número de reuniões com familiares de usuários internados, por semana.	X	
29. % de acompanhante/familiar informado pela equipe cirúrgica após término da cirurgia.		X
30. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados.	X	X
31. % de usuários/familiares informados sobre custos do tratamento (destacando insumos mais significativos).		X
32. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.	X	X
33. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta.		X
34. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros.		X
35. % de respostas da Ouvidoria ou do Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos.		X
36. % de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

	37. Mudanças observadas na natureza das queixas dos usuários no Serviço de Escuta ou Ouvidoria (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes).	X	
	38. % de redução de queixas nos meios de comunicação.		X
	39. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores.	X	
	40. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários.	X	
	41. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de usuários, com plano e prazos de correções e adequações.	X	
	42. % de usuários (e familiares), segundo grau de satisfação com os serviços e atendimentos (considerando especificidades das unidades de produção e incluindo hotelaria, alimentação e serviços gerais/limpeza).		X
	43. Plano de atividades de formação de conselheiros de saúde e comunidade em geral (incluindo atividades de formação tradicional e outras).	X	X
	44. Nº. de conselheiros de saúde e/ou pessoas da comunidade que participaram de atividades de formação.	X	X
	45. Processo sistemático implementado para avaliação sobre o tipo e qualidade da participação dos conselheiros e pessoas da comunidade nas atividades colegiadas da Unidade (e mudanças observadas a partir das atividades de formação).	X	

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
VI) Promover educação permanente dos trabalhadores	1. Grupo Interdisciplinar Permanente (ou similar) implementado e com Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores.	X	
	2. Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores.		X
	3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

4. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição.		X
5. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço.		X
6. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas ao serviço.		X
7. Estratégias sistemáticas implementadas de Supervisão/Apoio para as Equipes Interdisciplinares		X
8. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, através de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais.		X
9. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes do Serviço.		X
10. Número de reuniões clínicas por semana.	X	X
11. Número de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade.		X
12. % de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória.		X
13. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos).		X
14. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período).		X
15. % de trabalhadores com participação em programas de educação permanente.		X
16. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária.		X
17. % de trabalhadores liberados do Serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos).		X
18. Número de estagiários da rede de serviços recebidos para atividades de atualização.		X
19. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente.		X
20. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores.		X
21. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente.		X
22. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação).

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
VII) Adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos) e provisão de recursos materiais e insumos	1. Projeto Arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes.	X	X
	2. Telefones públicos instalados nas dependências do hospital.	X	
	3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados a projetos e atividades específicos.	X	X
	4. Outros: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nº. e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço.</li> <li>▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais.</li> <li>▪ % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês.</li> <li>▪ % de exames não realizados por falta de material/filmes ou quebra de equipamentos.</li> <li>▪ Nº. e % de cirurgias desmarcadas por falta de campos ou rouparia.</li> <li>▪ Nº. e % de cirurgias desmarcadas por falta de higienização das salas em tempo oportuno.</li> <li>▪ Nº. e % de peças de roupas danificadas, manchadas.</li> <li>▪ Nº. e % de equipamentos danificados.</li> <li>▪ Nº. e % de demandas de transporte atendidas.</li> <li>▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento.</li> <li>▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais.</li> </ul>		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

Objetivos da PNH	Indicadores propostos pelo Ministério da Saúde	Correspondência com a Bioética	
		Ética do Cuidado	Bioética da Proteção
VIII) Promover qualificação e otimização do trabalho a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação	1. Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseado em desempenho/metap, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída com a participação dos trabalhadores.		X
	2. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referência e contrarreferência.	X	X
	3. Estabelecimento sistemático de Metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas Unidades de Produção, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros.		X

Quadro 3 – Proposta de indicadores do Ministério da Saúde para a avaliação das ações de humanização na atenção hospitalar conforme objetivos da Política Nacional de Humanização e sua correspondência com os pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção (continuação)

	<p>4. Recorte de Eventos-Sentinela a serem tomados como situações para vigilância no âmbito hospitalar e também como geradores de ações no nível local (situações a serem abrangidas por Projetos de Saúde Coletiva, integrando hospital e outras unidades de saúde).</p>		X
	<p>5. Apresentação mensal de relatórios, com análises e condutas, procedentes das Comissões de Vigilância:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de Revisão de Prontuários</li> <li>• de Revisão de Óbitos</li> <li>• de Controle de Infecção Hospitalar, com análise e condutas</li> <li>• de Mortalidade por Grupos de Risco</li> <li>• de Vigilância ao Óbito Infantil</li> <li>• de Mortalidade Materna e Neonatal</li> <li>• de Farmacovigilância</li> <li>• de Hemovigilância</li> <li>• de Documentação Médica</li> <li>• de Ética</li> <li>• Outros:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados.</li> <li>2. Atualização rotineira de dados hospitalares.</li> <li>3. Preenchimento regular de boletins de DNC.</li> <li>4. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores.</li> <li>5. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe.</li> <li>6. % de prontuários auditados com e sem irregularidades.</li> <li>7. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços.</li> <li>8. % de altas com “resumo de alta hospitalar” preenchido pelo médico, conforme protocolo.</li> <li>9. % de altas com preenchimento adequado de instrumentos de encaminhamentos para seguimento na rede, conforme protocolos.</li> <li>10. % de redução dos casos notificados de mortes por causas mal definidas.</li> <li>11. Manuais de procedimentos e normas documentadas, conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte.</li> <li>12. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da Unidade.</li> <li>13 Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros.</li> </ol>		X

Fonte: o autor, 2018.

## 5 DISCUSSÃO

A temática humanização em saúde nos faz repensar sobre os processos de cuidados em saúde e avaliar a relação humana com o usuário de serviços de saúde. Deve-se buscar humanizar com oferta de atendimento qualificado, com avanços tecnológicos no acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidados e proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais da saúde.

É válido destacar que se faz necessária a correlação entre a “humanização” e a “bioética”, visando alcançar benefícios e assegurar a integridade dos seres humanos, defendendo o princípio da dignidade humana (OLIVEIRA, 2004).

A revisão integrativa aqui realizada apontou para diferentes conceitos de humanização e práticas de saúde idealizadas, que foram distribuídas em categorias preestabelecidas, a partir das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que serão discutidas nos próximos tópicos.

### 5.1 ACOLHIMENTO

A noção de acolhimento no acesso à saúde envolve uma série de fatores que favorecem a interpretação do “cuidar” através de serviços prestados ao usuário, paciente, familiares e profissionais de saúde. Relacionados ao atendimento e acesso à saúde foram encontrados indicadores que, através de um agrupamento, formamos a categoria/diretriz Acolhimento, seguido de seu conceito central, conforme proposto na PNH (BRASIL, 2010a).

Na perspectiva da PNH, o acolhimento é a base para os processos de assistência em saúde. Entretanto, acolher não pode ser entendido apenas como a interação por meio do aceite pleno e passivo do que o outro traz. O acolhimento deve motivar desvios, provocar movimentos que permitam mudanças de atitudes, de novos posicionamentos éticos diante das situações apresentadas (BRASIL, 2010b).

A qualidade das informações fornecidas aos usuários, satisfação do usuário no hospital; acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro; atendimento de qualidade; acolhimento e participação da família no cuidado, são indicadores que se associam a categoria Acolhimento à ética do cuidado e à bioética da proteção, no intuito de garantir acesso à saúde, independente de qual situação o indivíduo se encontre.

A ética do cuidado, no entendimento de Gilligan (1993), revela a necessidade de se refletir acerca de como o ato relacional do cuidar do outro vem sendo propagado, especificamente nos ambientes de assistência em saúde, frente às inovações nesse campo a partir dos avanços tecnocientíficos, formação tecnicista e excesso de protocolos inseridos nesses espaços. É evidente que a ética do cuidado possibilita uma relação de troca com o outro, uma inter-relação subjetiva, pautada em empatia, compreensão, compaixão, com possibilidade de oferecer o melhor cuidado. Por outro lado, para a prática da atenção em saúde, em um país de grande desigualdade social como o Brasil, torna-se imperativo não apenas possuir um caráter virtuoso, altruísta e solidário, mas também agir com justiça social, com os mais vulneráveis ou com os vulnerados (BUZIUQUIA, 2017). Dessa forma, considerando este último elemento na análise da categoria acolhimento, também destacamos a bioética de proteção como um importante referencial norteador de práticas devido a sua aplicabilidade às situações-problema presentes nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito da assistência hospitalar.

A bioética da proteção tem como referência um objetivo básico na Saúde Pública, em que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão. Segundo Schramm e Kottow (2001), a ação protetora do Estado deve garantir o direito social do acesso aos serviços de saúde de qualidade, e também respeitando os outros direitos humanos fundamentais. É importante destacar que, na perspectiva da Bioética da Proteção, o governo deve proteger a sociedade, diante de qualquer situação que não seja estável e de situações que exponham a vulnerabilidade da condição humana (SCHRAMM; KOTTOW, 2001), o que se aplica, evidentemente, na área da saúde pública.

Segundo Kottow (2003 p. 463):

proteção entendida como dimensão ética que vem participando da vida política, social e filosófica e instalada na base da trama social que tem no modo de ação preventiva a finalidade de colocar cada ser humano em condição de segurança. Argumenta a favor da responsabilidade de propor esta proteção sanitária e brigar por sua efetiva realização com vistas à modificação dos problemas de vulnerabilidade e de suscetibilidade humanas.

Assim, os autores que tratam da bioética de proteção acreditam que há uma desigualdade que fere a estrutura social, e se preocupam com as restrições, limitações, aumento de suscetibilidade e falta de autonomia da população. Quando

se avalia a humanização, na perspectiva da ética do cuidado, devemos levar em consideração todo o processo, desde os princípios fundamentais de integralidade e efetividade do SUS, relacionamento médico-paciente e de todos os integrantes das equipes de saúde envolvidas, dentro de um processo ativo. O esclarecimento ao paciente, permitindo-lhe a autonomia e maior protagonismo de sua própria condição de saúde, redefine o paradigma da competência comunicacional, com estabelecimento de relação dialógica permanente e maior engajamento das partes envolvidas. Ainda que existam fragilidades relacionais, o desenvolvimento das competências humanas para a melhoria das habilidades técnicas dos profissionais e maior respeito aos indivíduos corrige a assimetria complexa e os conflitos da rede em que estão: disparidade de classes, status, escolaridade e condições de vida (BREHMER; VERDI, 2009).

Assim, a diretriz acolhimento está intimamente relacionada à ética do cuidado e a bioética da proteção, pois para que ocorra a efetiva incorporação da diretriz acolhimento no atendimento hospitalar é preciso, em primeiro lugar, que haja a ação do Estado de garantir o acesso aos serviços de saúde, com qualidade e respeito aos direitos fundamentais dos usuários. Além disso, é preciso haver a preocupação com o outro, atravessar os processos relacionais em saúde, romper com os atendimentos tecnocráticos e criar atendimentos mais humanizados.

## 5.2 CLÍNICA AMPLIADA

A resolubilidade; personalidade e religiosidade; consideração da pessoa enquanto ser biopsicossocial; protagonismo respeitoso; comunicação empática; capacidade para a escuta e o diálogo; reuniões familiares; materiais adequados para a assistência; ações de promoção e recuperação da saúde; e valorização da dimensão humana são indicadores apontados nestes estudo e com associação analítica da informação, e consolida-se como estrutura para o categoria de Clínica Ampliada.

A partir da interpretação da redação da PNH entendemos que a ampliação das bases conceituais da Clínica Ampliada avança para além da racionalidade biomédica. A ampliação referida nessa diretriz inclui práticas complementares, com visão para além da dimensão biológica, ou seja, incluindo-se a preocupação com as dimensões social e subjetiva. Para tanto, as práticas de saúde devem ser

interdisciplinares, pautadas na ação coletiva da equipe. Além disso, a ampliação abarca a rede sociofamiliar dos usuários, e a construção de vínculos pautados na confiança (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, Roselló (2009) afirma: para cuidar deve-se harmonizar a técnica, a intuição e a sensibilidade. Esse autor também enfatiza que o processo de cuidar deve se desenvolver pelo diálogo, pois é a partir dele que é possível o reconhecimento das necessidades do outro.

No processo de cuidar, o diálogo é consubstancial. Ou seja, é condição para o desenvolvimento adequado da ação de cuidar. Um cuidado monológico, ou seja, no qual somente um articula palavras e o outro é completamente passivo que se limita a receber determinados vocábulos que decodifica, desemboca em uma má práxis dos cuidados. O cuidado pressupõe capacidade dialógica, pressupõe capacidade de articular palavras e de recebê-las, e, simultaneamente, requer a conversão contínua de emissor em receptor e de receptor em emissor (ROSELLÓ, 2009, p.147).

Zoboli (2009) considera essencial a interface da Clínica Ampliada com a ética do cuidado e afirma:

o profissional que se move pela ética do cuidado caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua saúde, com a função de perito e de conselheiro, no compartilhar de uma jornada. Faz conviver nos encontros a técnica, a efetividade e a eficácia em um clima de empatia, compaixão e cuidado.

Adicionalmente, a Bioética da Proteção está ligada a uma responsabilidade social, portanto, o profissional, quando guiado por ela, amplia os processos de troca e de responsabilização mútua, permite a propagação e a evidência do ato relacional de cuidar do outro. Assim, é necessário que a bioética e a clínica ampliada sejam observadas em conjunto, pois, desse modo, teremos a articulação da responsabilidade e do direito do cuidado.

### 5.3 GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO

A garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários e a construção de atitudes ético-estético-políticas foram os dois elementos identificados na pesquisa bibliográfica e compõem a categoria de gestão participativa e cogestão. A aplicabilidade dessas estratégias da PNH faz com que, de uma forma

democrática, auxiliem o itinerário percorrido pelos usuários de saúde, estejam eles em atenção primária ou em serviços de referência.

O SUS convive com uma série de limitações em relação ao método de trabalho tradicional, associado à precarização, exploração, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário, constituindo um limitador de ideias de participação, gerando desvalorização do trabalho e das reações da organização dos processos de trabalho. Nesse sentido, a cogestão torna-se fundamental, produzindo autonomia e com ela ações, reflexões, deliberações e escolhas (PASCHE, 2009).

A horizontalização do poder, a ampliação da inclusão de sujeitos na gestão e a construção de corresponsabilidade não ocorrem ocasionalmente, mas devem ser construídos com dispositivos e arranjos para tal fim. Colegiados gestores, trabalho em equipe, rodas de discussão, inclusão da rede sociofamiliar dos usuários, Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), entre outros, são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada e se enquadram na Gestão Participativa e Cogestão (CAMPOS, 2007).

Esses grupos acima citados (qual deles? OU: Esses grupos?), além de intervirem na qualidade do processo de trabalho e da produção de saúde, ajudam na difusão dos princípios norteadores da PNH. Ajuda esta realizada através do levantamento dos pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência, promovendo o trabalho em equipe, estimulando a transversalidade e a grupalidade, auxiliando na proposta de uma agenda e incentivando a democratização da gestão.

No processo de cogestão, o maior desafio é o de criar espaços de democracia ampliada, processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio em uma sociedade injusta e contraditória. Aqui, os pressupostos da bioética de proteção dão suporte para a PNH, “visto que essa política pública deve garantir o acesso a um cuidado de qualidade em saúde e a criação de dispositivos de inclusão, empoderamento e protagonismo dos indivíduos/grupos vulnerados no processo de cuidar” (BUZQUIA, 2017, p. 72).

A cogestão não se propõe a eliminar os conflitos e contradições, mas é uma diretriz estruturante da PNH e sua experimentação é imprescindível para o exercício de coanálise, codecisão, corresponsabilização como base do trabalho em saúde, ou

seja, é imprescindível para a reformulação do modelo tradicional de gestão.

Para promover a cogestão os processos de intervenção são importantes na promoção de mudanças. A intervenção possibilita criar estratégias para enfrentar desafios como: articulação de iniciativas de humanização do SUS, mapeamento dos processos de trabalho em serviços de saúde, identificação dos pontos críticos e elaboração de estratégias de superação (CALDERON; VERDI, 2014).

Em suma, a diretriz da cogestão se relaciona com a Bioética de Proteção, contextualizando os conflitos éticos nas práticas de saúde em que se inserem os vulneráveis, os quais devem ser identificados e aos quais se deve oferecer proteção. Essa proteção consiste no respeito ao princípio da equidade, na facilitação do desenvolvimento das potencialidades e emancipação do próprio indivíduo ou do grupo foco da atenção. Ao mesmo tempo, deve-se respeitar a diversidade de culturas, as diferentes visões de mundo, de hábitos e de moralidades e que fazem parte da vida em comum (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

#### 5.4 VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

A Valorização do Trabalho foi evidenciada nos indicadores de humanização, na formação do profissional, no apontamento das dificuldades de aprendizado, formação relacionada à prática hospitalar, estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, necessidade de atualização permanente, técnica e valores na formação, remuneração adequada e trabalho com realização pessoal e profissional. Esses elementos encontram suporte na discussão da diretriz valorização do trabalhador, descrita no volume 1 do Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2010b, p. 67):

valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde, sem a qual não se fará de forma sustentada a reforma sanitária de nosso país, capaz de enfrentar iniquidades e de ampliar nossa experiência civilizatória. Valorizar o trabalhador é permitir e garantir sua inclusão na gestão, na construção das organizações de saúde; valorizar é assegurar condições de trabalho, de exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados; valorizar o trabalhador é assegurar que as organizações de saúde não se transformem em cabides de emprego, nem em lugares em que práticas e atitudes inaceitáveis se reproduzam e se naturalizem, como o descaso com o sofrimento das pessoas, com as histórias de vida; valorizar o trabalhador é produzir modos de gestão das organizações que coloquem o interesse público acima de tudo e não do partido ou do grupo que está no governo; valorizar o trabalhador e o trabalho é, portanto, tarefa decorrente da ampliação de nossa capacidade de produzir processos civilizatórios e

democráticos mais extensos, plurais e regidos pelo interesse público; Garantir os direitos dos usuários, na direção da produção de corresponsabilização.

Destaca-se que quando falamos em humanização, nos remetemos ao cuidar e respeitar o próximo, seguido de boas práticas que a bioética nos oferece no campo da saúde. O profissional de saúde também tem que ser virtuoso, deve sentir e agir conforme as experiências do dia-a-dia lhe fazem sentido, permitindo a recíproca relação de caráter e virtude, mas, para tanto, precisa ter condições favoráveis para o desenvolvimento ou manutenção de suas virtudes, o que pode ser proporcionado a partir da diretriz “valorização do trabalhador”.

Rocha (2014, p. 71) ressalta que “as virtudes são adquiridas assim como conteúdo das regras de um jogo, que é apreendido pelo jogador através do exercício contínuo”. A ética das virtudes aborda os fatos/valores no contexto de conflitos éticos, facilitando o entendimento da situação por parte daquele que age (SLOTE, 2000), ou seja, neste caso específico, aquele que age refere-se aos profissionais de saúde.

A ética das virtudes é uma abordagem ética que entende a noção de virtudes como fundamental para o empreendimento ético. Nessa perspectiva, o valor de uma ação moral diz respeito à vontade do sujeito, quando esta é reta e esclarecida e ele está suficientemente informado sobre a natureza de seus desejos e sobre os seus objetos. As virtudes são compreendidas como ‘as disposições do caráter moral do sujeito ou como as formas de orientação da sua vontade’ (CANTO-SPERBER; OGIEN, 2004, p. 59).

Esses são os discursos mais comuns que emanam da discussão bioética em relação ao profissional da saúde no contexto do cuidado. Embora importante, devemos compreender que a valorização do trabalho passa também pela consideração dos elementos listados nos dois primeiros parágrafos deste item em discussão.

Para tanto, novamente entendemos a necessidade de incorporar os pressupostos da Bioética da Proteção e Ética do Cuidado com foco agora no profissional de saúde, o qual deve ter condições adequadas de trabalho, como direito assegurado, para que o exercício de sua profissão se desenvolva de forma digna. E também pelo fato de que a valorização do trabalhador possui correspondência direta com a qualidade do atendimento e cuidado prestado ao paciente.

## 5.5 DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS

A Política Nacional de Humanização obteve, em sua construção, os indicadores a partir de matrizes, sendo consideradas situações que podem ser tomadas como parâmetros para planejar e monitorar a implementação de ações. Dessa forma, será possível, por meio de indicadores, avaliar adequadamente os níveis de qualificação dentro das instituições hospitalares e contribuir para com os atores do processo, gestores, usuários e profissionais envolvidos nas estratégias para humanização em saúde e a criação de metodologias de apoio para fortalecer as existentes.

Diante de tamanha complexidade se faz necessário utilizar como balizador a bioética, especificamente as premissas da ética do cuidado e ética das virtudes e também a bioética da proteção. Aquelas podem nortear a relação entre profissional e paciente, refletindo-se diretamente no âmbito individual, enquanto a bioética da proteção remete ao âmbito coletivo, baseado em direitos humanos, em especial o direito à saúde.

Conforme descrito na PNH (BRASIL, 2010b), ao se discorrer sobre a garantia dos direitos dos usuários, na direção da produção de corresponsabilização, não se quer afirmar direitos desconhecendo deveres. A produção de saúde se faz na justa medida da produção e da corresponsabilização do cuidado, que significa produção ativa de saúde entre os sujeitos, trabalhadores e equipes - usuários e sua rede sociofamiliar.

Usuários têm o direito à informação, à inclusão nas práticas/ações de saúde (consultas, exames, internações, etc.) - se esta for sua opção - advinda de pessoas de sua confiança; direito de ter respeitadas suas opções sexuais, religiosas e políticas, que não podem ser discriminadas; direito a uma equipe/ profissional de referência que cuide deles, que agencie os processos de relação com os demais trabalhadores e serviços de saúde. Esses elementos foram extraídos dos artigos e formam a Diretriz Garantir o Direito dos Usuários. Esses indicadores se associam à integralidade e encontram suporte na bioética de proteção.

A humanização da atenção à saúde pode ser considerada em três dimensões: o pacto pela vida; a priorização das necessidades da população; e o pacto de defesa do SUS que consolida políticas públicas através da Carta de Direito dos Usuários do SUS. Dentro os princípios que norteiam o HumanizaSUS,

destacam-se a valorização da subjetividade e o fortalecimento dos direitos dos cidadãos, entre outros.

O primeiro princípio assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde, junto ao atendimento justo e eficaz, e também o acesso às ações, aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações que pretendem alcançar o 'empoderamento' dos grupos sociais implicam a negação do assistencialismo como prática centrada em si, em prol de ações que valorizem a participação e a inclusão como estratégias.

A qualificação profissional é outro item a ser pautado. A saúde não pode continuar a ser tratada de forma irresponsável e desqualificada. O direito à saúde de qualidade e resolutividade não prescinde de princípios como cidadania e dignidade. Como a qualificação é dependente do processo ensino-aprendizagem, é fundamental que os cursos da área da saúde sejam capazes de cumprir os desafios de atender às demandas sociais e de saúde da população, possibilitando uma assistência humanizada.

O Brasil necessita retomar a efetivação do SUS constitucional que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado. Tornar efetivo um sistema público requer pactuação compartilhada entre gestores, profissionais de saúde e usuários, inserida junto às universidades e Sociedade Civil organizada. Esse pacto permitirá a garantia de financiamento à Saúde, pautada no compromisso de gestão solidária, ética e resolutiva, com a efetiva melhoria de qualidade de vida da população brasileira.

As práticas de humanização mais citadas na revisão de literatura coincidem com as prerrogativas expostas no PNH. O maior desafio para essas práticas é inseri-las efetivamente como instrumentos na implantação ou monitoramento das práticas de saúde vinculadas à Política Nacional de Humanização.

Dessa maneira, partimos do simples conceito de práticas para instrumentos que podem ser validados e aplicados nas diferentes instituições de saúde, propondo focalmente mudanças nas inter-relações sociais, que envolvem profissionais de saúde e gestores em sua vivência de gestão de serviços; e mudanças nas formas de produção e prestação de serviços de saúde à população (SANTOS FILHO, 2007).

A importância do levantamento da gestão e de sua validação deve levar em conta a valorização dos atores - profissionais e pacientes, o trabalho em equipe, com a inclusão de todos nos processos. Para a clínica ampliada, que entra no

campo da atenção, deve-se atentar para as diretrizes de acessibilidade e integralidade, que garantam o vínculo dos trabalhadores com a população, sendo capazes de entender e resolver as necessidades das pessoas dentro do contexto da saúde.

Para tanto, são necessárias também mudanças no campo da formação, a partir de estratégias de educação continuada e promoção da capacidade de análise e intervenção nos processos de trabalho por parte dos trabalhadores e gestores. Nesse contexto, ressaltamos a importância da formação em Bioética para a produção de sujeitos críticos que tenham a dignidade humana como eixo norteador de suas práticas.

O referencial teórico-político do HumanizaSUS aponta, timidamente, para elementos éticos como elementos centrais que deverão conduzir a assistência e a gestão em saúde. Santos Filho (2007, p. 1000) destaca os elementos centrais para os serviços em saúde:

a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.

A análise do desdobramento desses elementos em indicadores e sua convergência para a bioética demonstra a necessidade da incorporação dos pressupostos da Bioética na elaboração de indicadores para o monitoramento das ações de humanização no cenário hospitalar. Isto possibilitará a determinação mais adequada de prioridades, e uma gestão pautada em qualidade da assistência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou e identificou, através da revisão integrativa, elementos fundamentais relacionados às práticas de humanização que, se incorporados aos processos gerenciais, possivelmente nortearão a melhoria do modelo assistencial hospitalar em vigência.

Para que possamos compreender os indicadores, sob a ótica bioética, precisamos correlacioná-los aos pressupostos da ética do cuidado e da bioética da proteção.

A ética do cuidado está relacionada ao ato de cuidar do outro, principalmente nos ambientes de assistência em saúde, ao se considerar as inovações no campo da saúde, os avanços tecnocientíficos, a formação do profissional de forma tecnicista e o excesso de protocolos utilizados, sendo de extrema importância a inserção, na prática dos espaços em saúde, reflexões éticas sobre o cuidar.

O cuidado, segundo Boff (1999), refere-se a uma atitude de preocupação com o outro, o reconhecimento de um ser digno de cuidados, uma responsabilização, e o envolvimento afetivo com o próximo. Portanto, é imprescindível a análise da ética do cuidado com os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Humanização.

O acolhimento significa humanização, isto é, reconhecer o sujeito como uma pessoa que tem desejos, necessidade e direitos. O acolhimento e o acesso à saúde são elementos essenciais para o atendimento e para a atuação efetiva sobre o estado de saúde do indivíduo (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Portanto, a diretriz acolhimento está intimamente relacionada à ética do cuidado, pois, para que aconteça a efetiva incorporação da diretriz acolhimento no atendimento hospitalar, é preciso haver a preocupação com o outro, fortalecer os processos relacionais em saúde, além de romper com os atendimentos tecnocráticos.

A Clínica Ampliada valoriza o reconhecimento mútuo das relações interpessoais e a interconexão da interdependência humana, e é essencial a articulação da Clínica Ampliada com a Ética do Cuidado. A consciência e o compromisso de cuidar do profissional de saúde leva à promoção das pessoas, ao respeito à expressão autônoma, ao desempenho de tarefas com excelência. Assim, o profissional que se movimenta por meio da ética do cuidado caminha com a pessoa de quem cuida para promover sua saúde. E assegurando o direito à

assistência multidisciplinar, tendo o paciente/família como protagonista do processo de produção de saúde, apela-se à Bioética da Proteção.

A valorização do trabalhador deve assegurar a este as condições adequadas para o exercício de sua profissão de forma digna. Fortalece a sua sensibilidade e competência, favorecendo a humanização da relação entre profissional e usuário. Portanto, o profissional que tem o seu trabalho valorizado atua de forma humanizada, reconhece o outro como um ser digno de cuidados, cria uma responsabilização e envolvimento afetivo com o próximo, o que demonstra a relação existente entre a ética do cuidado e a valorização do trabalho.

A bioética de proteção pode ser aplicada à situação do mundo globalizado, pois este é, cada vez mais, afetado por uma sinergia catastrófica, de causas e efeitos, e tem como principal causa o próprio ser humano, pois este é o único responsável por aquilo que se passa no mundo (SCHRAMM, 2008). A Bioética da Proteção tem seu foco principal nas populações e indivíduos vulneráveis e excluídos do processo de globalização, sendo, então, definida como uma ética de responsabilidade social (SCHRAMM, 2006). Assim, a proteção é um princípio essencial para as questões morais abordadas pela bioética no campo da saúde pública, pois a proteção possui o sentido de proteger contra qualquer ameaça externa à integridade de um grupo ou um indivíduo (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

Portanto, a Bioética da Proteção pode ser utilizada como uma ferramenta para refletirmos sobre políticas públicas na área da saúde, e a partir dela buscar a implementação dos indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quais sejam, gestão e cogestão, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários (SANCHES, 2004).

Acreditamos que as divergências das práticas de humanização propostas pelo Ministério da Saúde, em relação à realidade encontrada na atenção hospitalar, seriam amenizadas com a integração dos pressupostos da Bioética, tanto na formação profissional quanto na educação em saúde, com foco no usuário/familiar e no planejamento estratégico das instituições hospitalares. A humanização em saúde, à luz de conceitos de bioética, corresponde ao cuidado integral aos pacientes e seus familiares, integrando elementos relacionados ao aspecto relacional que convergem para a concepção dos direitos humanos, tendo como pano de fundo a preocupação com a dignidade humana.

Nesse sentido, urge o planejamento de processos de gestão, com foco na

avaliação e monitoramento das ações de humanização nas instituições hospitalares, a partir da construção de indicadores pautados na bioética, em especial aos pressupostos da ética do cuidado, das virtudes e bioética da proteção, para enfrentar os desafios atuais relacionados à assistência em saúde.

Atualmente, entendemos necessários para a concretização da humanização hospitalar as seguintes ações: implementação de gestão descentralizada e participativa; ampliação do acesso e do cuidado integral e resolutivo; organização da atenção e oferta dos cuidados através da implementação de equipes multiprofissionais; ampliação da participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho; promoção da educação permanente dos trabalhadores; promoção dos direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde no âmbito hospitalar. Essas ações podem ter como baliza os pressupostos da bioética.

## REFERÊNCIAS

- ARREGUY, Euclides Etienne M.; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/237343313\\_Bioetica\\_do\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_SaudeSUS\\_uma\\_analise\\_pela\\_bioetica\\_da\\_protecao](https://www.researchgate.net/publication/237343313_Bioetica_do_Sistema_Unico_de_SaudeSUS_uma_analise_pela_bioetica_da_protecao)>. Acesso em: 11 fev. 2018.
- BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. **Rev Latino-am Enfermagem**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 34-41, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a06.pdf>>. Acesso em: 11 mar 2018.
- BEHRUZI, Roxana. et al. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. **BMC Women´s Health**, [S. l.], v. 11, n. 53, 2011.
- BELTRÁN-SALAZAR, Oscar Alberto. Healthcare institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 2, p. 194-205, 2014. Disponível em: <<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19949/17040>>. Acesso em: 11 mar. 2018.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000300014>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v.9, n. 17, p. 389-394, mar./ago. 2005b. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832005000200014>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr./jun. 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2018.
- BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009a. 100 p. (CONASS Documenta). Disponível em: <[http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Ed.). **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília: MS, 2004b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. [201-]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 48 p. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento\\_politica\\_humanizacao\\_r ede\\_gestaosus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_politica_humanizacao_r ede_gestaosus.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 72 p. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**: Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 1 v. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 20 p. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2017.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 3569-3578, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900032>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BUZQUIA, Sabrina Pontes. **Ética do Cuidado e Bioética de Proteção como base para uma implementação da Política Nacional de Humanização**. 2017. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucpr.br/pergamum/biblioteca/img.php?arquivo=/00005f/00005f0a.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

CALDERON, Daniela Baumgart de Liz; VERDI, Marta Inez Machado. Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 859-870, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0960>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500859](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500859)>. Acesso em: 26 jun. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para Análise de Coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANTO-SPERBER, Monique; OGIEN, Ruwen. **Que devo fazer?: A filosofia moral**. São Leopoldo: UNISINOS, 2004. 59 p.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Ffreeusp%2Farticle%2Fdownload%2F41545%2F45143%2F>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanization in nursing care in the concept of professional nursing. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 686-693, out./dez. 2011. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a008\\_-\\_humanizacao\\_no\\_cuidado\\_de\\_enfermagem\\_nas\\_concepcoes\\_de\\_profissionais\\_de\\_enfermagem\\_-\\_anna\\_nery\\_-\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a008_-_humanizacao_no_cuidado_de_enfermagem_nas_concepcoes_de_profissionais_de_enfermagem_-_anna_nery_-_2011.pdf) >. Acesso em: 21 jul. 2018.

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

CORTINA, Adela. Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [s.l.], n. 1, p. 1-12, 2016. <http://dx.doi.org/10.14422/rib.i01.y2016.001>.

COSCRATO, Gisele; BUENO, Sonia Maria Villela. Spirituality and humanization according to nursing undergraduates. An action research. **Invest. Educ. Enfermagem**, Medellín, v. 33, n. 1, p. 73-82, jan./abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 641-649, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; NORO, Adelita. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 685-692, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000400011>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400011)>. Acesso em: 12 jul. 2018.

FRANKL, Viktor. **Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia**. Barcelona: Herder, 2012. 174 p.

GILLIGAN, Carol. **In a different voice: psychological theory and women's development**. Massachusetts: Harvard University Press, 1993.

GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 635-642, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342008000400004>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a03.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

HABICHT, Jean-pierre; VICTORA, Cesar G.; VAUGHAN, J. Patrick. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 28, n. 10, p. 10-18, jan. 1999. Disponível em: <<https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/m-e-of-hiv-aids-programs-in-india-english/session-5-gis-and-research-evaluation/research-evaluation/Int.%20J.%20Epidemiol.-1999-Habicht-10-8.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Rio de Janeiro: Contraponto; PUC-Rio, 2006. 354 p.

KOTTOW, Michael H. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 460-471, 2003. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8519.00361>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8519.00361>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

LARA, Jaqueline Aparecida de. **Indicadores de Humanização**: uma forma de medir a qualidade da humanização da assistência à saúde. 2013. 39 f. Monografia (Especialização) - Curso de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2013. Disponível em:

<<http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Indicadores%20Humanizacao%20%20-%20Jaquelinevf.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

LÉVINAS, Emmanuel. **Ética e Infinito**. Lisboa: Edições 70, 1982.

LIMA JÚNIOR, Joel; MAIA, Eulália Maria Chaves; ALCHIERI, João Carlos. Avaliação de serviços hospitalares na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 528-535, 2008. Disponível em:

<<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7622/4677>>.

Acesso em: 21 jun. 2018.

MALETTA, Carlos Henrique Mudado. **Bio Estatística e Saúde Pública**. Belo Horizonte: Independente, 2000.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 17-25, 2004. Disponível em:

<<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4490/2427>>.

Acesso em: 05 mar. 2018.

MONGIOVI, Vita Guimarães. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 67, n. 2, p. 306-311, mar./abr. 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>>.

Acesso em: 07 jun. 2018.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.

NODDINGS, Nel. **Caring**: a feminine approach to ethics and moral education.

Berkeley: University of California Press, 1984. 216 p.

OLIVEIRA, Fatima. **Bioética**: uma face da cidadania. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2004.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado. **Interface -**

**Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 363-375, 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832011000200004>. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a04v15n37.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

ORTONA, Concília; FORTES, Paulo Antonio de C. Jornalistas que escrevem sobre saúde conhecem a humanização do atendimento?. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, São Paulo, v. 21, n. 4, p.909-915, 2012.

PASCHE, Dário Frederico. Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 12-28. (B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2017.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 701-708, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446021.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

PUCCHINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PUIG, Josep Maria. **A Construção da Personalidade Moral**. São Paulo: Ática, 1998. 253 p.

ROCHA, Daiane Martins. **Cuidados Paliativos e Bem-Estar no Fim da Vida**: entre autonomia e beneficência. 1. ed. Curitiba: Prismas, 2014. 293 p.

ROSELLÓ, Francesc Torralba I. **Antropologia do Cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009. 200 p.

SÁ, Marilene de Castilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 651-664, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832009000500016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a16v13s1.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SALAZAR, Oscar Alberto Beltrán. Humanized care: a relationship of familiarity and affectivity. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 1, p. 17-27, 2015.

SANCHES, Mario Antônio. **Bioética: ciência e transcendência**. São Paulo: Loyola, 2004.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Unijuí, 2010.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000400021>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52/55](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55)>. Acesso em: 17 mar. 2018.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2001000400029>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

SILVA, Rodrigo Nogueira da. et al. A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing. **International Nursing Review**, [S. l.], v. 63, n. 4, p. 572-579, 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12331>.

SLOTE, Michael. Virtue Ethics. In: LAFOLLETTE, Hugh (Ed.). **The Blackwell Guide to Ethical Theory**. 2. ed. Cambridge: Blackwell-publishers, 2000. p. 325-347.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2018.

SOUZA, Waldir da Silva; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 12, n. 25, p. 327-338, abr./jun. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832008000200008>. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/188>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007. [Http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200009](http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200009). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2017.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009. Disponível em: <[https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4684/BioA\\_tica\\_e\\_atenA\\_A\\_o\\_bA\\_sica.pdf](https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4684/BioA_tica_e_atenA_A_o_bA_sica.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2018.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Intersubjetividade e cuidado. In: PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo; HOSSNE, Willian Saad (Org.). **Bioética em tempos de incertezas**. São Paulo: Loyola; 2010. p. 357-74.