

CUIDANDO E HUMANIZANDO: ENTRAVES QUE DIFICULTAM ESTA PRÁTICA

CARING AND HUMANIZING: BARRIERS THAT DIFFICULT THIS PRACTICE

CUIDANDO Y HUMANIZANDO: OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN ESTA PRÁCTICA

Sâmara Dalliana de Oliveira Lopes Barros^I

Johny Carlos de Queiroz^{II}

Raimunda Maria de Melo^{III}

RESUMO: Apesar da existência de políticas públicas voltadas para a humanização, indagamos acerca de quais entraves nas práticas da enfermagem desencadeiam a ausência do cuidado humanizado em saúde. Objetivamos analisar os entraves ao cuidado humanizado de enfermagem em um Pronto-Socorro, visando sua superação. Pesquisa, empírico-analítica e qualitativa, na qual realizamos entrevistas com cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem do Pronto-Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, Mossoró/RN, Brasil, em janeiro de 2009. Como resultados obtivemos a categoria *os entraves* e as subcategorias: ambiência inadequada, déficit de recursos humanos e superlotação de clientes, ausência de responsabilidade pelo usuário, reduzido incentivo para a qualificação profissional e condições ocupacionais precárias. O cuidado humanizado na relação entre os atores da pesquisa inexistente diante dos entraves identificados, os quais estão ligados a todos os responsáveis pela saúde: usuários, profissionais da saúde e gestores. Esperamos que os profissionais do presente estudo atentem para a urgência do cuidado humanizado, em respeito à essência humana.

Palavras-Chave: Enfermagem; cuidados de enfermagem; humanização da assistência; entraves.

ABSTRACT: Despite the existence of public policies focused to humanization, we ask ourselves about which barriers on nursing practices trigger the absence of humanized health care. We objectify on analyzing the barriers on the humanized care in a First Aid Station, in order to overcome them. Empirical-analytic and qualitative fieldwork research in which we performed interviews with nurses and nursing technicians from the First Aid Station of the Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia on Mossoro/RN, Brazil, on 2009 January. As results, we obtained the following barriers: inadequate ambience, lack of human resources, overcrowding, absence of accountability, too few incentives for qualifying and inadequate work conditions. We've found that the humanized care in the relationship between the research actors don't exists against the existing barriers, which are connected to all responsible for health care: users, health care professionals and managers. We hope the professionals awake for the urgency to apply into their practices the essence of the human, the humanized care.

Keywords: Nursing; nursing care; assistance humanization; barriers.

RESUMEN: A pesar de la existencia de políticas públicas dirigidas para la humanización, cuestionamos qué obstáculos presentes en la práctica de enfermería desencadenan la ausencia de cuidado humanizado en salud. Objetivamos analizar los obstáculos al cuidado humanizado de enfermería en un Sector de Urgencias, visando su superación. Investigación empírico-analítica y cualitativa, en que efectuamos entrevistas con cinco enfermeros y cinco técnicos de enfermería del Sector de Urgencias del Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, en Mossoró/RN-Brasil, en enero de 2009. Como resultados obtuvimos la categoría los obstáculos y las subcategorías: ambiente inadecuado, déficit de recursos humanos, exceso de clientes, ausencia de responsabilidad por el usuario, apoyo pequeño para la calificación profesional y condiciones laborales precarias. Encontramos que no hay el cuidado humanizado en la relación entre los actores de la investigación delante de los obstáculos existentes, que están ligados a todos los responsables por la salud: usuarios, profesionales de la salud y administradores. Esperamos que los profesionales de este estudio para despierten la necesidad de aplicar en sus prácticas la esencia del ser humano, el cuidado humanizado.

Palabras Clave: Enfermería; cuidados de enfermería; humanización de la asistencia; obstáculos.

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), por meio da Lei 8080¹, buscou articular alternativas para valori-

zar o usuário e promover a resolutividade de seus problemas. Através da implantação da Política Nacional de Humanização² (PNH), tal objetivo tomou for-

^IEnfermeira graduada pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: saminhaenf@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeiro, Professor Auxiliar IV da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

^{III}Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Atlântico. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

Endereço para correspondência:

ma, ao serem estabelecidas estratégias de cuidado humanizado na perspectiva de satisfazer as necessidades do usuário.

A PNH trouxe o imperativo de um cuidado em saúde integral, que visualize os problemas/necessidades do usuário.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar os entraves ao cuidado humanizado de enfermagem em um pronto-socorro (PS), visando sua superação.

Salientamos que tal pesquisa é de fundamental relevância, por trazer a discussão sobre a necessária aplicação do cuidado humanizado em nosso cotidiano e a compreensão dos valores e princípios éticos que o sustentam, pois são coadjuvantes de nossa prática social, que considera todos os sujeitos cidadãos – usuários dos serviços de saúde e profissionais de enfermagem.

REFERENCIAL TEÓRICO

Inúmeras reformas estruturais, sociais e econômicas determinaram mudanças no Sistema Nacional de Saúde. A mais marcante surgiu do movimento pela Reforma Sanitária, o qual representou a luta de diversas categorias, como enfermeiros, médicos, acadêmicos, cientistas e usuários, de um modo geral, em busca da conquista de um ideal a ser concretizado – o SUS.

Com o advento do SUS, princípios norteadores foram estabelecidos como a universalidade, equidade, integralidade e a participação social. Entretanto, apesar destes princípios terem sido incluídos na Constituição Brasileira de 1988, este sistema somente foi regulamentado por meio da Lei 8080¹, de 19 de setembro de 1990, que define o modelo operacional do SUS e articula formas de organização e funcionamento.

Entretanto, mesmo com os avanços estabelecidos, tais princípios ainda se defrontavam com efetivos problemas:

O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar dos avanços acumulados, [...] ainda enfrenta fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação das equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros aspectos tão ou mais importantes do que os citados aqui, resultante de ações consideradas desumanizadas na relação com os usuários do serviço público de saúde^{3:278}.

Ainda que vislumbrasse a complexidade dos desafios, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar⁴ (PNHAH), que tinha como meta a promoção de uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil.

Ademais, a humanização em saúde

emerge em uma realidade em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos [...], a mídia denuncia aspectos negativos dos atendimentos [...] e as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos^{5:14}.

Posteriormente, com a mudança de gestão em 2003, o MS admitiu a humanização não mais como um programa aplicado aos serviços de saúde, porém a transformou em Política Nacional de Humanização (PNH) e da gestão do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS², detentora de uma característica singular: a transversalidade pelo SUS.

Para a construção de uma política de qualificação do 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^{2:6}.

Essa característica é compreendida como um conjunto de ações realizadas com o intuito de quebrar os paradigmas do saber/poder, dificultando a promoção da qualidade da assistência e a produção de saúde, ou seja, o aumento significativo do grau de comunicação intra e intergrupos e a estratégia de transformação nas práticas de saúde.

Chamamos de transversalidade o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados^{6:393}.

Viabilizar a humanização nos serviços de saúde pressupõe transcender a usual produção de saúde voltada apenas para a cura plena, direcionando a operacionalização de práticas que visam à satisfação do usuário por meio de um atendimento de qualidade, o acolhimento integral, permitindo a “escuta” das dificuldades dos usuários e sua resolubilidade, ou seja, praticando o cuidado integral.

Cuidar é mais que um ato; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro^{7:33}.

A partir de tal premissa, humanizar sem o contato, a comunicação efetiva, a dialógica entre o ser cuidador (profissionais de enfermagem, não se restringindo a esses) e o ser a ser cuidado (usuário) é impraticável, pois é a partir do diálogo entre esses atores que buscamos maior conhecimento das reais necessidades expressas pelo usuário e dos instrumentos para atendimento, buscando as razões do sofrimento e procurando ir além da lógica biomecanicista.

A dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças, e temores, tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população^{8:122}.

Se direcionarmos o olhar apenas para a patologia em detrimento do ser que a detém, essa subjetividade poderá mascarar o real sentido da assistência, aquela que considera o ser humano dimensionado biológica, espiritual, psíquica e socialmente.

Anseios, temores e traumas poderiam ser amenizados a partir do momento em que o cuidador adentrasse em seu íntimo com responsabilidade e compromisso, exercendo o cuidado humanizado e permitindo a formação de ligação definida com o outro.

Assim, o cuidado humanizado aqui discutido deve ser operacionalizado como trabalho vivo em ato⁹. Construí-lo é criar um organismo vivo e atuante no cotidiano das pessoas.

Ao abrir espaço para a comunicação interativa entre os profissionais de enfermagem e o usuário do serviço, permitimos a formação e consolidação de vínculos e a condicionalidade mútua para a promoção da saúde.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa, empírico-analítica, exploratória e de caráter qualitativo.

Utilizamos como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas com cinco enfermeiros representados por E1, E2, E3, E4, E5 e cinco técnicos de enfermagem representados por TE1, TE2, TE3, TE4, TE5 da equipe do PS do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, localizado em Mossoró/RN, Brasil.

Os critérios de inclusão para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram: fazer parte da equipe do PS há mais de 1 ano; não estar de licença para tratamento de saúde, licença maternidade ou licença-prêmio.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do referido hospital, mediante o Protocolo n° 108/08.

As entrevistas ocorreram em janeiro de 2009 e foram gravadas em aparelho MP4, mediante a autorização dos sujeitos envolvidos através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A organização dos dados obtidos se deu por meio da análise de conteúdos por categoria¹⁰.

Foi realizada a transcrição rigorosa das entrevistas gravadas, leitura flutuante e preparo do material a ser trabalhado, identificação dos núcleos de sentidos mediante o objetivo traçado, codificação e finalmente, construção da categoria *entraves* que originou cinco subcategorias: ambiência inadequada, déficit de recursos humanos e superlotação de clientes, ausência de responsabilidade pelo usuário, reduzido incentivo para a qualificação profissional e condições ocupacionais precárias. Vale salientar que este trabalho é parte de uma pesquisa de conclusão do curso de graduação em enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise da categoria *entraves*, emergiram as subcategorias, que são discutidas a seguir.

Ambiência Inadequada

A ambiência constitui um espaço onde os protagonistas do processo (usuários) podem construir um território de bem-estar (apesar de não ser o seu próprio lar), conforto, privacidade e respeito para com o humano.

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana^{11:5}.

A estrutura física, hoje, não permite que a gente tenha um tratamento humanizado. Ali no setor, tanto no feminino como no masculino fizeram aquelas cortinas [...] para isolar o paciente e [ele] ter privacidade, a maneira como foram colocadas aquelas cortinas não permite privacidade do paciente, porque ela não fecha totalmente, só fecha no lado e o outro, e na frente? Semana passada eu fui passar uma sonda no paciente, eu arranjei quatro pessoas acompanhantes para fazer uma casinha [...], não tinha biombo, mesmo se tivesse não era suficiente. (E2).

O cheiro e o som agradáveis, o conforto, o respeito à privacidade e à individualidade constituem alguns elementos que podem contribuir para o cuidado humanizado¹¹. A infraestrutura é outro elemento primordial para a construção do cuidado humanizado, uma vez que, além de estarem fora de casa, os usuários estão psicologicamente abalados, fisicamente abatidos e carentes do conforto que um ambiente com limitadas dimensões, sem refrigeração, com água quente e odor desagradável não oferece.

A título de hospital precisaria de uma estrutura melhor, por exemplo, um repouso feminino daquele não tem condição de você dá uma assistência humanizada quando você não tem nem um local para colocar o paciente, quando você coloca o paciente no corredor, numa maca, um senhor de idade numa maca, não tem como você dar uma assistência humanizada (TE1).

A satisfação do usuário envolve, entre outros fatores, a estrutura física e organizacional do serviço, aspectos inerentes à relação entre profissionais de enfermagem e usuários. É fundamental, portanto, que sejam construídas ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, a fim de acabar com o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis¹¹.

Déficit de Recursos Humanos e Superlotação de Clientes

Os profissionais recebem o usuário, se responsabilizam por ele e através da comunicação deverão perceber e anotar suas necessidades. Contudo, para haver

atenção humanizada, é preciso lotar profissionais em número suficiente na unidade de trabalho, para que não haja desgaste desse pessoal e consequente insatisfação dos usuários e dos próprios trabalhadores.

O déficit de profissionais, sobretudo na enfermagem, interfere diretamente na qualidade da produção de cuidados, provocando uma sobrecarga de trabalho¹².

É preciso criticar a demanda da clientela maior que a possibilidade de atendimento e buscar o posicionamento dos gestores diante do necessário aumento da quantidade de profissionais, a fim de não sobrecarregar o trabalho e incorrer na assistência de qualidade duvidosa.

Para você dar uma assistência humanizada ali é complicado, porque você não tem nem como, por mais que você queira, não tem como fazer. Duas pessoas num setor daquele, quatro pessoas, cinco pessoas é pouco, para dar uma assistência individual, para dar uma assistência como a pessoa realmente merece, falta com certeza mão de obra, falta muito (TE1).

[...] tem dias da gente atender 300 pessoas, só chegando e saindo, chegando e saindo e você é quem está ali na frente para atender [...] você vai fazer ali o básico, [...], é diferente de você chegar num canto que você tem seis pacientes para cuidar, daqueles seis não vai passar, então você vai ter como dar uma assistência bem melhor (E5).

A superlotação dos serviços de urgência e emergência, as filas intermináveis e a demora no atendimento levaram o PNH à criação do acolhimento com classificação de risco, direcionando a uma assistência adequada para cada realidade¹³. Com isso, haveria a diminuição da demanda e melhoria da qualidade na assistência.

Ausência de Responsabilidade pelo Usuário

O usuário do serviço de saúde deve ser reconhecido como detentor e autônomo como co-partícipe de seu processo saúde-doença. Entretanto, a resolutividade dos problemas de saúde deste usuário pertence ao profissional de saúde.

O cuidado humanizado somente existe quando o profissional de saúde passa a se responsabilizar pelo outro, na perspectiva de satisfazer às necessidades de saúde. De acordo com a PNH² a corresponsabilidade dos sujeitos no processo de gestão e atenção em saúde constitui um dos princípios norteadores da política de humanização.

É a questão da responsabilização, nem todos querem ser responsáveis pelo usuário [...] Responsável [...] Em tentar resolver os seus problemas, as suas angústias, as suas necessidades, a sua dor, o seu sofrimento e nem todos veem o usuário dessa forma. Se você envolver esse profissional para ter essa postura de escuta, de envolvimento e de solucionar o problema daquele usuário é o que eu acho mais difícil da equipe, não só de enfermagem, mas médicos e demais profissionais. (E1).

A ferramenta primordial na construção do cuidado humanizado é uma boa relação entre profissional

de enfermagem e usuário. Enquanto estes profissionais não se responsabilizarem pelo outro, não haverá escuta, conforto, privacidade, promoção da saúde.

Incentivo à Qualificação Profissional

A qualificação dos profissionais de enfermagem constitui um fator de suma relevância para aplicação do cuidado humanizado, pois, se não conhecermos o que é cuidar e a importância da criação de vínculos não possibilitaremos a aplicação dessa prática.

A falta desse incentivo, por parte dos gestores ou até pelos próprios profissionais de enfermagem, ocasiona um entrave ao cuidado humanizado. O aperfeiçoamento do pessoal favorece a aplicação de estratégias novas e enriquecedoras para o processo de trabalho e ao relacionamento interpessoal.

Aqui precisa muito de um treinamento, [...] não sei se é porque a equipe já está muito cansada, muito estressada do dia a dia. [...] o primeiro ponto, eu colocaria isso aí, um treinamento [...], porque o pessoal que trabalha aqui já é um pessoal que desde a época da fundação, é um pessoal já bastante cansado (TE5).

A educação permanente em saúde é um dos instrumentos de transformação dos profissionais constituindo um espaço de conhecimento construído e permutado entre profissionais, abrindo os caminhos para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Quando a gente precisa [...] fazer um curso a gente tem que [...] trocar plantão ou pagar plantão [...] mesmo que seja de interesse do Estado, mesmo que seja uma política do Estado, mas mesmo assim, quer dizer, isso não é incentivo. Se eu vou passar uma semana antes do hospital [...] fazendo curso do interesse do hospital, naquela semana eu vou ter que trocar os plantões, porque eu poderia muito bem ter o incentivo de dizer assim: olhe, você vai ser liberada dois plantões dessa semana porque você vai fazer um curso, isso é uma forma de incentivar. Eu não vejo incentivo [...] (E2).

A educação permanente desempenha sua função quando está envolvida numa prática de transformação traduzida em teoria dialética do conhecimento, um processo de criação e recriação e desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho¹⁴.

A falta de tal incentivo e/ou não dar espaço para que o profissional desenvolva sua reflexão crítica através de novas qualificações, conduz ao baixo desempenho, resultando em ações sem resolutividade, que contrariam os propósitos do SUS.

Condições Ocupacionais Precárias

Tais condições de trabalho constituem outro entrave para a realização do processo de cuidado na enfermagem. Elas estão relacionadas a aspectos como o bem-estar do profissional de enfermagem, materiais em condições adequadas de uso na assistência, salários dignos, entre outros.

O maior entrave, com certeza, é as condições de trabalho, porque primeiro que aqui é muito pequeno pra demanda, então quando você fala de humanização você fala desde a maneira como ele entrou lá na porta, como ele foi assistido [...] trabalha num local onde ofereçam todas as condições, fica mais difícil você se estressar, você ficar angustiado, então você passa também a dar uma assistência melhor, [...] a gente precisa de qualidade de trabalho, [...], eu preciso também de ser visto pela humanização, tem que ver quantas horas eu estou acordada [...], eu tenho uma sobrecarga muito grande de trabalho [...]. Porque se eu me limitar só a x horas eu não vou dá conta de manter a minha casa, isso é a realidade de quase todo mundo que trabalha aqui dentro. Nenhum funcionário gosta de dar duas escalas, uma escala e uma escala extra (E5).

Esse cenário real também é constatado na literatura:

As condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, as peculiaridades das tarefas de enfermagem, a crise econômica advinda da globalização, as dificuldades do setor saúde, a carência de recursos humanos e materiais e a constante preocupação com o

processo de atualização objetivando acompanhar os avanços técnicos-científicos são fatores que contextualizam a situação de trabalho do pessoal de enfermagem em vários países^{15;102}.

O cuidador também precisa ser cuidado, pois do contrário ele não irá ofertar uma assistência pautada no cuidado humanizado. Os baixos salários predispoem o trabalhador de enfermagem a buscar mais uma escala ou outro vínculo empregatício. Isto é desgastante, atinge sua própria saúde e a qualidade assistencial e, completando tal ciclo vicioso, leva o profissional e o usuário à insatisfação.

Quanto aos fatores prejudiciais à qualidade de vida ocupacional do enfermeiro, destacam-se as precárias condições de trabalho e os salários insatisfatórios, seguidos pelo difícil relacionamento interpessoal¹⁶.

A gente muitas vezes trabalha aqui sem condições favoráveis para se trabalhar, isso é um entrave muito grande, muitas vezes a gente sabe ali o que o paciente está precisando e não só a nossa boa vontade vai valer (E4).

Proporcionar condições dignas e justas de trabalho aos profissionais de enfermagem é reconhecê-los como sujeitos que, juntamente com o usuário, são capazes de construir o processo de cuidar. Ambas as partes precisam de condições favoráveis em termos de qualidade de vida para colocar em prática os princípios do SUS, de todos e para todos, conforme prevê a Constituição Brasileira.

CONCLUSÃO

A concretização do cuidado humanizado de enfermagem somente é possível quando deixamos de realizar procedimentos centrados no usuário e passamos a desen-

volver procedimentos *para* e *com* o usuário, visualizando-o como sujeito ímpar na promoção da saúde.

Constatamos que o cuidado humanizado ainda inexistente, por alguns entaves como as subcategorias identificadas: ambiência inadequada, déficit de recursos humanos e superlotação de clientes, ausência de responsabilidade pelo usuário, reduzido incentivo para a qualificação profissional e condições ocupacionais precárias. Tais ocorrências coligam todos os responsáveis pela saúde: usuários, profissionais da saúde e gestores.

É imprescindível que os profissionais de enfermagem considerem a construção de novos espaços, posturas e formas de atuação objetivando novos modos de cuidar. Aos gestores, que procurem a viabilidade do processo e não apenas a produtividade, antes a premência de quem cuida e o atendimento de qualidade ao usuário do serviço de saúde, assim como a resolutividade de seus problemas.

Desejamos que o alcance da qualidade do cuidado seja a meta de todos, na perspectiva de compromisso ético e social e de responsabilidade com a satisfação do outro e, por conseguinte, contribuir para a efetivação dos princípios basilares do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
2. Ministério da Saúde (Br). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2004.
3. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-am Enfermagem. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2006 [citado em 23 jan 2006]. 14:277-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019
4. Ministério da Saúde (Br). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
5. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev. Esc. Enfermagem da USP. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2004 [citado em 08 out 2003]. 38:13-20. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/recusp/upload/pdf/88.pdf>
6. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2005 [citado em 28 mai 2005]. 09:389-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>
7. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2001.
8. Carvalho LC, Merhy EE, Silva JAG. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores.

Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. p. 113-28.

9. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*. 2003 [citado em set/dez 2003]. 27:316-23. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_em_erson_merhy_tulio_franco.pdf.

10. Minayo MCS. Técnicas de análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 303-61.

11. Ministério da Saúde (Br). *Ambiência*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

12. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010 [citado em 29 jul 2008]. 15:470-80. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012321020.pdf>.

13. Ministério da Saúde (Br). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

14. Ministério da Saúde (Br). *Caderno de atenção básica: programa saúde da família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

15. Royas ADV, Marziale MHP. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Rev. latino-am. Enfermagem*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2001 [citado em 09 out 2000]. 9:102-08. Disponível em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/11537.pdf>.

16. Cintra HDE, Souza AAL, Lazzarotto EM, Meza SKL, Kurmann RAS, Costa ES, et al. Fatores que prejudicam o trabalho do enfermeiro que atua em hospital. In: *Anais do Seminário Internacional "Experiências de Agendas 21: os desafios do nosso tempo"*; 2009 novembro 27-29; Ponta Grossa, Brasil. Ponta Grossa (PR): Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2009.