



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

**HUMANIZAÇÃO E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE:
A REALIDADE EM DOIS HOSPITAIS DO CENÁRIO BAIANO**

Feira de Santana
2016

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

**HUMANIZAÇÃO E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE:
A REALIDADE EM DOIS HOSPITAIS DO CENÁRIO BAIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva (Área de concentração em Políticas, Planejamento e Gestão, na linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de saúde), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Thereza Christina Bahia Coelho

Feira de Santana
2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Silva, Marcos Vinícius Santos

S586h Humanização e incorporação tecnológica em saúde: a realidade em dois hospitais do cenário baiano ./ Marcos Vinícius Santos Silva. Feira de Santana, 2016.

94f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1.Humanização em saúde. 2.Incorporação tecnológica. 3.Cuidado Hospitalar. I.Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 616.083

MARCOS VINÍCIUS SANTOS SILVA

**HUMANIZAÇÃO E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE:
A REALIDADE DE HOSPITAIS NO CENÁRIO BAIANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Saúde Coletiva (Área de concentração em Políticas, Planejamento e Gestão, na linha de pesquisa Planejamento, Gestão e Práticas de saúde), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana – BA. Aprovado em 27 de abril de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thereza Christina Bahia – UEFS

Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila – UFRB

Prof^a. Dr^a. Maria Ângela Alves do Nascimento – UEFS

Aos **meus pais**, por todo amor e dedicação na minha história de vida;

À minha avó, **Alzira Lobato**, por seu amor tão presente e real.

AGRADECIMENTO

Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só. Mas, sonho que se sonha junto é realidade...

(Raul Seixas)

A Deus, fonte inesgotável de sabedoria. Agradeço por mais esta graça, por sua bondade imensurável.

A Antônio, dono dos meus caminhos, por suas intercessões, seu amor e sua presença em tudo... -Que seria de mim, meu Deus, sem a fé em Antônio?!||

À minha avó Alzira Lobato (*in memoriam*), por seu protagonismo no meu processo de formação, por tanto amor estendido... Eu a amarei incessantemente!

Aos meus pais, Dai e Mirinho, pelo esmero e esforço empreendido no meu processo de educação. Essa conquista não é minha, é de vocês!

Às minhas madrinhas, Lêda e Zuleide, pelas palavras encorajadoras de sempre!

A Valéria Noronha, minha eterna orientadora NA VIDA, pelo respeito e apoio a mim e ao NOSSO objeto!

A Arnaldo e sua família, por sonharem e viverem o mestrado junto comigo. Agradeço a torcida e o apoio!

A Gesler, por sua chegada impulsionadora nos momentos finais do segundo tempo!

Aos (as) queridos (as) amigos de Alagoinhas, Cachoeira, Cruz das Almas, Entre Rios, Feira de Santana, Inhambupe e Salvador, simplesmente por existirem! Amo cada um!

À minha “Falta de Paz”, reduto da minha alegria, o que seria de mim sem o amor de vocês?

Aos meus amados discentes da UNIASSELVI e da UNIRB, pelas palavras de incentivo.

Aos meus colegas na docência, pela parceria no desafio de empreender uma educação de qualidade!

Aos meus queridos parceiros de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Domingos Machado de Almeida, pela compreensão e apoio imensuráveis, dos quais quero destacar Ana Paula, minha querida amiga, que vem me incentivando, em meio aos percalços

dessa caminhada. Quero mencionar também Hebert e Lucicley, pelos benefícios a mim estendidos durante a gestão de cada um.

Aos amados usuários do Centro de Atenção Psicossocial Domingos Machado de Almeida, a alegria de cada um é o meu bálsamo! Obrigado, também, pelo respeito estendido!

A D. Guilmar e Laína, pelo apoio e respeito incondicional ao meu trabalho e aos meus projetos de vida! Serei eternamente grato!

Aos meus irmãos da Paróquia Nossa Senhora de Fátima e da Comunidade do Cristo Ressuscitado, pelas orações estendidas!

Aos docentes da minha vida, do Centro Educacional Pingo de Gente, do Colégio Santíssimo Sacramento, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e do IBPEX, dos quais destaco Moisés Aguiar, Heleni Duarte, Jucileide Nascimento, Marina Silva, Albany Mendonça, Lucimara Bennati e Elizete Ribeiro, por empenharem-se na construção de uma educação emancipadora!

A Thereza Christina, minha orientadora, pelo conhecimento partilhado com tanta maestria!

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, principalmente, Maria Ângela do Nascimento, Marluce Assis, Maria Lúcia Servo, Graciete Vieira, Maria Geralda Aguiar, Maria Conceição Oliveira e Johelle Passos, pela atuação primorosa, pelo papel relevante na proposição de uma saúde, realmente, coletiva e de qualidade!

Aos colaboradores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, Jorge (pelo apoio nas minhas solicitações, ainda que com alguns estresses) e Goreth. E, em especial, a Ana Regina e Sandra, por tanta preocupação e carinho, as levarei no meu coração!

Aos amigos que viveram junto comigo, nesses dois anos, o sonho de SER MESTRE EM SAÚDE COLETIVA! Meus amigos da turma 2014, vocês estarão sempre comigo! Todo sucesso para nós! O mundo nos espera!

Enfim, agradecer, agradecer, agradecer...

*Eu vi um menino correndo
Eu vi o tempo
Brincando ao redor do caminho daquele menino
Eu pus os meus pés no riacho
E acho que nunca os tirei
O sol ainda brilha na estrada
E eu nunca passei
Eu vi a mulher preparando
Outra pessoa
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
A vida é amiga da arte
É a parte que o sol me ensinou
O sol que atravessa essa estrada
Que nunca passou
Por isso uma força me leva a cantar
Por isso essa força estranha no ar
Por isso é que eu canto, não posso parar
Por isso essa voz tamanha*

Caetano Veloso

SILVA, Marcos Vinícius Santos. **Humanização e Incorporação Tecnológica em Saúde: a realidade de hospitais no cenário baiano.** 2016. 102p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2016.

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo analisar a interface entre a humanização e a incorporação tecnológica em unidades hospitalares. Foi fruto de uma investigação com abordagem qualitativa, ao passo que os dados foram analisados além das dimensões quantificáveis, mas num universo abarcado por signos, sentidos e significados atribuídos ao objeto em foco. O universo empírico do estudo foi dois equipamentos hospitalares vinculados à Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, administrados sob diferentes regimes jurídico-administrativos. A escolha desses hospitais se deu devido aos seus amplos fluxos demandatários, à maciça incorporação tecnológica em ambos e ao fato de estarem alocados próximos à universidade em que esse estudo está vinculado. A pesquisa empírica evidenciou-se com a aplicação de roteiros semiestruturados de entrevistas junto aos profissionais de ambas as unidades. As discussões necessárias à pesquisa categorizam-se no debate sobre o cuidado hospitalar, especificando sua estrutura e os sujeitos adjacentes e constituintes nos processos demandados. Os resultados desse estudo refletem questões referentes à própria interface entre a humanização e a incorporação tecnológica em saúde, convergindo quanto ao caráter antagônico atribuído à tecnologia, ora vista como fazer que humaniza, ora como mecanismo desumanizador. Igualmente, os dados indicam os vários sentidos atribuídos à humanização, confluindo com seu atributo polissêmico. Conquanto, todo o aporte teórico empreendido aponta diretivas que coligem com o ideal de reestruturar o cuidado hospitalar, com enfoque ao campo das práticas. A pesquisa incita a necessidade de resguardar as qualidades inerentes ao princípio da Ética, à medida que ressalta os valores humanos, em muito carecidos. Logo, as discussões relacionadas ao paradigma da efetivação da humanização no campo da saúde, mediante o fator condicionante da incorporação tecnológica, são recorrentes. Assim, aponta-se para a necessidade de se construir ambientes de cuidado propícios à instauração de práticas direcionadas e demarcadas pela complementariedade entre as categorias -humanização e -tecnologia. Portanto, defendeu-se a necessidade de adotar e refletir acerca de uma abordagem integradora entre ambas, possibilitando aos valores humanos dimensionarem-se sobre as práticas tecnicistas, em geral, muito combatidas.

Palavras-chave: Humanização na Saúde. Incorporação Tecnológica. Cuidado Hospitalar. Sujeitos. Práticas em Saúde.

SILVA, Marcos Vinícius Santos. **Humanization and Health Technology Incorporation: the reality of hospitals in Bahia scenario.** 2016. 102p. Dissertation (Master on Public Health) - Department of Health , State University of Feira de Santana , Bahia, 2016 .

ABSTRACT

The research aims to analyze the interface between humanization and technological resources in hospitals. It was the result of an investigation under a qualitative approach, while the data were analyzed in addition to the quantifiable dimensions, but a universe embraced by signs, senses and meanings attributed to the object in focus. The empirical universe of the study was two hospital equipments linked to the Department of Health of the State of Bahia, administered under different legal and administrative systems. The choice of these hospitals met the criteria: broad flow demand of massive technological development and that were allocated near the university in which the study is linked. Empirical research showed with the application of semi-structured interviews scripts together professionals from both units. Discussions necessary researches are categorized in the debate on hospital care, specifying on its structure and the adjacent and constituent subjects in defendants processes. The results of this study reflect issues to the very interface between humanization and technological resources in health, converging on the antagonistic character attributed to technology, now seen as making it humanizes, sometimes as dehumanizing mechanism. Also, the data also indicate on the various meanings attributed to humanization, converging with its polysemous attribute. Although, all the undertaken theoretical basis points directives that establish with the ideal of restructuring hospital care, with a focus to their practice. With regard, it urges the need to safeguard the qualities inherent in the principle of ethics, as they stand up for human values in much needed. Therefore, the discussions related to the paradigm of execution of humanization in the health field by the driver of technological resources, are recurrent. Thus, it points out the need to build care environments conducive to the introduction of targeted practices and demarcated by the complementarity between categories humanization and technology. Therefore, the need to adopt and reflect on an integrative approach is argued between them, facilitating the humans values to scale on the technologic practices, proceduralists, as combated.

Keywords: Humanization in Health. Technological incorporation. Hospital care. Subjects. Practices in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Saúde
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
HRDB	Hospital Regional Dantas Bião
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Fluxograma do acolhimento (SESAB – 2016)	28
FIGURA 2 - Esquema da significância atribuída por Merhy às tecnologias	34
FIGURA 3 - Interface Humanização e Incorporação Tecnológica no Cuidado Hospitalar ...	36

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Elementos e Especificações da Ambiência	30
QUADRO 2 - Formação dos Profissionais Participantes	41
QUADRO 3 - Quadro de Análise Qualitativa	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
3.1 A saúde hospitalar e seus complexos: da estrutura aos agentes e suas práticas.....	19
3.2 Inflexões sobre o dogmatismo humanitário e uma política de Estado: diálogos sobre a humanização da/na saúde à luz da crítica foucaultiana.....	23
3.3 A incorporação tecnológica em saúde: elementos à análise.....	31
3.4 Representação esquematizada do objeto do estudo	35
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 Tipo de abordagem.....	37
4.2 <i>Lócus</i> do estudo.....	38
4.2.1 Descrição sobre os cenários do Estudo.....	38
4.2.1.1 <i>Cenário do H1</i>	38
4.2.1.2 <i>Cenário do H2</i>	39
4.3 Participantes da pesquisa.....	40
4.4 Técnicas de coleta dos dados	41
4.5 Método de análise dos dados	43
4.6 Aspectos éticos	45
5 RESULTADOS	46
5.1 Artigo 1	47
5.2 Artigo 2.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	87
APÊNDICE A - Roteiro para entrevista.....	87
APÊNDICE B - Roteiro para observação sistemática.....	90
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	91
ANEXOS	92
ANEXO A - Declaração de Anuência da SESAB.....	92
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da UEFS	93

1 INTRODUÇÃO

Do termo humanizar são derivadas algumas presunções, especialmente, no que se refere a construir alternativas de emancipação ético-política do sujeito (ser social). Logo, debater sobre a dinamicidade do cuidado em serviços e instituições/organizações de saúde, sob o prisma da interface entre a incorporação tecnológica¹ e a dimensão da humanização, é um desafio, visto que esses aspectos muito têm influenciado no executar dos serviços, como também em seus respectivos resultados, à medida que impactam na realidade e cotidiano das instituições (VIANA; SILVA, 2010).

Por um lado, a tecnologia² repercute nas práticas e processos, desde a própria gestão ao âmago da atenção à saúde, acarretando novas demandas e, conseqüentemente, intensificando as práticas de trabalho, a multidisciplinaridade e a especialização dos trabalhadores e técnicos envolvidos no processo saúde/doença (SALVADOR et al., 2012). Enquanto isso, a proposta de humanização no cenário da saúde a partir da regulamentação da Política Nacional de Humanização — PNH (BRASIL, 2004) e da atual Política Nacional de Atenção Hospitalar — PNHOSP (BRASIL, 2013), pressupõe uma reestruturação dos componentes gestão e cuidado, tendo o sujeito como categoria central e basilar do processo — seja usuário ou trabalhador da saúde —, consoante às diretrizes e alternativas de reordenamento da atenção no contexto hospitalar.

O paradigma de humanizar as relações, os processos e práticas de trabalho tem se tornado emergencial e constante nos serviços de saúde, ao passo que são, rotineiramente, vivenciadas realidades que divergem dos ideais e princípios de uma saúde igualitária, integral, democrática e humanizada, que reforce a diretiva da emancipação humana, e a promoção, preservação e manutenção da vida. Igualmente, reafirma-se que a humanização na/ da saúde enquanto movimento, proposta, projeto e, por hora, política, com as implementações da PNH e da PNHOSP, prima-se em consolidar o direito constitucional à saúde com a articulação de alternativas e estratégias que colijam ações e práticas, fundamentadas na cidadania e no

¹ Segundo Arone e Cunha (2007) a incorporação tecnológica numa organização de saúde contempla-se nas seguintes etapas: 1) planejamento estratégico (na determinação da necessidade real); 2) seleção e aquisição (especificando os requisitos clínicos e de qualidade do produto); 3) aplicação clínica (uso apropriado da tecnologia), e 4) substituição de uma tecnologia obsoleta ou insegura.

² Entende-se por tecnologia, -um conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes, organizados e articulados, para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma intencionalidade prática específica (ARONE; CUNHA, 2007, p. 138).

reconhecimento às subjetividades dos sujeitos que constituem o campo da saúde, dimensionando, respectivamente, o caráter político e ético das bases legais supramencionadas.

Os avanços decorrentes de duas décadas de investimentos no nível primário de atenção em saúde, não se fizeram acompanhar de igual esforço na produção de um modelo de atenção hospitalar coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em que pesem as políticas de reordenamento da média e alta complexidade, em especial, aquelas introduzidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002) e pelo Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), de modo que ainda visualiza-se uma concepção hegemônica do hospital como –um mundo à parte, autocentrado e autossuficiente no cuidado à saúde (FUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 968). O hospital, para esses autores, se mantém, assim, como um local de reprodução e manifestação da lógica hegemônica do trabalho em saúde, como um espaço de reprodução dos poderes de corporações.³ É, então, um sistema, ou ainda, um subsistema dentro de um sistema social e de uma macro política como a saúde.

Na sociedade contemporânea, acompanhando a vertente econômica da Saúde, o hospital tem assumido o papel de empresa. Pode-se, assim, ser considerado um campo de bens vendáveis, reproduzindo a lógica das leis do mercado competitivo (BARRA et al., 2006). É, também, um cenário de intensa e maciça incorporação tecnológica, derivada da necessidade de ampliação da capacidade diagnóstica e resolutiva, quanto aos problemas de saúde. É também um espaço com constante aumento dos custos, institucionalização das práticas de saúde e, em algumas situações, perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais (FUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Logo, identificar as nuances da tecnologia e da humanização na atenção e gestão hospitalar é de grande valia ao contexto da saúde, uma vez que poderá possibilitar a identificação dos desdobramentos próprios a esta analogia.

Segundo Junqueira (1990), a ideia do planejamento e do controle é própria à gestão.⁴ Assim, são premissas básicas do gestor, dirigir, organizar e controlar pessoas ou grupos, fomentando a articulação entre os mesmos, entre as estruturas, metas, tecnologias e o ambiente. Ademais, atribui-se o ingresso e a intencionalidade da incorporação tecnológica, nas instituições e organizações de saúde, especialmente no cenário hospitalar, como aspecto

³ –A relação que se estabelece com esse tipo de organização é de dependência, e este fenômeno está nas raízes do sentimento opressivo associado ao ambiente hospitalar (QUEIROZ; BARBOSA, 2003, p. 59).

⁴ Na obra, o autor, utiliza a nomenclatura gerência.

de incentivo da gestão, influenciada, em sua maioria, por questões internas e externas à instituição de atuação.⁵

Dentre estas questões de influência, além das de ordem demandatária (embasadas no grau de necessidade à funcionalidade e continuidade dos serviços de saúde), destacam-se a exigência do corpo clínico à aquisição de maquinário para a realização de exames e outros procedimentos terapêuticos e a pressão das indústrias farmacêutica e eletromédica, ambas em consonância com a ideologia de mercado (VIANA; SILVA, 2010). Mais uma vez, visualiza-se o hospital assumindo a competência de setor de manutenção do modo de produção capitalista⁶, com uma nova função utilitária e pragmática, visto como um lugar de produção de serviços e, conseqüentemente, de obtenção de lucros (ARONE; CUNHA, 2007).

Outrossim, a crítica central a tal problemática dar-se-á quando o sujeito passa a ser desconsiderado como organismo vivo e é colocado na condição de mecanismo, de objeto manuseável, perdendo sua subjetividade (CUNHA; ZAGONEL, 2008). Ou ainda, quando sabe-se mais sobre a máquina e pouco sobre o sujeito que está inserido no processo do cuidado, tratando-o como objeto das determinações (MARQUES; SOUZA, 2010).

Logo, esta investigação tomou como objeto de pesquisa a humanização e sua interface com o uso da tecnologia na atenção hospitalar, na perspectiva não apenas de ganho de eficiência técnica, mas de instrumento que valorize o trabalhador e o usuário, tendo o hospital como instância de possibilidade da emancipação humana e fomento à vida (ARONE; CUNHA, 2007). Ainda porque, sabe-se o quanto é relevante o avanço tecnológico, mas torna-se necessário associar esta tecnologia a favor do resgate da natureza humana (BARRA et al., 2006).

Com isso, o grande desafio é constituir uma gestão em serviços de saúde, com perspectiva tecnológica, no sentido de contribuir e consolidar uma saúde como um bem à vida que propicie condições de um cuidado eficaz e humanizado, e não para a manutenção ideológica do mercado, haja vista que, -[...] o que se opõe ao cuidado é o descuidado [...] (MARQUES; SOUZA, 2010, p. 143).

⁵Viana e Silva (2010, p. 133) destacam como determinantes de influência interna e externa, respectivamente, -a pressão do corpo clínico vinculado à instituição, que demanda a aquisição de inovações tecnológicas em suas respectivas especialidades, o prestígio do médico ou da área que solicita a aquisição da tecnologia junto aos dirigentes da instituição, a disponibilidade de recursos financeiros para realização do investimento e para cobrir os custos relacionados à sua operação e o acesso facilitado à tecnologia, seja por intermédio de instituições parceiras que já possuem a tecnologia, seja mediante a adoção de estratégias de parceria com o fabricante; e, -a concorrência entre os prestadores de serviços de saúde na busca por maior competitividade e mercado, a existência de evidências de que a tecnologia é segura, eficaz, e o retorno financeiro associado à aquisição da tecnologia.

⁶ -[...] em sociedades capitalistas, os serviços passam, também, a serem considerados bens vendáveis, reproduzindo, assim, a lógica das leis de mercado competitivo (BARRA, 2006, p. 97).

Nesta perspectiva, ainda que timidamente ou de maneira restritiva, alguns estudos⁷ descrevem tais realidades. Contudo, os estudos, em sua maioria, debatem sobre o confronto humanização e tecnologia em saúde, limitando-se ao campo das práticas em Enfermagem. Logo, tal realidade vem reforçar a originalidade desta pesquisa, à medida que poderá oportunizar a interface da humanização e incorporação tecnológica, na abrangência e totalidade do cuidado hospitalar, com os vários sujeitos envolvidos nas práticas da atenção; refletindo, substancialmente, na centralidade desses sujeitos, seus papéis e os atributos e consequências aos seus processos de trabalho.

Partindo desses pressupostos e substanciando o diâmetro da criticidade, próprio e necessário neste espaço de tensionamento teórico do objeto, indagou-se: como compreender a primordialidade da humanização das práticas, num campo que trata de aspirações eminentemente humanas, como a Saúde? Qual a posição do homem nesta atmosfera que agudiza a emergência de construir alternativas de reforço da dignidade humana? Ou, o homem está morto?⁸.

Na tentativa de responder a tais questões, utilizaram-se como principal referencial de análise, os ideais e proposições enveredadas por Foucault (1966; 1976; 2007), quando apresenta a crítica à corrente humanista, defendendo a tese da morte do homem. Ou seja, como esse homem, constructo de um condicionamento histórico-social é macerado pelas forças do sistema capitalista, ou melhor, pela própria razão analítica contemporânea, que sobrepõe a racionalidade científica sobre a racionalidade humana, e que o projeta como esfera-manuseável deste saber vigente; deste biopoder; desta biopolítica (FOUCAULT, 1966).

Com isso, pleiteou-se como pressuposto da pesquisa, a asserção de que a incorporação tecnológica, inserida nos processos e práticas do cuidado hospitalar, é um componente que favorece à desumanização, à medida que fragmenta os processos, que restringe a subjetividade e distancia os sujeitos envolvidos. Assim, a presente pesquisa questiona: de que forma, o processo de incorporação tecnológica tem influenciado na dimensão da humanização do cuidado hospitalar, no sentido de torná-lo humanizado/humanizante ou desumanizado/desumanizante?

⁷ Cf. Arone e Cunha (2007), Barra e outros (2006), Marques e Souza (2010), Vendemiatti e outros (2010), Campos e Amaral (2007), Bernardes e outros (2007), Cunha e Zagonel (2008) e Salvador e outros (2012).

⁸ Cf. Foucault (1966).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a interface entre humanização e incorporação tecnológica, no contexto do cuidado hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os elementos (princípios e dispositivos), presentes no cotidiano das práticas nas unidades hospitalares em análise, condizentes com um cuidado humanizado;
- Descrever o cuidado em Saúde e a concepção de cuidado humanizado;
- Discutir a relevância dos dispositivos tecnológicos presentes nas unidades hospitalares sob a ótica dos sujeitos da pesquisa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção procura-se dialogar sobre as unidades de análise que subsidiaram esta pesquisa e sua interface e, conseqüentemente, oportunizaram espaços de reflexão crítica sobre os paradigmas que são condicionados pelos horizontes da saúde e que fragmentam o seu saber-fazer. Assim, inicialmente, apresenta-se um diálogo sobre o cuidado hospitalar, caracterizando a estrutura, as práticas e os sujeitos envolvidos no processo de saúde hospitalar. No segundo tópico, intitulado **Inflexões sobre o dogmatismo humanitário e uma política de Estado**, buscou-se oportunizar diálogos sobre a humanização da/na saúde à luz da crítica foucaultiana. Discutiu-se, ainda, sobre a categoria humanização na/da saúde análoga às determinações legais esboçadas na PNH e na PNHOSP. Por fim, foram esboçadas algumas discussões sobre os elementos de análise da tecnologia em saúde e suas determinações às práticas do cuidado.

3.1 A saúde hospitalar e seus complexos: da estrutura aos agentes e suas práticas

O conceito de Saúde vigente aponta uma gama de aspectos que condicionam e determinam a dinamicidade do campo, seja na identificação dos seus sujeitos, seja na operacionalização das práticas e serviços, ou até mesmo na configuração dos espaços estruturais à sua dinamização. Mais ainda, na própria construção e reforço do que realmente vem a ser a Saúde, ou seja, -[...] qualidade de vida, solidariedade, alegria de viver, gozo estético, prazer, axé (energia), projeto de felicidade (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014, p. 13). Saúde é, então, uma realidade múltipla e complexa. Complexa, não exclusivamente, na concretização desse conceito abrangente, mas na medida em que se dimensiona enquanto instância política, voltada para a reprodução dos sujeitos e das coletividades (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

O universo do campo da Saúde, seja o seu espaço de agir e/ou gerir, são datados por determinações fenomênicas originadas da -interação entre os atores, as estruturas, as técnicas e as finalidades. Logo, a rotina e processo do cuidado são marcados pela observância de dois sujeitos: o detentor das competências profissionais específicas e o portador das necessidades de saúde, sentidas ou diagnosticadas (SOUZA et al., 2014). Por conseguinte, tais sujeitos são estruturas socialmente construídas e determinadas, ou seja, estabelecem-se como esferas sociais determinadas pelo conjunto de relações nas quais estão inseridas (CASTRO, 2001).

Assim, a discussão central é identificar quem é esse sujeito, constructo das determinações humanísticas, mas também, da massificação tecnológica presentes no campo da Saúde. De fato, a PNH foca para um sujeito da Saúde Coletiva enquanto agente, protagonista e partícipe dos processos do cuidado; sujeito emancipado, à medida que internaliza uma concepção política da Saúde, concebendo-a como um direito social e político. Neste sentido, qual a atuação da tecnologia? É um instrumento garantidor do direito à Saúde, uma vez que intensifica as práticas do cuidado, colaborando na sua efetivação e qualidade, ou é catalizador da minimização e desvalorização dos processos humano-relacionais, à medida em que tecnifica o cuidado em saúde, contrapondo-o à dimensão humana, que é essencial nesse processo?

Não obstante, observa-se e atribui-se, nesse espaço de construção teórica, o conceito de cuidado, para além de um encontro terapêutico, mas um espaço constituído de determinações técnicas (o saber-fazer) e éticas (o saber-subjetivo) alinhadas aos aspectos humanísticos da atenção à Saúde. Deve, portanto, primar nas condições de promoção à Saúde, tencionar sujeitos e estruturas na busca de uma totalidade existencial, que possibilite a dar sentidos e significados às práticas, não apenas no limiar unilateral do campo da Saúde, mas em forjar e construir projetos de vida, projetos de felicidade⁹. Destarte, o cuidado efetiva-se, eminentemente, como um ato próprio ao (do) ser humano; como uma atividade (situação) temporalizada e atemporal, coletiva e singular (AYRES, 2004).

Em consoante a esta perspectiva de cuidado, Assis e outros (2010) chamam a atenção à perspectiva de mudança. Ou seja, deve-se, por conseguinte, alinhar o cuidado no estabelecimento de relações e troca de saberes, vivências e experiências práticas. Para tanto, poderá ter como premissa o acolhimento — tendo o acesso como possibilidade de construção da cidadania e como potencializador —, e o vínculo-responsabilização como eixos orientadores da produção desta atenção em saúde.

O cuidado, manifestação cotidiana do fazer saúde, é o espaço dos encontros. Por conseguinte, é o universo das práticas, no qual sujeitos assumem, vivenciam papéis sociais. Esse papel social é, portanto, uma construção, produto da vida cotidiana, análogo às mais variadas organizações sociais que este sujeito está inserido (HELLER, 1970). Na perspectiva deste estudo, a categoria trabalho é constituinte do papel social, junto ao profissional de saúde.

⁹ Ayres (2004, p. 21) afirma ser, “[...] um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde [...], um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde”.

Nesse seguimento, é imprescindível fomentar uma breve discussão sobre essa categoria, utilizando do esboço conceitual marxista (MARX, 2014) e marxiano (NETTO; BRAZ, 2010; ANTUNES, 2009), como também as contribuições epistemológicas de Lukács (1978). Pode-se determinar que trabalho é uma atividade predominantemente humana, na qual o homem diferencia-se e distancia-se da natureza. Logo, a categoria trabalho, enquanto processo laboral, é dada a partir da relação homem/natureza, num método de mediação, regulação e controle sobre os bens naturais, bem como orientada para produzir valores de uso (MARX, 2014). O trabalho produz e reproduz as condições materiais e culturais (em sentido amplo) da condição humana, mas produz e reproduz sempre no âmbito da história. Assim, assume o sentido de veículo à vida, garantindo a sobrevivência da espécie humana.

O trabalho é dado na relação mediada entre sujeito e objeto. Essa relação é eminentemente prática; portanto, o trabalho é o campo das práticas (trabalho vivo), dos instrumentos e resultados dessa ação (trabalho morto), e, das finalidades atribuídas ao ato prático. Nesta perspectiva, o trabalho é campo das teleologias, ou seja, das finalidades imputadas.

Ainda, as discussões sobre a categoria trabalho perpassam, de forma veemente, a própria centralidade e constituição do homem enquanto um ser social, dotado de universalidade e com atribuições teleológicas (MARX, 2014; NETTO & BRAZ, 2010). Ou seja, o trabalho possui íntima relação com os modos de ser deste homem e sobre a sociedade, até porque, é esboço fundamental para a fundamentação do ser humano-social. Configura-se, então, a dimensão ontológica do trabalho (ANTUNES, 2009; LUKÁCS, 1978).

Toda essa discussão sobre a categoria trabalho é relevante à fundamentação epistemológica necessária à compreensão do objeto em análise. Tal condição determina-se, uma vez que, o cuidado é o campo das ações; das práticas (do trabalho vivo), mediado por instrumentos (trabalho morto – tecnologias necessárias) e dinamizado a partir das finalidades impostas pelos sujeitos em atuação. Assim, é necessário ratificar que o cuidado é um campo de ações, portanto, de práticas. Continuamente, uma aproximativa conceitual à categoria –Prática de Saúdel, a compõe enquanto processo de trabalho, formado por três elementos constituintes: objeto, instrumentos de trabalho e atividades. No âmago, a saúde, é desenvolvida a partir da natureza e especificidades desses componentes (PAIM, 2006; SCHRAIBER, 1990; MENDES-GONÇALVES, 1994).

A discussão, neste item, destacou o hospital, uma vez que é espaço social da investigação, direcionando a análise, especificamente, sobre o cuidado hospitalar, como uma organização complexa, que, pode se configurar como espaço de construção ou desconstrução

de identidades profissionais, mas também, como equipamento de saúde em processo de redefinição, inclusive: “[...] pode ser visto como uma ‘estação’ no circuito de que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita” (FEUEWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 967).¹⁰

É um organismo marcado por antagonismos e contradições na produção do cuidado. Há uma exacerbada ampliação da prática do diagnóstico ao tratamento das enfermidades em saúde, o que corrobora para a institucionalização dessas práticas e para a perda do controle dos meios de trabalho por parte dos profissionais envolvidos no cuidado. Ou seja, “[...] o trabalho médico e o trabalho em saúde geral orientam-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo um empobrecimento de sua dimensão cuidadora” (FEUEWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 966).

Com isso, o desafio da organização gerencial dessas unidades, além da recuperação da dimensão –cuidadora do cuidado, no sentido de otimizar a integralidade na atenção à saúde, superando os vieses do tecnicismo, burocraticismo e fragmentalismo das práticas,

[...] é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais de modo que eles resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade (FEUEWERKER; CECÍLIO, 2007, p. 967).

Ainda, relacionar o sucesso prático das ações com o êxito técnico, ou seja, subjetividade (humanização – dimensão ética dos atos em saúde) com técnica. À vista disso, enfatiza-se, categoricamente, “[...] a permeabilidade do técnico ao não-técnico [...]” (AYRES, 2004, p. 22).

O hospital, quanto à sua estrutura gerencial, é abarcado por duas vertentes. A primeira pautada mais na ordem administrativa; na hierarquia e na racionalidade econômica; na construção de uma estrutura colegiada, porém facultando em um trabalho profissional altamente especializado. Nesses aspectos, “[...] o hospital expressaria um tipo ideal de anarquia organizada [...]” (AZEVEDO, 2002, p. 351). A segunda vertente, localiza-se numa perspectiva mais teórica, a partir de técnicas gerenciais descentralizadas, otimizadas pelo exercício da ampla negociação e numa liderança mais distribuída. Portanto, é *mister* e urgente à gestão no âmbito das instituições hospitalares, mas também, de toda política de saúde, romper com os determinantes que engessam as práticas de saúde, tais como o burocraticismo, a divisão do trabalho, o produtivismo e a alienação do trabalhador. Mais ainda, é preciso um trabalho de mediação entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente.

¹⁰ Há de se considerar, também, como um espaço de segregação de valores e compromissos. Segundo Foucault (2014) em sua obra –O Nascimento da Clínica, o hospital é, em sua gênese, um ambiente de certas práticas assistenciais, bem como um reduto de segregação, confinamento e higienização social.

3.2 Inflexões sobre o dogmatismo humanitário e uma política de Estado: a humanização da(na) saúde à luz da crítica foucaultiana

Pode-se atribuir à humanização na(da) saúde certa dimensão político-estratégica, à medida que parte de uma perspectiva programática (Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar – 2000-2002), otimizando-se, em totalidade, como política de Estado (Política Nacional de Humanização – 2004 e Política Nacional de Atenção Hospitalar – 2013). Assim, toda a trajetória sociohistórica da humanização no campo da saúde culminou (ou culmina, dado que sua intencionalidade tende a perpetuar-se) na necessidade de reconstituir os processos e estruturas da saúde, tendo como pilares a valorização do aspecto ético-político e a instauração de uma nova cultura nas organizações, fomentando o resgate das relações subjetivas e humanas (BRASIL, 2004; 2013). Ou seja, o resgate do próprio homem.

Segundo Marques e Souza (2009) o conceito de humanização implica em tornar humano; dar condição humana; humanar; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. Na esfera da saúde, articula-se como um conjunto de ações com vista à produção do cuidado, na busca de conciliar tecnologia com promoção do acolhimento, respeito/compreensão cultural do sujeito. Os autores complementam que são nos espaços de trabalho que possibilitam um exercício ético e a satisfação de seus respectivos profissionais e sujeitos dos serviços.

No universo do sistema de saúde, pode-se então antever que, passados mais de dez anos da implementação da PNH, o debate sobre a sua organicidade e proposições, até mesmo a consolidação dessa política, são emergenciais. Não se pode discutir sobre a PNH, enquanto uma política de saúde, sem repostar-se ao próprio SUS, que, em seu alcance transversal, surge quase que exclusivamente, para re-significar o sistema de saúde, ultrapassando as práticas de gestão verticalizadas, e revisitar o cotidiano das ações e serviços, resgatando os valores humanos necessários a essas esferas, no sentido de reconstruir o ideário da cidadania na saúde, para o seu fortalecimento enquanto categoria de direito individual e coletivo, constituída como dever de Estado.

A PNH no engendramento de novas experiências no ato de prover saúde, pressupõe significativamente, o rompimento de algumas determinações casuísticas, a destacar o discurso articulado na condição de politicismo, não ponderado na teleologia de protagonizar sujeitos, forjar práticas de empoderamento, dinamizar a natureza humana dos processos relacionais, nos quais data a saúde. Nesse condicionamento, o enunciado humanizador não ultrapassa o campo das falácias, restringindo-se a estratégia de barganha, precisamente, como articulação político-partidária.

Às discussões sobre a humanização na saúde oportunizam uma crítica ao sentido redundante que lhe é posto, à medida que alguns questionamentos são propícios: porque debater sobre humanização, em um campo, hipoteticamente, subjetivo e estruturado em relações humanas, como a saúde? Ainda, como estrutura-se o homem contemporâneo, há a necessidade de se instaurar um instrumento político que reforce seu princípio basilar: ser humano; ter condição humana? Nesse tocante, tentou-se, não responder, mas instigar reflexão com a subvenção da crítica foucaultiana: onde está o homem? Quais são os passos a serem observados no movimento de mutações nas relações sociais, nesse processo de sociabilidade hodierno?

Adotou-se como prelúdio à reflexão, a afirmação emblemática: –o que ignora o homem, é a razão analítica contemporânea [...] (FOUCAUT, 1966 p. 2). Ou seja, a respeito dessa afirmação, Foucault (1966) faz uma crítica à corrente do humanismo, colocando-a como processo de morte do homem. Logo, marca-se nesta pesquisa, em conformidade com a necessidade da humanização, um tendenciamento dos pressupostos foucaultianos, quando enunciam: –[...] e se falamos de barbárie contemporânea, é na medida em que as máquinas ou certas instituições, nos aparecem como não humanas (FOUCAULT, 1966, p. 1).

Mas, como se caracteriza essa razão analítica ou barbárie contemporânea? Ao se fazer uma analogia às presunções de morte do homem, essas determinações contemporâneas deliberam-se num processo de subversão da humanização deste homem, distanciadas de práticas congraçadas em *práxis* (ou seja, ações designadas a transformar sujeitos e processos)¹¹. Assim, quando se alicerçam em condições de alienação, fetichização e coisificação do sujeito, configuram-se numa inversão dos valores humanísticos e éticos. Assim, esse processo de subversão do homem é e/ou está fincado no ideário capitalista, que centraliza e hierarquiza as atividades e minimiza os processos relacionais, em detrimento de ações que favoreçam a acumulação de capital.

Essa designação de homem leva a um reducionismo simbólico, um homem finito, que somente vive, fala e trabalha, circunstanciado pelas positividades empíricas que o determinam (FOUCAULT, 2007; DUARTE, 2006). Portanto, este sujeito conceitualmente se configura como, –[...] o local onde se entrecruzam o desconhecido e o impensado, o conhecido e o pensamento; [...] ser dotado de uma inteligibilidade capaz de aumentar sempre gradativamente, o espaço do que se pode esclarecer (DUARTE, 2006, p. 109).

¹¹ No campo conceitual, pode-se tencionar, à luz das corroborações teóricas marxista, que toda a *práxis* é –[...] uma atividade, mas nem toda atividade é uma *práxis*. [...] É, portanto, uma atividade humana que se orienta conforme a fins, e esses só existem através do homem, como produtos de sua consciencial (SÁNCHEZ VÁSQUEZ, 2011, p. 221- 223).

Assim, como discorrer sobre a humanização dos processos de saúde, de forma enviesada, como uma quimera do novo humanismo, sem situar quem e o que é esse homem contemporâneo, conjurado por essa disposição capitalista?

[...] Homem sujeito e objeto do conhecimento científico, mutação decisiva da modernidade, operacionalizada pela multiplicação das micro-tecnologias de assujeitamento do homem e da natureza, as quais culminam na biopolítica contemporânea (DUARTE, 2006, p. 113).

Determina-se, assim, o postulado aferido ao homem nesse –umbral da modernidade biológica (ORTEGA, 2004). Segundo Foucault (1966; 2007), referendado na existência de problemas nas relações do indivíduo à sociedade, da consciência à história, da *práxis* à vida, do sentido ao sem sentido, do vivo ao inerte, na qual –[...] a vida e a saúde da nação tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de _estatização do biológico_ (ORTEGA, 2004, p. 10). A este fenômeno submete-se o campo do biopolítica, uma corrente que presume o homem como uma invenção do poder¹² (CARMO, 2009), ou melhor, um ser humano como uma objetivação do saber científico, mensurado à ordem de unidade de manipulação, dado que o pensamento científico converte a opinião pela verdade e –o diálogo é substituído por uma política de autoclausura (ORTEGA, 2004, p. 13).

Esse biopoder é, portanto, um fenômeno político e científico, mas também é um problema no aspecto biológico e de poder, tencionando-se numa dimensão de coletividade, uma vez que seus efeitos poderão tornar-se pertinentes no nível das massas. É assim,

[...] um saber poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos, e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos reguladores (FOUCAULT, 1976, p. 16).

Do mesmo modo, é –[...] uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico [...] (FOUCAULT, 1976, p. 1).

Como debater sobre humanização na saúde, em meio a uma temporalidade que forja um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna¹³ (ORTEGA, 2004), e ainda, auto aniquila-se? Pode-se, então, afirmar que há uma involução à era da antropofagia? É um homem lobo de si mesmo, como já afirmou Thomas Hobbes?

Nesse espaço do biopoder, onde o corpo é palco de uma guerra deflagrada entre ciência e subjetividade, onde a própria subjetividade é uma construção, deveras, estabelecida ao protótipo de inutilidade, emergem atributos políticos-ideológicos-estratégicos, como a PNH e a PNHOSP, como consoantes à reestruturação de um sistema de saúde, optando pelo

¹² –O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar (FOUCAULT, 1976, p. 2).

¹³ –[...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos (FOUCAULT, 1976, p. 3-4).

caminho da valoração ao caráter ético e humano relacional. Todavia, onde está o homem, esfera basilar dessas nuances? É um homem findado? ¹⁴ Nesse sentido, Foucault (2007, p. 378) reitera: “[...] o ser vivo, pelo jogo e pela soberania dessa mesma forma que o mantém em descontinuidade consigo mesmo, acha-se submetido a uma relação contínua com o que o cercall. Logo, –quanto mais o homem se instala no cerne do mundo, quanto mais avança na posse na natureza, tanto mais fortemente também é açoitado pela finitude, tanto mais se aproxima de sua própria mortell (FOUCAULT, 2007, p. 356).

A propósito, dimensionar estratégias de consonância ao resgate do homem poderá ser a ação central desses dispositivos políticos. E, tal estruturação, dá-se em detrimento das realidades condicionadas por certo objetivismo científico, ao minimizar os sujeitos dos processos de saúde, aprisionando-os em uma zona de passividade ou mantendo-os, meramente como operacionalizadores de práticas. Práticas, por vezes, alicerçadas no –ranço|| da cotidianidade, marcado por rotineiramento de técnicas executadas sem reflexão, num misto de tecnicismo e repetição. O que asserta-se sobre uma –robotização|| no campo das ações e serviços de saúde. Mais uma vez, reporta-se ao dilema, onde está o homem?

A humanização na saúde, focada, principalmente, nas doutrinas expostas pela PNH, inaugura novos arranjos no âmbito das políticas de saúde quando assinala, especialmente, o propósito da transversalidade e um reordenamento do SUS. Pensar humanização na saúde remete a dois substantivos essenciais ao processo: inclusão e coletividade. Humanizar é incluir e produzir o comum em meio à diferença, à heterogeneidade dos sujeitos e suas respectivas propostas e anseios. Fomentar a inclusão na saúde, por meio dos processos e arranjos da PNH, é o mesmo que criar estratégias, forjar mecanismos e caminhos que incitem seus vários sujeitos a reconhecerem-se como produtores de suas próprias mudanças. No que refere-se à coletividade, ela dar-se-á, segundo Pasche (2009), através do método da tríplice inclusão: inclusão dos sujeitos na construção de espaços coletivos; inclusão de coletivos, redes e movimentos sociais e inclusão de analisadores sociais, já que viabiliza o agrupamento de diferentes posições não necessariamente coincidentes, mas que tenham um interesse comum.

O documento **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS** (BRASIL, 2008), apresenta como princípios da política a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia

¹⁴ “[...] o homem será pouco a pouco despojado de tudo o que pode escondê-lo a seus próprios olhos; terá exaurido todas essas possibilidades que confundem um pouco e esquivam sob as promessas do tempo sua nudez antropológicall (FOUCAULT, 2007, p. 358).

dos sujeitos e coletivos. Já Benevides e Passos (2005) complementam com a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

Pensar a Humanização a partir de tais princípios incita a refletir sobre o que essa política busca emergentemente, ou seja, a efetivação de um sistema de saúde que atenda às constantes demandas da sociedade, com a prestação de serviços alinhados à lógica da equidade, da justiça social, de acesso universal e integralizado. Logo, o que se propõe com a efetivação da Humanização é a promoção da vida, é a transformação e reconfiguração das políticas públicas de saúde, muitas vezes alinhadas à lógica mercantil, minimizadora e fragmentada. Esta transformação inicia-se no modo como os sujeitos envolvidos no processo, reconhecem-se enquanto agentes de transformação atuando em coletividade (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

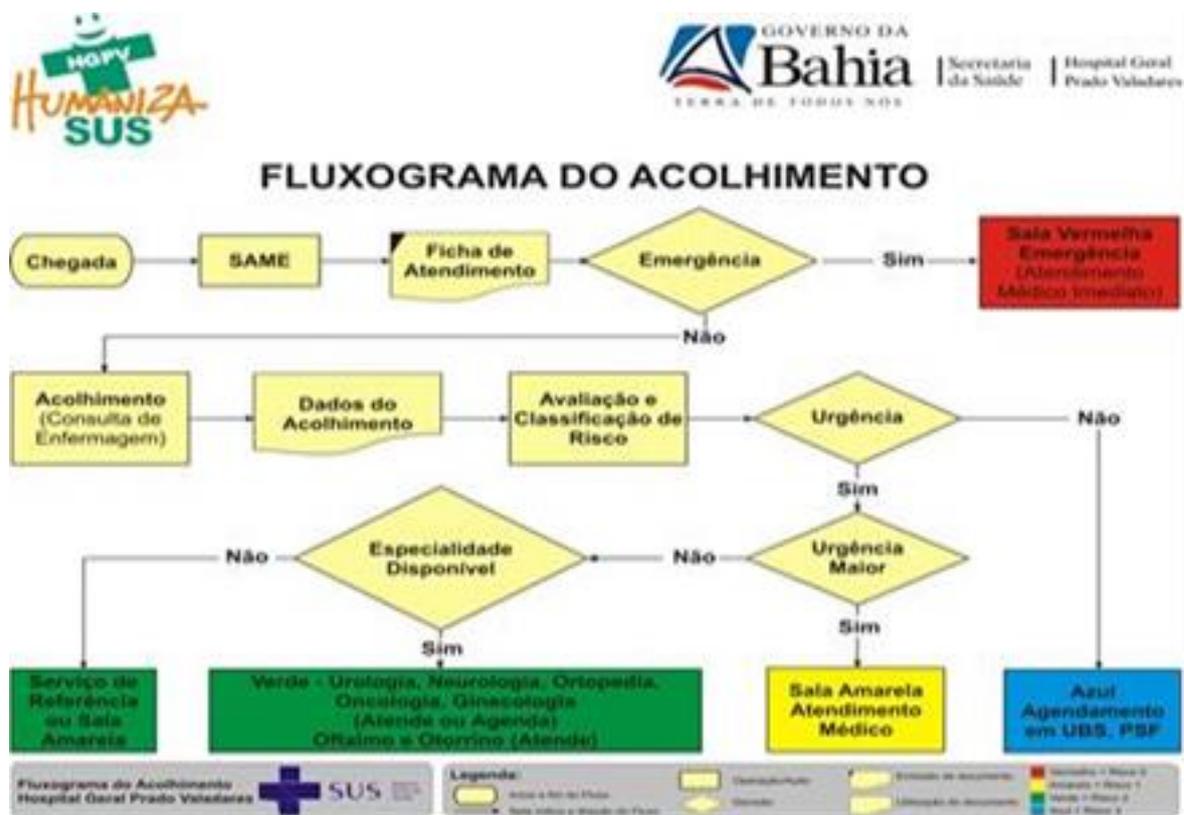
No que concerne às diretrizes operacionais, são apresentadas na PNH (BRASIL, 2008), a clínica ampliada, a cogestão (princípio e diretriz), acolhimento, ambiência, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupidades, coletivos e redes, bem como a construção da memória do SUS que funciona.

Com o estabelecimento da diretriz da clínica ampliada, propõe-se a reconstrução dos arranjos e estruturas conservadoras que permeiam interior dos ambientes de promoção e recuperação da saúde, especialmente no âmbito hospitalar. Esta diretriz presume a instauração de uma nova dinâmica de saúde em tais ambientes, sua concepção para além da ausência de doenças e, acima de questões puramente epidemiológicas, a reavaliação dos processos de trabalho com o fomento de intervenções terapêuticas, que superam a ideia de -coisificação do sujeito que está inserido no processo. Ou seja, uma ampliação na abordagem e relação entre o sujeito e a instituição de saúde, reconhecendo as potencialidades e subjetividades próprias às esferas.

Segundo Pasche (2009), essa ampliação clínica caminha no sentido de intensificar o diálogo e participação dos sujeitos nos processos da gestão e da atenção na saúde, ampliar as ofertas de gestão e cuidado, com a inclusão de alteridades, reconhecimento e reforço da ideia de personalização do cuidado e dos processos de gestão, considerando que o contexto é abarcado por interesses e desejos de diferentes sujeitos e realidades, o que pode tornar o processo dinâmico. Ou seja, os processos de trabalho, a partir desta ampliação clínica, não podem atuar a partir de -receitas prontas, fruto de práticas rotineiras, mas reconhecer a dialética do processo.

O acolhimento, –porta de entrada do sujeito nos serviços de saúde, pauta-se na responsabilização da instituição promotora da saúde e seus respectivos profissionais, quanto ao sujeito/usuário. Para tanto, sua atuação dar-se-á por uma escuta qualificada, considerando as demandas individuais de cada usuário, para que lhe seja ofertada uma atenção integral e resolutiva. O acolhimento deve zelar pelas questões estruturais e humanas, como também com o seu exercício por classificação de risco, depois de feito o processo de triagem, como de capacitação de recursos humanos aptos a humanização das relações em serviço (PASCHE, 2009). A PNH esquematiza e classifica o processo de acolhimento, nas unidades de prestação de serviços de saúde, como esboçado na Figura 1.¹⁵

FIGURA 1: Fluxograma do Acolhimento (SESAB – 2016)



FONTE: Banco de dados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

¹⁵Cf. SESAB, 2016.

De acordo com o Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2004), através da Cartilha da PNH sobre o Acolhimento, a classificação de riscos, expressa na Figura 1, dar-se-á nos seguintes níveis¹⁶:

- a) Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato;
- b) Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível;
- c) Verdes: prioridade 2 – prioridade não urgente;
- d) Azuis: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

Por conseguinte, é necessário dar enfoque à resolutividade, responsabilização e postura ética, em analogia ao acolhimento, à medida que é uma das catálises à garantia dos direitos à saúde, para a integralidade e universalização do atendimento e desverticalização dos processos de atenção e gestão. Já a postura ética pressupõe, além do compromisso e respeito às fragilidades e demandas de cada usuário, seja no sigilo de informações, como também de uma escuta acolhedora e humanizada, no sentido de superar a dinâmica tecno-burocrática posta no cotidiano dos serviços, o que pode favorecer no desconhecimento dos sujeitos, reduzindo-os a condição de objeto mercadológico, nesse contexto capitalista do mercado da saúde.

Entende-se também, que para além dos processos e serviços prestados, a estrutura física, na qual são executadas ações de produção e promoção de saúde, é o aspecto que interfere na resolutividade e eficácia dos serviços. Logo, a PNH delibera a ambiência como o dispositivo, que tem essa sensibilidade de levar à questão o espaço físico como relevante no campo saúde, o que oportuniza à necessidade de um local acolhedor, onde o sujeito sinta-se envolvido e pertencente ao direito a saúde. O dispositivo da ambiência, nesses ambientes, reforça, primeiramente, a construção de espaços de coletividade, e segundo, espaços humanizados, de escuta, de respeito às particularidades e fragilidades dos envolvidos.

O Quadro 1 apresenta os elementos e as especificações constitutivos do dispositivo ambiência. Reitera-se que tal exposição foi construída à luz das determinações contidas na Cartilha sobre a Ambiência, disponibilizada pela MS.

¹⁶ Dados coletados do material, HumanizaSUS:acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde (BRASIL, 2004).

Quadro1: Elementos e especificações da ambiência

Morfologia	Formas, dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas;
Luz	A iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e as sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição, garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que toda pessoa tem direito à noção de tempo — dia e noite, chuva ou sol — e que isto pode influenciar no seu estado de saúde;
Cheiro	Considerar os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no bem-estar das pessoas;
Som	Podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. Em outro âmbito, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e, controle, alguns ruídos;
Sinestesia	Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;
Arte	Como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;
Cor	As cores podem ser um recurso útil uma vez que nossa reação a elas é profunda e intuitiva. As cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso;
Tratamento das áreas externas	Este se faz necessário já que, além de porta de entrada, constitui-se muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de ‘estar’ de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento. Nas Unidades Básicas essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde como descreveremos mais adiante. Podem ser criadas ambiências externas multifuncionais, tanto para espera confortável quanto para diferentes práticas de convívio e interação, incluindo atividades físicas como relaxamento, alongamento (ginásticas, tai chi, etc.) tanto para trabalhadores como para usuários;
Privacidade e individualidade	A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade, refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, entre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade;
Confortabilidade	Também pressupõe possibilitar acesso dos usuários a bebedouros e às instalações sanitárias, devidamente higienizadas e adaptadas aos portadores de deficiências.

(Fonte: Cartilha sobre a Ambiência, 2008)

Por conseguinte, é mister ratificar que, compreender a Política Nacional de Humanização a partir de sua transversalidade faz enxergá-la como um mecanismo ou uma vertente orgânica do SUS. Ou seja, seu fundamento é, senão, a consolidação e fortalecimento das propostas e princípios que legitimam este sistema de saúde. Ainda, propõe uma reflexão a respeito dos direitos dos usuários da saúde e dos trabalhadores envolvidos neste processo, visto que, apesar dos visíveis avanços tecnológicos na produção e promoção da saúde, problemas como precarização e fragmentação dos processos de trabalho acarretam sérios problemas para as relações entre os profissionais e os usuários dos serviços, tais com o empobrecimento do vínculo, da confiança e da satisfação, com deterioração do serviço ofertado-consumido.

A humanização da saúde, numa vertente transversal, presume romper fronteiras, quebrar paradigmas. Seu objetivo é, senão, consolidar transformações, mudanças estruturantes e estruturadas. É proporcionar o incentivo ao diálogo; é construir a troca de saberes multilateral, com o envolvimento dos vários sujeitos, nos variados processos. É, em especial, superar e ultrapassar certa tendência de conceito-sintoma¹⁷. Mais ainda, é oportunizar, nos espaços de saúde, uma ambiência propícia à construção e reforço dos direitos sociais. É, portanto, maximizar todo aporte humanístico na conjuntura da produção de saúde.

3.3 A incorporação tecnológica em saúde: elementos à análise

Há um paradoxo quando é colocada em questão a relevância do uso de tecnologia, ou seu processo de incorporação na dinâmica dos serviços de saúde, uma vez que se entende que o uso do aparato tecnológico é importante, inclusive na rotina do cuidado. Contudo, a mesma tecnologia, por vezes, corrobora no processo de tecnicismo, o que determina práticas eminentemente desumanas e destoadas do ideário de horizontalização dos saberes e práticas em saúde. Assim, é fundamental compreender que o universo das práticas do cuidado, acompanhando a evolução do setor industrial, vem sofrendo consideráveis mudanças, dentre as quais, destaca-se a própria incorporação de tecnologias. Nesse sentido, as políticas de saúde, especificamente referentes ao SUS, são grandes colaboradoras na intensificação do ideário tecnológico, à medida que possuem certa responsabilidade na dinamização dessa incorporação tecnológica, no que se referem às compras governamentais, o financiamento do

¹⁷ O conceito-sintoma caracteriza a política como sem ação, sem movimento, sua atuação dar-se a partir, ou na, reprodução das práticas já postas. Suas práticas corroboram com a fragmentação na saúde, focadas numa vertente mercadológica da saúde, no reforço a clientelização dos serviços (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

uso de tecnologias, até mesmo o incentivo ao desenvolvimento científico-tecnológico e às inovações (SOUZA et al., 2014).

O debate sobre a incorporação tecnológica na saúde é passível de opiniões, em muito divergentes, à medida que, há um discurso que a favorece; todavia, existem conotações que a apresentam como um grande empecilho à valorização do trabalhador e da dimensão humana. Todavia, o que se visualiza é a presença de duas racionalidades dicotômicas e conflitantes: a sanitária e a econômica (SOUZA et al., 2014). A sanitária é entendida na perspectiva de incremento nos processos de promoção à saúde, concomitante ao aperfeiçoamento do próprio cuidado. Por outro lado, a econômica, relaciona-se às questões referentes aos gastos e dinamização econômico-financeira na/da saúde. Ou seja, pode ser concebida no limiar de uma ferramenta a produzir um novo modo de agir em saúde, mas também, como um dispositivo estratégico na primazia de implantar um modelo assistencial pautado na desresponsabilização e descompromisso com os sujeitos e atores sociais da saúde e suas subjetividades (MERHY, 1998).

A interposição da incorporação tecnológica no âmbito do SUS é atribuída a um emaranhado de aspectos e complexos, sejam sociais, políticos, econômicos, científicos e, evidentemente, tecnológicos (SOUZA et al., 2014). A etimologia da categoria técnica apresenta-a como, “[...] um projecto histórico-social; nele se projecta o que uma sociedade e os interesses nela dominantes pensam fazer com os homens e com as coisas” (HABERMAS, 1968, p. 47).

Então, a tecnologia é um objeto; é um resultado/constructo material e instrumental derivado de conhecimento científico e utilizado para a transformação intencional de uma realidade concreta. As tecnologias em saúde são, portanto, o conjunto de métodos e intervenções usadas — ou deveriam ser — na promoção da saúde, na prevenção, diagnósticos e tratamento a doenças e seus respectivos agravos. Para tanto, envolve um quantitativo de procedimentos, aparelhos, estruturas relacionais e processos organizacionais (VIANA et al., 2010). Ainda assim, segundo Trindade (2008), agregam representações, procedimentos e técnicas, máquinas, como também inter-relações.

Contudo, para Silva (2007), a discussão sobre tecnologia no campo da saúde, depende, substancialmente, de ponderações sobre a dimensão restritivamente econômica que lhe é atribuída, uma vez que, presume-se do conhecimento e análise de tópicos como a identificação dos níveis de oferta e demanda por serviços; a análise das combinações

adequadas de pessoal e tecnologia para garantir níveis mais elevados de eficiência¹⁸ na produção de serviços; a identificação dos níveis desejados de gasto com o setor saúde; a análise da eficiência dos mecanismos de financiamento; a compreensão das formas de combater as falhas de mercado e, por fim, as avaliações econômicas das intervenções de saúde.

O dimensionamento em torno da vertente econômica em analogia à incorporação tecnológica atende à determinação da racionalidade econômica, o que permite críticas à influência mercadológica no campo das práticas e serviços de saúde. O dilema central é quando a finalidade da tecnologia em saúde, como catalizador na efetivação das práticas do cuidado, é substituída, em detrimento das proposições mercadológicas e lucrativas, no seguimento dos bens e serviços da saúde. Nessa lógica, ganha destaque o hospital, [...] pensado progressivamente como empresa e torna-se peça central do complexo médico-industrial, atravessado por estratégias das indústrias de medicamentos e equipamentos|| (BERNARDES et al., 2007, p. 862).

Contrapondo-se à vertente econômico-mercadológica, Souza e outros (2014) atribuem, também, à tecnologia a dimensão sanitária, no sentido da promoção da saúde, como importante instrumento na qualidade e efetivação do cuidado. Ou seja, à medida que influenciam a qualidade da interação — haja vista que o processo do cuidado é marcado pela interrelação entre sujeitos¹⁹ — em situações e determinações contrapostas, mas que se harmonizam na primazia de conceber e praticar saúde. Promover e manter a vida é um componente importante nas determinações deste sistema. Assim, o grande desafio posto, principalmente, à gestão dos serviços e organizações de saúde é condicionar que as tecnologias sejam dimensionadas a atender as demandas e necessidades de saúde apresentadas, melhorando os níveis de eficácia e sendo efetivos insumos de modo a facilitar o acesso, contribuindo para promover a integralidade e a igualdade da atenção à saúde (SOUZA et al., 2014).

No cuidado, o espaço de maior atenção desta pesquisa, visualiza-se as três tipologias, atribuídas à tecnologia²⁰: dura, leve-dura e leve (MEHRY, 1998). As três dimensões postas no

¹⁸ Nesse patamar, alude-se, também, que [...] ao melhorar o diagnóstico e a qualidade dos serviços de saúde, incorpora não somente mais capital (equipamentos) como mais recursos humanos (novas profissões que possam operar e interpretar novos meios tecnológicos)|| (PIOLA; VIANNA, 1995, p. 56).

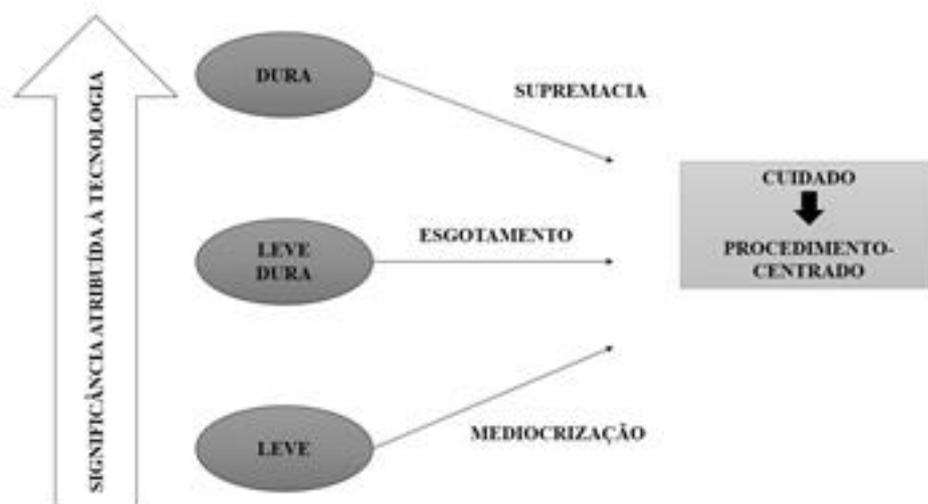
¹⁹ [...] é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir|| (MERHY, 1998, p. 4).

²⁰ As tecnologias em saúde subdividem-se em: tecnologias duras (caracterizadas pelo uso de equipamentos) as tecnologias leve-duras (próprias dos saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos) e as leves (marcadas pela constituição das relações). Ou ainda, em tecnologias hardware e software, respectivamente, as que incluem equipamentos, produtos farmacêuticos, procedimentos cirúrgicos e intervenções terapêuticas; e, as

cotidiano do cuidado (Figura 2), por vezes integram-se, como também duelam. Esse tensionamento no uso de tecnologias permite o engendramento de práticas destoantes com o propósito sanitário de promover e fazer saúde. Pode-se descrever como tecnologias leves, todo aparato relacional, que envolve os condicionantes subjetivos dos processos, ações categorizadas na dimensão usuário-centrada. Por tecnologias duras, compreende-se todo um saber-fazer, estruturado, protocolado, normalizado, ou seja, o conjunto de maquinário e equipamentos, em direção ao procedimento-centrado, já o conjunto das tecnologias leve-duras, configura o intermédio entre as tipologias leve e dura (MERHY, 1988).

Empiricamente, há um paradoxo operacional e estruturado entre a operacionalização dos três tipos de tecnologia, com mais evidência no conflito entre as leves e as duras, denominado de -mediocrização das tecnologias leves (MERHY, 1988), algo, que ainda se configura na verticalização à significância atribuída aos tipos de tecnologia. Ou seja, uma ordem de subalternização das tecnologias leves, oportunizando a quebra dos vínculos, restringindo a clínica e desqualificando a escuta e o acolhimento. Há ainda, um esgotamento dos aparatos leve-duros, ocasionando, então, uma supremacia dos atributos duros, o que faculta em práticas de cuidado balizadas em um *saber-fazer* procedimento-centrado, engendrado por certo tecnicismo e um especialismo destoante de um cuidado deveras humanizado.

FIGURA 2: Esquema da significância atribuída por Merhy às tecnologias



que são constituídas por instrumentos sociais, que utilizam tecnologias de relações como produção de vínculo, acolhimento e cuidado (SALVADOR et al, 2012).

Em detrimento a este paradigma, deve-se reforçar o que se pode conceituar de mediação entre as tecnologias. Ou melhor, a consonância de práticas de cuidado que dialoguem com o protagonismo dos vários sujeitos, que os tornem cúmplices com o saber-fazer saúde; que oportunizem a produção de espaços de acolhimento e geração de vínculos e responsabilização, determinando, assim, uma descentralização nas modalidades tecnológicas de intervenção; um rompimento com a rotina de saber-fazer saúde em caráter burocratizado, em um movimento de alienação e desresponsabilização custosa (MERHY, 1998).

Mais que isso, proporcionar que a atitude humanística sempre prevaleça sobre o tecnicismo e a exagerada neutralidade que tenta impregnar-se no campo das práticas do cuidado. Entretanto, para Cunha e Zagonel (2008), no sentido de que a dimensão humana e humanizadora do cuidado integrado ao atributo das tecnologias, sejam elas relacionais ou estruturais, depende dos sujeitos que estejam envolvidos e que, assim, determinam o processo. Igualmente, é fundamental que a intersubjetividade e as fragilidades dos sujeitos — profissionais ou usuários —, sejam reconhecidas, uma vez que este é um dos pressupostos da própria Política Nacional de Humanização (PNH). Portanto, deve-se abolir e ir de encontro ao discurso biologicista, médico-centrado e hegemônico, que atenua a desconsideração do sujeito enquanto um organismo vivo, mas um objeto manuseável (CUNHA; ZAGONEL, 2008, p. 413).

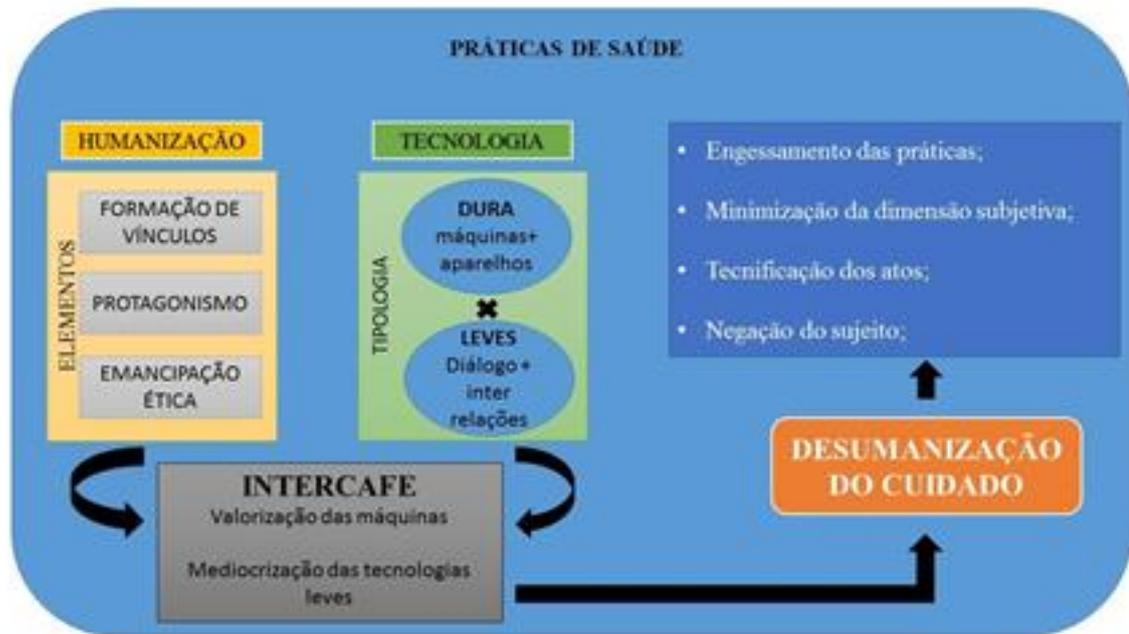
Em conformidade com os levantamentos e aproximações teóricas, alinhadas ao pressuposto desta pesquisa, construiu-se um esquema de análise, que esboçou a dimensão empírica do ato do cuidado, perpetuado pela nuance entre tecnologia e humanização, como apresentado no item subsequente.

3.4 Representação esquematizada do objeto do estudo

A dinamicidade própria à interface entre a humanização e incorporação tecnológica, no interior das rotinas e práticas do cuidado hospitalar (Figura 03), é marcada por complexidades, quer seja no quesito das interrelações, quer na relevância atribuída aos aparatos e equipamentos utilizados, como também na caracterização do manuseio. Assim, pode-se considerar a permanência de duas perspectivas. Por um lado, caracteriza-se a vertente da humanização, marcada pela formação dos vínculos, no fomento de práticas que resguardem a autonomia, conseqüentemente, o protagonismo dos sujeitos e, além disso, dimensionem fazeres e saberes calcados na emancipação ética e no reforço aos valores da vida humana. Por outro lado, configuram-se realidades marcadas pela contraposição das

tecnologias duras (maquinário e equipamentos), em detrimentos de todo processo relacional (tecnologia leves), da construção de atmosferas de diálogos, no compartilhamento dos saberes.

FIGURA 3: Esquema da interface entre a humanização e incorporação tecnológica no cuidado hospitalar



Logo, o que se caracteriza na díade entre estas perspectivas é a representação de um cotidiano de saúde constituído na valorização das máquinas e na mediocrização das tecnologias leves. Tais condições corroboram na desumanização do cuidado, na medida em que o sujeito desse processo perde sua centralidade ao passo que se determina uma supervalorização à máquina. Conseqüentemente, revelam-se, nesse cuidado, o engessamento das práticas, a minimização da dimensão subjetiva, a tecnificação dos atos e a negação do sujeito.

4 METODOLOGIA

A pesquisa social é uma categoria dialética, substanciando-se enquanto práxis, à medida que [...] investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem (CHIAZZOTTI, 2005, p. 11). Assim, deve ter como pressuposto, -transformar o mundo, criar objetos e concepções, encontrar explicações e avançar previsões [...] (CHIAZZOTTI, 2005, p. 11). Para tanto, faz-se necessário que sejam identificados os métodos à sua operacionalização. Ao conceito de método, atribui-se como um [...] conjunto de procedimentos e técnicas que são empregados de modo ordenado e sistematizado (SANTANA, 2010, p. 87). Logo, o método se concretiza nas diversas etapas ou passos que devem ser dados para solucionar um problema, ou o questionamento a que se remete uma pesquisa social. Assim, esta investigação propôs-se a partir de uma abordagem qualitativa e seus instrumentos investigativos adjacentes, traçar estratégias metodológicas que possibilitem analisar a interface entre humanização e tecnologia em espaços sociais que executam níveis terciários de assistência. Nesse tocante, estão descritos, nos tópicos a seguir, toda caracterização metodológica referente a essa investigação científica.

4.1 Tipo de abordagem

O estudo foi concernente à abordagem de pesquisa qualitativa do tipo exploratória, vista como uma das formas da Pesquisa Social que tem maior preocupação e detalhamento com os dados, para além da dimensão quantitativa. Ou seja, -um universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 34). Outrossim, a autora ainda ressalta que é uma das especificidades da pesquisa social entender e relacionar os fenômenos e os processos sociais a partir das determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Justificou-se, também, o uso da abordagem qualitativa, na necessidade de que sejam relativizados todos os determinantes e estruturas que compõe a complexidade do processo fenomênico em análise. Como também, com o propósito de destacar a oposição e complementaridade entre o mundo natural e social; entre pensamento e a base material.

Mais uma vez, enfatiza que o desenvolvimento da abordagem qualitativa, possibilita exprimir dados que abordam essa multiplicidade das estruturas relacionais do campo da saúde, aqui em especial no cenário hospitalar, como esta investigação propôs, diante da análise da interface entre a humanização e a incorporação tecnológica no cuidado hospitalar.

4.2 *Lócus* do estudo

Realizou-se a investigação em duas unidades hospitalares da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) selecionadas a partir de critérios que se adequassem ao objeto deste estudo: unidades de maior complexidade e diversidade tecnológica e administradas sobre diferentes regimes jurídico-administrativos. No que se refere aos espaços geográfico, as instituições foram distribuídas em dois diferentes Núcleos de Regionais de Saúde, especificamente, o Centro-leste, em Feira de Santana, e o Nordeste, em Alagoinhas. Portanto, foram definidos como *lócus* desta pesquisa: Hospital Geral Dantas Bião (H1), localizado em Alagoinhas (BA), sob administração indireta da Organização Social Monte Tabor²¹; e o Hospital Geral Clériston Andrade (H2), localizado em Feira de Santana (BA), sob administração direta da SESAB, escolhido, oportunamente, por estar situado no município sede da Universidade à qual este estudo está atrelado, na perspectiva, também, de contribuir com a realidade local.

4.2.1 Descrição sobre os cenários do estudo

Nesta seção estão apresentadas informações gerais sobre as unidades hospitalares, espaços de análise deste estudo. Ambas as informações foram coletadas nas bases de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). No quadro das informações estão apresentados o quantitativo de atendimentos (que possibilitará a relativização do nível de complexidade da unidade), dados sobre a composição tecnológica, equipe de colaboradores e itens referentes a identificação dos hospitais.

4.2.1.1 *Cenário do H1*

Hospital Geral Dantas Bião – Alagoinhas – BA

CNES – 2487438

Esfera e gestão administrativa – Estadual

Tipo de unidade – Hospital Geral

²¹ O H1, além de ter sido escolhido pelos motivos já mencionados, é alocado no município residência do pesquisador, reforçando o compromisso social de contribuir com a realidade local.

Natureza da organização – Adm. Indireta – Organização Social Pública

Quantitativo de profissionais do SUS – 502

Descrição dos atendimentos (todos conveniados ao SUS) – ambulatorial, internação, SADT e urgência. O fluxo da clientela para esses atendimentos é por demanda espontânea ou referenciada.

Descrição e quantitativo de leitos – ortopedia traumatologia (8), cirurgia geral (22), clínica geral (50), UTI adulto – Tipo II (10), unidade isolamento (4), pediatria clínica (20) e crônicos (2).

Equipamentos tecnológicos - equipamentos de diagnóstico por imagem - raio X de 100 A 500 MA (2), raio X mais de 500 MA (1), tomógrafo computadorizado (1), ultrassom doppler colorido (2); **equipamentos para manutenção da vida** - bomba de infusão (50), desfibrilador (6), marcapasso temporário (2), monitor de ECG (24), monitor de pressão invasivo (2), monitor de pressão não-invasivo (24), reanimador pulmonar/ambu. (15) e respirador/ventilador (15); **equipamentos por métodos gráficos** – eletrocardiógrafo (4) e eletroencefalógrafo (1); **equipamentos por métodos ópticos** – endoscópio digestivo (1); e, **outros equipamentos** - aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas (1) e equipamento para hemodiálise (1).

4.2.1.2 Cenário do H2

Hospital Geral Clériston Andrade – Feira de Santana – BA

CNES – 2799758

Esfera e gestão administrativa – Estadual

Tipo de unidade – Hospital Geral

Natureza da organização – ADMINISTRACAO DIRETA DA SAUDE (MS, SES e SMS)

Quantitativo de profissionais do SUS – 1297

Descrição dos atendimentos (todos conveniados ao SUS) – ambulatorial, internação, SADT e urgência. O fluxo da clientela para esses atendimentos é por demanda espontânea ou referenciada.

Descrição e quantitativo de leitos – ortopedia traumatologia (10), cirurgia geral (49), clínica geral (159), neurologia (8), neonatologia (6), unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (8), unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (12), UTI neonatal - tipo II (5), UTI pediátrica - tipo II (8), UTI adulto - tipo II (26), unidade de cuidados intermediários adulto (6), obstetrícia clínica (8) e obstetrícia cirúrgica (20).

Equipamentos tecnológicos – equipamentos de diagnóstico por imagem - mamógrafo com comando simples (1), processadora de filme exclusiva para mamografia (1), raio X DE 100 a 500 MA (6), tomógrafo computadorizado (1) e ultrassom ecografo (2); **equipamentos para manutenção da vida** - berço aquecido (19), desfibrilador (7), equipamento de fototerapia (5), incubadora (41), marcapasso temporário (2), monitor de ECG (25), monitor de pressão não-invasivo (4), reanimador pulmonar/ambu. (80) e respirador/ventilador (59); **equipamentos por métodos gráficos** – eletrocardiógrafo (17); **equipamentos por métodos ópticos** – endoscópio digestivo (1) e laparoscópio/vídeo (1); e, **outros equipamentos** - aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas(2), equipamento para hemodiálise (3) e forno de BIER (2).

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta investigação foram os profissionais atuantes no cuidado hospitalar, exclusivamente nos setores de Diagnóstico por Imagem, Emergência e Internamento, dado que, em tais espaços são desenvolvidos os atos do cuidado, como também, são utilizados insumos e incrementos tecnológicos, os quais podem possibilitar uma análise a respeito das nuances entre ambas estruturas. A identificação desses sujeitos foi referendada com o auxílio do organograma institucional. Da mesma forma, alinou-se aos critérios de delimitação da pesquisa, também a viabilidade à execução, especificamente no quesito temporalidade; portanto, selecionados os profissionais que se colocaram dispostos a participar da pesquisa. Assim, mediante a tais condicionantes foram entrevistados 15 profissionais, sendo dez (10) do HI e cinco (5) do H2. O quantitativo desses participantes foi determinado pelo critério de saturação dos dados, ao passo que percebeu-se repetição nas informações apresentadas pelos mesmos.

No que consiste o perfil socioeconômico dos quinze (15) participantes da pesquisa, doze (12) são do sexo feminino e três (3) do masculino; a faixa etária dos mesmos está entre 27 e 52 anos. O tempo de experiência profissional variou entre 11 meses a 16 anos de exercício, com carga horária semanal entre 18 a 40 horas. No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, nove (9) profissionais são contratados, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dois (2) são terceirizados, três (3) são efetivos e um (1) profissional é vinculado a uma cooperativa.

Assim, no quadro 2 é apresentada caracterização dos participantes, nos dois cenários da pesquisa.

QUADRO 2: Formação dos profissionais participantes

UNIDADES HOSPITALARES	SUJEITOS DA PESQUISA
H1	1 médica; 7 profissionais da Enfermagem, sendo cinco (5) técnicos e dois (2) enfermeiros; 1 nutricionista; 1 fisioterapeuta;
H2	1 assistente social; 2 técnicos em Radiologia; 2 enfermeiras;

4.4 Técnicas de coleta dos dados

A coleta de dados foi executada em dois momentos: coleta I e coleta II. A coleta de dados I foi estruturada na pesquisa bibliográfica e na documental. No seguimento bibliográfico, os dados foram construídos a partir da revisão a periódicos, livros e outras obras bibliográficas, que relacionavam-se como objeto desta pesquisa. Este procedimento técnico de coleta intitula-se como pesquisa bibliográfica exploratória; é uma [...] investigação de fonte secundária, uma vez que, as informações já foram produzidas e armazenadas (SANTANA, 2010: 89). Entende-se que essa etapa é fundamental, haja vista que embasa o pesquisador e amplia possibilidades que reforçam a construção de novos entendimentos e teorias sobre o tema proposto. Na pesquisa bibliográfica, o pesquisador deve ter uma prática sistemática com o objeto e a realidade pesquisada, ponderar-se, estabelecendo um diálogo crítico-reflexivo entre teoria e objeto de investigação, reconhecer que o conhecimento sobre a realidade pesquisada não é eterno, ou seja, varia de acordo com os determinantes e os condicionantes históricos que imbricam com a realidade (DESLANDES, 2005).

Identificou-se como descritores-prévios: humanização da saúde; incorporação tecnológica; cuidado; e práticas em saúde. Os mesmos foram validados na base DeCS. Posterior à validação dos descritores, estes foram configurados nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A segunda disposição da coleta I evidenciou-se na pesquisa documental, proferida a partir de um levantamento aos Regimentos Internos das unidades hospitalares, como também, numa análise nas bases legais, que debruçam-se sobre o objeto de investigação, em destaque: Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHOSP) e Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.

É importante salientar que as pesquisas bibliográfica e documental foram executadas durante todo o percurso da pesquisa, desde o processo de construção do objeto de análise ao momento da análise do conteúdo empírico.

O segundo momento, **coleta de dados II**, refere-se à pesquisa empírica, esta [...] é uma etapa que materializa o método [...] pode ser considerada a alma, [...] ou o ponto central da investigação [...] (SANTANA, 2010, p. 98). Nesta etapa foram construídos os dados primários desta pesquisa. Os dados primários foram coletados entre os meses de setembro a novembro do ano de 2015, a partir da aplicação de roteiros semiestruturados de entrevista e da observação sistemática. Subsequente, justifica-se e destaca-se a importância de ambas as técnicas à construção desta pesquisa.

A entrevista semiestruturada (Apêndice A) é aquela que –combina perguntas fechadas (ou estruturadas) ou abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas [...] (SANTANA, 2010, p. 105). Este tipo de entrevista otimiza o entrevistador a forjar uma conversa amistosa com o entrevistado, ou seja sem os protocolos e estreitamentos de uma entrevista fechada (SANTANA, 2010). Este roteiro de entrevista foi constituído das questões norteadoras referentes ao objetivo da pesquisa. Ressalta-se, ainda, que o conteúdo da entrevista foi registrado em equipamento de gravação de áudio, através de consentimento prévio do entrevistado e assinatura do TCLE.

Os roteiros de entrevistas, em sua maioria, foram aplicados nos próprios hospitais, no horários de trabalho, já que muitos participantes não aceitavam agendar em outro horário e local. Somente uma entrevista foi feita em horário agendado em outro espaço. Tal situação, possibilita a configuração de alguns vieses, ao passo que os hospitais não possuíam um lugar reservado para execução das entrevistas, a maioria dos profissionais manifestavam o desejo de celeridade na coleta, dado a demanda excessiva de trabalho que os esperava.

A segunda técnica de coleta dos dados primários desta pesquisa foi a observação sistemática (Apêndice B), visto que [...] para que a observação seja tomada como um instrumento de investigação científica, deve ser controlada e sistemática, antecedida de um planejamento [...] (SANTANA, 2010, p. 109). Esta técnica seguiu um roteiro, que teve

como finalidade orientar o observador, quanto às categorias e fenômenos que são relevantes ao estudo.

Por fim, os dados empíricos, adjacentes da aplicação da entrevista e da observação, foram registrados no diário de campo, para que fossem descritos os comportamentos, ações, atitudes, os sentidos; para que fossem caracterizados os sujeitos ou atores sociais, envolvidos na pesquisa, em situações concretas; para que fosse descrita a estrutura, o *locus* da pesquisa; as atividades e os diálogos (SANTANA, 2010).

4.5 Método de análise dos dados

O método de análise para os dados empíricos foi a análise de conteúdo, concebido por Bardin (1979) e –revisitado por Triviños (1987) e Minayo (1992, 2009). Tal método tem por finalidade estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (GOMES, 1994; MINAYO, 1992; 2009). Ou seja, –encontrar respostas para as questões formuladas e [...] confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (GOMES, 1994, p. 97).

Os dados foram analisados a partir de uma ordem de execuções (GOMES, 1994). Primeiramente os mesmos ordenados, através da transcrição. Posterior a transcrição e leitura exaustiva, foram classificados, proferindo a identificação dos núcleos de sentido e a construção de categorias de análise. Por fim, estes mesmos foram analisados, articulando-os aos fundamentos teóricos, fazendo uma conexão entre teoria e prática. Contudo, o autor chama a atenção, aludindo que, mesmo após a análise final, o dado qualitativo nunca está totalmente pronto, deve ser considerado de forma provisória e aproximativa, visto que a realidade empírica sempre está em movimento, decorrentes dos inumeráveis determinantes e condicionantes sociais.

Utilizou-se, também, como dispositivo à análise a sistematização das entrevistas no Quadro de Análise (Quadro 3), o que possibilitou relacionar as questões semi-estruturadas com os objetivos da investigação (confirmar se as mesmas respondem as finalidades da pesquisa), identificar categorias analíticas, denominadas, similarmente, como categorias matrizes. Elas corresponderam aos núcleos do sentido, ou categorias finais de análise, subsequente à transcrição e debruçamento sobre os dados coletados.

Coerção das práticas de saúde e o cuidado humanizado								
A gestão institucional e sua relação com um cuidado humanizado – autonomia, responsabilização.								
						SÍNTESE	SÍNTESE	SÍNTESE
BLOCO IV – DADOS REFERENTES À ESTRUTURA TECNOLÓGICA DA UNIDADE								
Itens tecnológicos presentes nessa unidade.								
Relevância dos itens tecnológicos à saúde dos sujeitos usuários.								
Percepção sobre a incorporação dos aparelhos tecnológicos no cotidiano das práticas.								
						SÍNTESE	SÍNTESE	SÍNTESE

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo atendeu as conformações e padrões da ética. Foi submetido ao Comitê de Ética da Secretária Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Destaca-se, também, que para a coleta dos dados empíricos, os participantes foram esclarecidos, previamente, sobre a finalidade da pesquisa e, após acordarem sobre sua participação, assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, sob parecer de número 864.183, datado em 10/11/2014.²² Destaca-se, então, que não houve, veementemente, exposição de risco aos participantes da pesquisa, ao passo que as indagações ou situações evidenciadas não recordaram fatos desagradáveis ou causaram constrangimentos. Logo, ratifica-se que a pesquisa traz impactos positivos ao limiar do cuidado hospitalar, otimizando à desburocratização das práticas e condicionando a necessidade de processos de trabalho humanizados/humanizantes.

²² Conferir nos Anexos o Parecer Consubstanciado do CEP – UEFS e a Declaração de Anuência da SESAB.

5 RESULTADOS

Nesta seção estão dispostos os resultados da análise sobre o material empírico, com apresentação de dois artigos intitulados, **As arestas no (des)encontro entre tecnologia e humanização na saúde: a realidade de dois hospitais do estado da Bahia** (artigo 01), e **Sentidos atribuídos à humanização na saúde: a voz dos trabalhadores de dois hospitais públicos da Bahia** (artigo 02).

No primeiro artigo são feitas análises a respeito da interface entre a humanização e a tecnologia no cuidado hospitalar, composta por duas subcategorias: -Tecnologia humaniza o cuidado e -Tecnologia desumaniza o cuidado. Desse modo, apresentam-se na exposição os desdobramentos advindos da dicotomia própria à tecnologia, no que tange à humanização.

No segundo artigo, debate-se sobre os sentidos atribuídos à humanização na saúde. Com isso, são configuradas três subcategorias empíricas, -a humanização como conforto, -a humanização como _colocar-se no lugar do outro e -a humanização como construção do dia a dia. Destarte, as discussões apresentadas no material refletem sobre a polissemia atribuída à humanização na saúde, reforçando a necessidade de sua concretização como motriz à instauração de novas práticas e como mecanismo de concretização aos princípios do próprio SUS.

5.1 Artigo 01

ARESTAS NO (DES)ENCONTRO ENTRE TECNOLOGIA E HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: a realidade de dois hospitais do estado da Bahia

Marcos Vinícius Santos Silva

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Esta exposição tem como objetivo analisar as determinações provenientes da relação entre a tecnologia e a humanização na saúde. Esta pesquisa deu-se entre os meses de setembro a novembro do ano de 2015, tendo como *locus* dois equipamentos hospitalares dispostos em municípios do interior da Bahia. A escolha dessas unidades atendeu aos critérios de proximidade com a universidade de fomento do estudo, fluxo de atendimento e dimensão tecnológica presente. Esta investigação caracteriza-se a partir de abordagem qualitativa, haja vista que se debruça sobre dados, para além da dimensão quantitativa, mas um universo que aborda sentidos e significados atribuídos às categorias em análise. Nomeadamente, foram aplicados 15 roteiros de entrevistas semiestruturados aos profissionais de ambas as unidades. Concomitante à aplicação das entrevistas, executou-se a técnica da observação não participante. Com isso, foram identificados dois núcleos de sentido: -Tecnologia humaniza o cuidado e -Tecnologia desumaniza o cuidado. Tal interposição reforça o caráter dúbio empregado no uso da tecnologia. Respectivamente, pode-se notar que a tecnologia é, realmente, um fator favorecedor à rotina do fazer saúde, à proporção que aprimora o cuidado, apresenta novas possibilidades terapêuticas, traz celeridade aos procedimentos e precisão diagnóstica. Ao mesmo passo que, também, dimensiona-se como elemento que tecnifica e engessa as práticas, minorando o caráter subjetivo. Assim, há a necessidade que as práticas sejam revisitadas, repensadas como possibilidades de promoção à saúde, como *práxis*, instrumentos de transformação.

Palavras-chave: Tecnologia em saúde. Humanização. Práticas de saúde. Unidades hospitalares.

ABSTRACT

This exhibition aims to analyze the provisions arising from the relationship between technology and humanization in health. This research took place between the months of September and November 2015, having as *locus* two hospital equipments arranged in the interior of Bahia municipalities. The choice of these units met the criteria of proximity with the funding of the university study, demand flow and this technological dimension. This research is characterized as a qualitative approach, considering that looks to data beyond the size quantifier, but a universe dated the senses and meanings assigned to categories of analysis. In particular, they applied 15 scripts of semi-structured interviews with professionals

from both units. Concomitant with the application of interviews, it performed the technique of non-participant observation. Thus, we identified two meaning cores: –Technology humanizes carell and – Technology dehumanized carell. Such interposition reinforces the dubiousness employed in the use of technology. Respectively, it may be noted that the technology is really a factor favoring the routine to health, the proportion that enhances care, presents new therapeutic possibilities, brings speed to the procedures, diagnostic accuracy, but also brings in the reception possibilities humanizing. At the same step that also scales as element tecnifies and paralyzes practices, reducing the subjective character. Thus, it is necessary that health practices are revisited, rethought as health promotion possibilities, as praxis, processing assets.

Keywords: Health Technology; humanization; health practices; hospitals.

INTRODUÇÃO

Muito já se discutiu sobre a centralidade do hospital no âmbito da inovação em saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012). Inovação esta que não se restringe ao campo prático do cuidado, na prestação da assistência; mas, que se multidetermina, perpassando, também, pelos níveis da gestão e do planejamento. Contudo, há de se destacar que é no espaço prático do ato do cuidar, que há uma maciça incorporação de tecnologia; em virtude, substancialmente, de uma maior exigência no aperfeiçoamento de equipamentos eletromédicos ou médico-hospitalares, o que gera visíveis desdobramentos aos hospitais, principalmente, no investimento de tecnologias mais caras e sofisticadas (AMORIM et al., 2015).

Esse processo de tecnologização — como se pode chamar essa tendência contemporânea de intensa incorporação de tecnologia nos espaços e serviços da saúde — não está limitado às instituições privadas. Ademais, é primaz enfatizar o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS) no financiamento de tecnologias, seja nos equipamentos de saúde públicos e/ou privados, sendo responsável pela compra desses insumos e pelo desenvolvimento tecnocientífico, pesquisas e inovação (SOUZA *et al*, 2014).

Estudos recentes apontam que grande parte do aporte tecnológico está alocada no nível terciário de atenção à saúde, haja vista a densidade de aparelhos e estruturas sofisticadas, seja no âmbito dos exames de diagnóstico por imagem, nas bases estruturais, até mesmo, nos sistemas de informatização.²³ Contudo, ratifica-se que, a presença de tais segmentos, não pressupõe sua utilização. Ou seja, esse aperfeiçoamento tecnológico desenfreado nem sempre

²³SOUZA e colaboradores (2014) e AMORIM e colaboradores (2015).

é pré-requisito, ou condição, à concretização ao acesso e à integralidade do atendimento em saúde.

Amiúde, é preciso, então, que se compreenda tecnologia em saúde numa multilateralidade, seja por seus aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e, por fim, tecnológicos. Outrossim, compreender a tecnologia, à vista desses vários determinantes e em meio a rotina prática do cuidado, exige um debate aprofundado e reflexivo sobre as nuances próprias desse espaço. O cuidado em saúde, para além de um espaço terapêutico, pode e deve ser dinamizado como uma zona de encontros, logo, um *lócus* político. À vista disso, é importante apontar que, nesse âmbito, defrontam-se sujeitos, técnicas e estruturas. Desta maneira, é válido indicar seu conceito, como universo das relações. Discorrer, portanto, sobre essas manifestações do/no ato do cuidado, categorizadas no dia a dia do fazer/construir saúde, é de extrema relevância. Mais ainda, propor um indicativo de reflexão, em meio às variantes do (*des*) encontro entre tecnologia e humanização, exige um esforço crítico-analítico notório.

Como já mencionado, o cuidado é o espaço dos encontros. Nesse campo, assim sendo, sujeitos deparam-se a partir de teleologias, eminentemente, complexas e diferenciadas; isto é, por um lado, há o sujeito da ação, o detentor do saber/fazer, que tenciona sua prática ao cuidado do outro, mediando, assim, sua técnica e as estruturas disponíveis na execução de um ato terapêutico; por outro, o sujeito paciente a este saber/fazer (SOUZA et al, 2014). Nesse contexto, é válido que algumas questões sejam levantadas: –quais os desdobramentos da tecnologia para os sujeitos de sua interação, seja o agente e/ou o paciente a sua ação?||; –qual a compreensão de tecnologia apontada por esses sujeitos?||; e, –quais os indicativos da relação entre tecnologia e humanização na saúde?||.

De sobremaneira, aponta-se como um indicativo conceitual de humanização na saúde, uma corrente que dinamiza ações concretas, convergentes ao ideal de valorização da dimensão humana, a partir de um reforço político-ideológico ao próprio SUS, à medida que seus princípios e diretrizes são correspondentes, a destacar a universalidade do acesso, a integralidade no atendimento e a participação social (BRASIL, 2004). Logo, pensar sobre humanização na saúde à vista das intempéries que se dão e que caracterizam o cotidiano do cuidado, nomeadamente nos espaços hospitalares, em meio às determinações dos atributos tecnológicos, indica um exercício analítico, alavancado no entendimento de como se posiciona o sujeito em virtude dessas facetas.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar as relações entre a tecnologia e a humanização na saúde, a partir da realidade empírica de hospitais na Bahia.

METODOLOGIA

“[...] o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas”
(MINAYO, 2015, p. 12)

A construção de uma pesquisa científica requisita certo rigor. Está condicionada aos sujeitos que a dinamizam, ao espaço, ao tempo e às estruturas que a compõe. Assim, não se curva um esforço metodológico, sem ater-se a esses fatores. Do mesmo modo, há um eminente compromisso social no processo de construção e elaboração de pesquisas, ao passo que se intenta fornecer sentidos aos problemas carecidos no cotidiano de uma sociedade. Do mesmo modo, esta exploração teórica, versa sobre fatos acometidos no cotidiano de equipamentos hospitalares de relevância no estado da Bahia, convergindo-se em apontar estratégias e mecanismos de enfrentamento aos dilemas manifestos na rotina do cuidado hospitalar.

Trata-se de uma pesquisa crítico-analítica, sobre a relação entre a tecnologia e a humanização no cuidado hospitalar, sob abordagem qualitativa, uma vez que se apropria dos signos, sentidos e significados atribuídos à questão em destaque. Para tanto, foi realizada coleta empírica em hospitais públicos do estado, vinculados à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, sob diferentes regimes jurídico-administrativos. Os equipamentos hospitalares, *lócus* do estudo, estão geograficamente dispostos nos municípios de Alagoinhas e Feira de Santana. A escolha dos espaços atendeu aos seguintes critérios: unidades dispostas em municípios distintos, de amplo fluxo de atendimento, com forte presença de insumos tecnológicos e que estivessem localizadas próximas à universidade na qual a pesquisa está vinculada. No que concerne, foram elencados os hospitais abaixo²⁴:

- a) **H1** – unidade hospitalar geral de médio porte, situada no Núcleo Regional de Saúde Nordeste – Alagoinhas, especificamente, no município de Alagoinhas (BA). Atualmente, segundo estimativas apresentadas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de (CNES), consta com um quantitativo de 502 (quinhentos e dois) profissionais. A unidade é administrada sob o regime jurídico-administrativo indireto;
- b) **H2** – equipamento hospitalar geral de grande porte, disposto no município de Feira de Santana (BA), no Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana. Conta

²⁴ Os equipamentos hospitalares receberam essa codificação em resguardo ao anonimato, em atento às exigências da ética em pesquisa.

com um quadro de 1.297 (mil duzentos e noventa e sete) colaboradores, segundo informações do CNES. Sua natureza de organização é de administração direta da saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde).

Os participantes desta investigação foram os profissionais atuantes no cuidado hospitalar em setores de maior densidade tecnológica tais como Diagnóstico por Imagem, Emergência e Internamento e a identificação desses sujeitos se deu com o auxílio do organograma institucional. Os sujeitos foram elencados sob a condicionalidade da viabilidade à execução das entrevistas, especificamente nos quesitos disponibilidade e adesão. Portanto, foram entrevistados 15 profissionais, sendo dez (10) do H1 e cinco (5) do H2. O quantitativo desses participantes foi determinado pelo critério de saturação dos dados, ao passo que se foi percebendo repetição nas informações apresentadas pelos mesmos. Corresponderam aos sujeitos de pesquisa, quinze profissionais, reforçando a multidisciplinaridade na abordagem, à medida que não se limitou ao contexto da Enfermagem, mas estendeu-se ao segmento da Nutrição, da Radiologia, do Serviço Social, da Fisioterapia e da Medicina.

No que consiste ao perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa, doze (12) eram do sexo feminino e três (3) do masculino; as idades variaram entre 27 e 52 anos e o tempo de experiência profissional entre 11 meses a 16 anos de exercício, com carga horária semanal entre 18 a 40 horas. No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, nove (9) profissionais tinham contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, dois (2) eram terceirizados, três (3) efetivos e um (1) profissional vinculado a uma cooperativa.

No Quadro 1 é apresentada a distribuições dos participantes nos dois cenários da pesquisa:

QUADRO 1: Distribuição de sujeitos da pesquisa por função e hospital

Hospital	Sujeitos da Pesquisa	N
H1	Médico	1
	Enfermeiro	2
	Técnico de Enfermagem	5
	Nutricionista	1
	Fisioterapeuta	1
H2	Assistente social	1
	Técnicos em Radiologia	2
	Enfermeiro	2

Os dados foram coletados a partir da aplicação de roteiros semiestruturados de entrevistas, abordando questões referentes à rotina do cuidado, aos desdobramentos da tecnologia e da humanização nesse contexto e às determinações provenientes da relação entre tecnologia e humanização em saúde. Simultaneamente, aplicou-se a técnica de observação não participante.

O material empírico foi reunido entre os meses de setembro a novembro de 2015. Os textos das entrevistas foram analisados em seu sentido manifesto. O método escolhido foi de análise de conteúdo, revisado por Minayo (2015) tem por finalidade, estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Após leitura exaustiva dos textos, dois núcleos de sentido foram trabalhados: 1) Tecnologia humaniza o cuidado; e, 2) Tecnologia desumaniza o cuidado. Contudo, antecedente à análise desses núcleos fez-se necessário também apresentar alguns dos sentidos conceituais aferidos à tecnologia em saúde. Nesse propósito, tornaram-se explícitas as disposições, por vezes antagônicas, que cotidianizam-se nos redutos das práticas e serviços de saúde; demasiadamente, a respeito das finalidades atribuídas pelos sujeitos.

Portanto, espera-se que esse estudo, que é original, visto que não são identificados outros que explorem em uma abordagem qualitativa às interfaces entre saúde e tecnologia nos espaços hospitalares, aponte lacunas e forneça diretivas concretas que incitem os agentes da saúde a revisitar suas práticas, à proporção que sejam valoradas enquanto *práxis*, de modo a atender às exigências éticas e políticas do respeito às subjetividades, à própria dimensão do ser homem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De maneira geral, considera-se o termo tecnologia, como uma ramificação da palavra técnica, que por ventura origina-se do grego *techné*. À luz de Novaes (1996, p. 25), “[...] é um modo de fazer, novo em relação ao ‘fazer natural’”. Neste mesmo seguimento, pode-se, portanto, discorrer compreendendo-a como um conjunto de regras à instauração de qualquer atividade exclusivamente humana (ABBAGNANO, 2012, p. 1106). Excetuando-se a política, a ética e a teoria, todas as práticas são técnicas a serviço, em geral, de um ofício e trazem embutidas um conhecimento; um saber fazer (CHAUÍ, 2002).

Percebe-se, assim, que não há um paradoxo epistêmico nas determinações derivadas na analogia entre tecnologia e humanização, basta ver que, conceitualmente, existe uma dimensão de complementaridade. Contudo, no campo prático, alguns vieses permeiam essa similitude.

Com isso, qualquer esforço analítico que envolva as categorias humanização e tecnologia, principalmente na eminência do cuidado — ato cotidiano — deve atentar para o caráter polissêmico de ambas. No campo da humanização, esquematizam-se alguns direcionamentos, relacionando-a ao estabelecimento de boas práticas ou à reformulação da qualidade democrática do SUS, a partir da concretização do ideal da garantia do direito do acesso à saúde. No quadro da tecnologia, as discussões a seu respeito enveredam, significativamente, a partir das intencionalidades que lhes são impostas pelos seus sujeitos demandantes.

Assim, são propostas, nas aproximações seguintes, algumas discussões a respeito da analogia entre a humanização e tecnologia, levando em consideração as arestas conceituais provenientes desse processo de tecnologização, a partir da ótica dos sujeitos que compuseram esta pesquisa.

Tecnologia em saúde: uma aproximação conceitual

*Tecnologia pra mim são recursos, né?
Que se utilizam como forma de tentar viabilizar
uma melhoria da assistência a ser dada pro paciente [...]*
(ENT. 11)

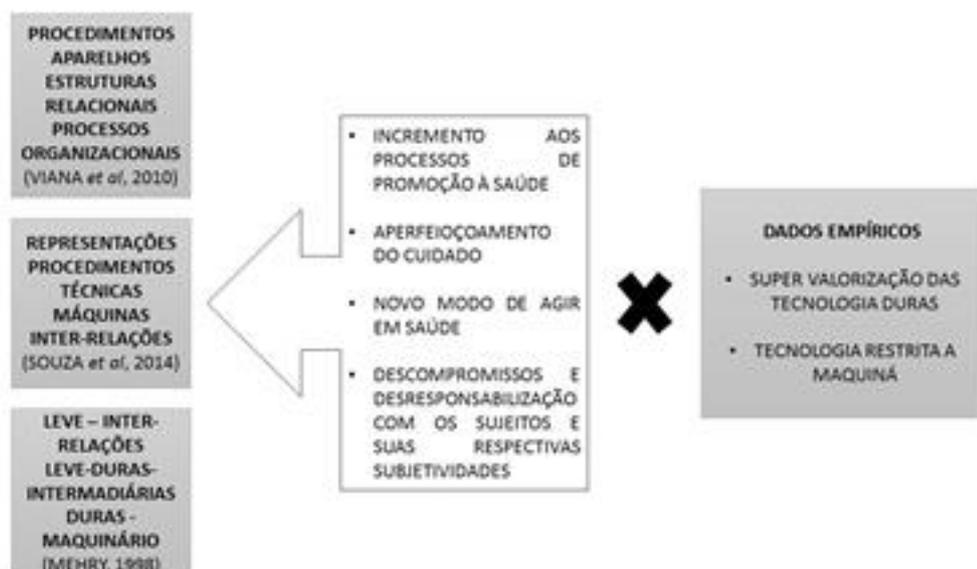
Em sentido geral, esta exposição corrobora com o estudo de Saraiva (2014), quando aponta que o avanço técnico-científico, na sociedade contemporânea têm crescido em larga escala, com desdobramentos nos mais variados aspectos, seja na economia, na cultura, na política, conseqüentemente na saúde também. De tal maneira, enveredando pelos limiares das políticas, serviços e práticas de saúde, indigita-se que, essa tendência agudizada no usufruto dos aparatos tecnológicos, acompanha os níveis de exigência das equipes de saúde, especialmente o corpo médico, e, consubstancialmente, as determinações das empresas e laboratórios de insumos bio-eleto-médicos (VIANA; SILVA, 2010).

Nesse aspecto, há de se questionar: o que é tecnologia? Restringe-se ao contingente dos aparelhos e máquinas? Os contatos relacionais não podem ser potencializados como dispositivos tecnológicos? No que concerne de forma generalizada, sugere-se uma

aproximativa conceitual para tecnologia, como um atributo eminentemente humano, produto do trabalho do homem; no limiar da saúde, é designada à produção e manutenção da vida, prevenção, controle e cura sobre doenças e seus agravos; mas também, como um potencializador das estruturas relacionais, tendo no acolhimento sua catálise²⁵.

Tal conceito, portanto, converge com as ideias apresentadas por Viana e colaboradores (2010) e Souza e colaboradores (2014), em conjunto com o documento ministerial **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para gestão do SUS** (BRASIL, 2009), quando indicam que a extensão das tecnologias ultrapassa as fronteiras da aparelhagem, permeando os estreitos dos procedimentos (que sejam assistenciais, gerenciais e/ou planejadores), a dinâmica organizacional, o campo das inter-relações. A tecnologia é, por conseguinte, um meio indutor ao aperfeiçoamento do cuidado, à configuração de um novo modo de agir e fazer em saúde. Contudo, a depender do seu dimensionamento, acarreta, também, em processos de trabalho descompromissados e desresponsabilizados com os sujeitos e suas subjetividades, já que os profissionais, imbuídos de certa supremacia à técnica, não forjam e/ou favorecem a constituição de uma atmosfera respaldada na construção e manutenção do vínculo. Tal condição está apresentada no esboço a seguir:

FIGURA 1: Esboço conceitual sobre tecnologia em saúde



²⁵ -O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (SEOANE; FORTES, 2014, p. 1414).

Como ilustrado, o material empírico apresenta que há uma dicotomia nos sentidos apresentados ao conceito da categoria tecnologia em saúde. Delimitadamente, existe uma irreal compreensão sobre sua caracterização, à medida que está limitada ao universo dos procedimentos e bases estruturais. Ou seja, há um refreamento no concreto entendimento sobre a tecnologia, à proporção que somente relaciona-a a máquina.

Segundo Marx (1976), máquinas e instrumentos são resultados do trabalho, considerados, portanto, como trabalho morto. Os produtos mais elaborados passam por longas cadeias de fabricação tendo neles incorporados conhecimentos sobre o objeto e as técnicas de produção, adicionando valores a cada hora, tempo neles investidos. Os equipamentos –tecnológicos|| possuem maior densidade nesse sentido, pois acumulam trabalho morto que será utilizado em novos processos vivos de trabalho que vão requerer um conhecimento de natureza bem diferente. Mais que isso, subordinam-se a uma teia de mecanismos de intermediação mercadológica que exorbitam seus preços. Entretanto, apenas uma pequena parte do conhecimento acumulado nas máquinas e instrumentos fará conexão, na forma de saber operante, com o conhecimento requerido às práticas clínicas, cirúrgicas e de prevenção.

As discussões sobre o uso de tecnologia em saúde, em sua maioria, comungam com sua classificação em dura, leve dura e leve. Respectivamente, correspondem a todo o quadro de aparelhagens e estruturas, com destaque os aparelhos de diagnóstico por imagem; ainda, é um saber organizado, mediado por protocolos e procedimentos; e, é todo movimento prático respaldado no acolhimento, na responsabilização, no empoderamento. Cotidianamente, percebe-se, portanto, um redimensionamento nas bases operacionais das tecnologias leves, ao passo que são subalternizadas às duras; consentindo, isso posto, com uma prática desarticulada, a-reflexiva, tecnicizada, procedimento-centrada (MERHY, 1998).

E ainda, um superdimensionamento do trabalho morto, em detrimento do trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2003). Nesse aspecto, esses autores destacam que o campo do cuidado, espaço imbuído de técnica e inter-relações, é marcado, no âmago dos processos de trabalho ali desenvolvidos, pela instância do trabalho morto (instrumental) e do trabalho vivo em ato. No esboço prático, ambos devem dinamizar-se em caráter de complementaridade. Quando tensionados de forma contrária, dicotômica, alguns vieses são passíveis de serem identificados, a exemplo, a supervalorização da máquina, desvalorização dos contatos relacionais e da formação dos vínculos.

Tecnologia humaniza o cuidado

A tecnologia, utilizada no interior das práticas e serviços de saúde, deve estar a serviço da promoção e manutenção da vida. Nesse contingente, é fundamental elucidar os vários benefícios do/no seu uso, no reduto das instituições de saúde, em destaque os equipamentos hospitalares. Assim, é elemento de fomento às pesquisas e inovação em saúde, favorece na redução dos erros atribuídos à administração de medicamentos e outros insumos, impacta na inovação no campo das práticas profissionais, oportuniza um melhor direcionamento na rotina do cuidado, presteza, segurança e facilidade diagnóstica e celeridade no diagnóstico de enfermidades e agravantes e na consequente intervenção (SALVADOR et al, 2012). Nesse aspecto, alguns discursos provenientes da pesquisa empírica, convergem com essas assertivas, à proporção que identificam:

Tecnologia em saúde pra mim eu vejo que seria um avanço e uma grande melhoria, né. Pra dar ao serviço de saúde agilidade, ter imagens mais precisas, mais diagnósticos. Os diagnósticos serem confirmados mais rápidos. Que a tecnologia é um avanço. O avanço tecnológico hoje no mundo que nós vivemos, no século XXI, é muito importante e ajuda, ajuda e muito. (ENT. 14).

[...] eu avalio assim importante né, porque a gente pode salvar uma vida, né? Porque se o paciente tiver ali, tiver com uma hipoglicemia e a gente não tem um certo cuidado, a gente num pegar o material pra ver se tá a mesmo, ou ver que tá alguma coisa errada, o cliente não vai saber, entendeu? (ENT. 02)

[...] a tecnologia é um avanço indispensável para uma sobrevida melhor, pra um diagnóstico mais preciso, né? E hoje em dia do jeito que... todo dia uma doença nova, é um segredo que se descobre, então eu acho que a tecnologia tem ajudado muito nesse sentido sim. (ENT. 03).

O grau de relevância atribuído à tecnologia transparece nos qualificativos atribuídos: agilidade e precisão nos diagnósticos e terapêuticas. Se esses atributos melhoram as condições de saúde dos enfermos, logo seriam pró-humanos. A ideia de -avanço, descobertas de novos usos para novos problemas, trazem uma crença estabelecida na ciência como algo que esteja, por si só, a serviço do homem.

No prisma da humanização, levando em conta os desdobramentos do e ao sujeito, os dados provenientes da coleta determinam a tecnologia como fator que a sustenta. Tal informação está condicionada nos discursos de que a tecnologia traz conforto, auxilia a prática do profissional e favorece a assistência. Na oportunidade, evidencia-se, portanto, que no interior das práticas, alavancadas no trabalho vivo, há uma sinergia entre tecnologia e humanização, a partir da construção das estruturas relacionais entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços, contato este valorado na primazia de intervir nos problemas ali

apresentados, mas também fazer com que o sujeito seja o protagonista do seu processo saúde-doença (SALVADOR et al, 2012).

[...] chega um paciente hipertenso, um exemplo, né? ou diabético, que seja! E aí a gente observa que ele é um **paciente teimoso**, arredo. Aí eu gosto muito de chegar de manhã, na minha visita, que eu vou fazer, aí eu vejo o diagnóstico, diabético né? Aí eu começo, eu converso: por que veio? **O que foi que aconteceu?** Se ele tiver lúcido e orientado ele mesmo vai me responder: ‘eu **extrapolei na dieta**’. Vamos que ele me diga isso, aí geralmente eu gosto de dizer pra ele aquilo que **não pode**, que ele tem que se cuidar, tem que fazer uma dieta, que é pro bem dele essas coisas. Eu gosto muito de conversar com os pacientes. (ENT. 03).

Nesse quadro, não há como não discorrer sobre a notoriedade atribuída à tecnologia, especialmente, o diálogo, como ferramenta crucial na promoção da saúde, a partir do reconhecimento às subjetividades dos sujeitos, na concretização de um acolhimento humanizado, na prática de escutas qualificadas. No caso da ENT.03, a demonstração de interesse pelos eventos, que geraram o ingresso hospitalar, servem de aproximação e abertura para o próximo ponto desenvolvido, que é o pedagógico. Existe certa ambivalência nesse formato –humanizado‖ de cuidado, na medida em que a orientação sobre hábitos e condutas saudáveis implicam, subliminarmente, em uma culpabilização do doente: ele está ali porque não seguiu a dieta, não tomou a medicação, porque fez coisas que –não pode‖.

De qualquer maneira, a construção de uma atmosfera comunicativa, no âmago do cuidado, é de extrema relevância à consolidação de práticas que fomentem a alteridade, que estejam comprometidas com responsabilização, com o fortalecimento dos vínculos e a emancipação e autonomia dos variados sujeitos. Tal determinação é primaz, ao passo que forja uma nova direção no cotidiano dos serviços e equipamentos de saúde, pois o usuário –[...] adquire a capacidade de questionar e criticar as práticas profissionais [...], deixa de assumir uma posição passiva e passa a interferir diretamente com os processos aos quais é submetido [...]‖ (QUEIROZ; BARBOSA, 2003, p. 05).

Assim, uma interconexão entre as várias ramificações da tecnologia é a estratégia de enfretamento a essa rotina marcada pelo conflito entre humanização e tecnologia em saúde. Ou seja, dimensionar que para além das bases tecnológicas mais estruturadas, fincadas nos procedimentos e artefatos, há o lugar das tecnologias relacionais, alicerçadas no conhecimento, no diálogo partilhado, na horizontalização dos saberes, e construídas na analogia entre o trabalho morto e o trabalho vivo em ato, respectivamente, técnica e processo de trabalho (MERHY, FRANCO, 2003).

Entretanto, a centralidade da tecnologia não é sempre evidente, principalmente quando os instrumentais se mostram limitados em suas funções, defasados, ou escassos. As falas expressam essa minimização da importância da tecnologia na prática.

De tecnologia tem os monitores, né? Aparece a frequência cardíaca dos pacientes, a pressão, a respiração. [...] Temos também o termômetro digital, mas tem o termômetro axilar no monitor também, né? [...] **Tem muita tecnologia não, viu?** Tem esses computadores, mas pra gente não ajuda em nada, a gente só usa pra tirar dúvida de alguma medicação. (ENT. 7)

[...] a gente tem um programa que faz com que a gente acesse a ficha do paciente. **Quando a gente não encontra no prontuário**, onde a gente ali, supostamente, teríamos o nome de responsável e contato telefônico. (ENT. 13)

[...] a **tecnologia mais avançada nós não temos**, e na verdade era pra ser um aparelho de raios-x digital, nós não temos, a revelação era pra ser digital, não era pra ser mais químico, né? Se usa ainda. Na rede pública e estadual não vejo nenhum aparelho digital. (ENT. 14)

Sobre os aparatos tecnológicos, um dos sujeitos da pesquisa aponta que o que está disponível ainda é pouco.

Eles são fundamentais, né? Não existe como você trabalhar numa UTI sem o recurso mínimo, né? Mas assim, pra a gente dá uma assistência de qualidade, a gente precisaria de mais coisas. [...] (ENT. 06)

A precariedade e a insuficiência de insumos ao trabalho marcam o cotidiano de instituições prestadoras de serviços em saúde, desde o nível primário ao nível terciário de complexidade. Os discursos dos profissionais de saúde, participantes dessa pesquisa, ratificam essa problemática estrutural. A necessidade, a precisão, –de mais coisas|| é a ilustração de uma ineficiência estruturada no sistema de saúde.

Tecnologia desumaniza o cuidado

Há que se destacar que o problema da desumanização é algo posto e estrutural, no contexto contemporâneo, dado por certo ideal hodierno, fincado na –figura do excesso e da deformação notadamente ao que se refere ao _eu‘|| (RIOS, 2009, p. 254). Ou seja, um processo que rompe com estruturas coletivas, tonificando uma cultura egoísta. Este estudo converge com ideias apresentadas por Castro Filho (2012), quando incita que o processo da desumanização, dado no campo da saúde, é reflexo do que está dinamizado na sociedade, dado que valores e princípios como a ética, a coletividade e o respeito, bases das relações humanas, estão subvertidos. Ao ratificar o universo do cuidado em saúde, com destaque ao âmago hospitalar, como circunscrito na relação profissional e usuário, ressalta-se a relevância em apontar que a construção e/ou manutenção dos mais variados diâmetros relacionais entre esses sujeitos é imprescindível ao processo de cura, seja pelo contato, pela empatia, ou escuta qualificada.

Pensar o dilema da desumanização nos espaços hospitalares, à vista que essas instituições, em atento à lógica e estratégia da medicina moderna, tem assumido a característica como lugar de sofrimento, seja por intensificação de ações clínicas manipulatórias, invasivas, seja pelo aumento da produção de atos, instrumentais e materiais cujo controle dos efeitos se encontra bastante distante da experiência mundana dos sujeitos envolvidos. Procedimentos estes impetrados através do não reconhecimento das subjetividades eminentes no campo das práticas, precariedade dos/nos processos comunicacionais (em virtude, do engessamento nos diálogos, ou até mesmo, ausência dos mesmos); logo, descaso pelos aspectos humanísticos (RIOS, 2009).

O material empírico ratifica, portanto, que o problema da desumanização é realidade nas instituições de saúde, mediado intensivamente pela tecnologia, como sinalizou o ENT.12 ao afirmar que “[...] a tecnologia ela de certa forma acaba afastando o profissional da possibilidade de humanização da assistência [...]”.

Nesse sentido, a dimensão da desumanização a partir da incorporação de tecnologias ou do seu uso, reflete-se como substancial dilema ético. Ou seja, pretende-se pressupor que, à proporção que é dada certa notoriedade ao aparato tecnológico e, de modo consequente, se minora ações como o diálogo e a construção de relações e vínculos, rompe-se o princípio basilar do ato do cuidado, que é o resguardo do humano, a manutenção da vida; haja vista que, o princípio da ética, é um princípio filosófico e de vida. Diante desse exposto, esse estudo corrobora com Rios (2009, p. 255), ao passo que denota que

[...] o agir ético se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissionais de saúde, tem o dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, modo de ser e pensar e agir no sentido do bem.

Assim sendo, a ética é um valor, um instrumento, contra a desumanização.

O processo de tecnologiação da saúde é o motriz, nessa atual configuração, no limiar das práticas. Isso exposto, vale apontar que as transformações tecnológicas recorrentes, assumiram certo grau de importância nos serviços e instituições de saúde, maiormente nos equipamentos hospitalares, apresentando repercussões não só no complexo produtivo, mas exigindo a mudança de arranjos organizacionais, novas relações de trabalho, infringindo-se nas qualificações profissionais e relações interpessoais (BARRA et al., 2006). Dentre as mudanças no espaço do fazer profissional, há que se destacar um tecnicismo exacerbado, que faculta em práticas procedimentalistas, que não convergem com um ideal humanizador, valorado no empoderamento, no reforço às subjetividades.

[...] alguns profissionais ainda não têm essa percepção, essa visão da humanização, né? São pessoas que acham que, trabalhar com saúde é simplesmente fazer o exame [...]. (ENT. 11)

Favorecer a humanização, eu não vejo, não. Talvez otimizasse mais os serviços. Talvez, nos desse uma gama de diversificar em algum quesito que a gente precisasse desse meio tecnológico. Mas, não consigo ver agora algo diretamente da humanização da saúde [...]. (ENT. 08)

A relevância atribuída ao uso de tecnologia em saúde não é algo estático, isolado, está correlacionada às questões de ordem política, econômica e social (BARRA et al, 2006). Tal condição reflete, expressivamente, em práticas tecnicistas, culminando na inversão dos valores, em um valor excessivo dado às máquinas e, por conseguinte, uma despreocupação com o sujeito da ação, o ser humano. Nesse seguimento, percebe-se, portanto, que os sujeitos, seja o agente ou o paciente a ação, reduzem-se, respectivamente, a objeto e recipiente de determinações ou cuidados.

Por outro lado, a condição de sobrevalorização dos objetos de auxílio à prática que possuem esse referido caráter denso foi bem explícita nos dados aqui analisados e corrobora com o que Merhy (1998) deduz de mediocrização das tecnologias leves.

[...] a tecnologia de certa forma ela acaba afastando, porque o que eu vejo é que os profissionais não querem nem mais tocar nos pacientes, o paciente fala, ‘tô com uma dor abdominal’ [...], ele já manda fazer o raio-x, se o raio-x não evidenciar nada, ele pega e manda fazer uma tomografia, se a tomografia simples não identificar nada, ele manda fazer uma com contraste, entendeu? E assim vai, e muitas vezes não examina o paciente, a não ser que seja uma queixa muito específica pra [...] realmente tocar no paciente. (ENT. 12).

O cuidado deve ser o espaço no qual o ser humano é focado como princípio, protagonista de toda ação (CUNHA; ZAGONEL, 2008). A subversão desse paradigma valida a subalternização das tecnologias leves, em detrimento das tecnologias duras e do homem à tecnologia, pois o sujeito (peça constituinte no patamar da sociabilidade, presente no ato do cuidado) deixa de ser valorado como organismo vivo, colocado na condição de unidade manuseável, perdendo sua subjetividade

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões referentes ao processo de incorporação tecnológica em saúde estruturam-se em um movimento paradoxal, haja vista que podem ser mensuradas positiva ou negativamente, como um reduto de possibilidade, mas também de incertezas (NAVARRO et al., 2014). Contudo, essa condição de dubiedade não é subsídio para que lhe seja atribuído seu grau de relevância. Tal paradigma é ordenado na forma como essa tecnologia é utilizada. É importante entender que a tecnologia é um elemento eminente humano; fruto do trabalho do

homem e orientada (ou deveria ser), exclusivamente, para a manutenção e promoção da ordem da vida.

Nesse aspecto, é indiscutível que os aparatos tecnológicos, em qualquer dimensão, são elementos importantes na dinâmica do fazer/promover saúde, seja através do contingente de aparelhos e técnicas, seja no resguardo às nuances das subjetividades, também, intrínsecas a esse processo. Nesses aspectos o hospital assume papel importante, de um lado por assumir condição angular no quadro da inovação, por outro é plataforma técnica e biofarmacológica, enquanto complexo provedor de serviços e centro na dinâmica do sistema de saúde (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Assim, discutir sobre a relação entre tecnologia e humanização, no campo do cuidado em saúde, requisita um revisitar sobre as práticas, seja a partir das determinações exógenas e/ou endógenas, e também, de como ambas são valoradas. Notadamente, a saúde é um universo do imediato, com destaque para o hospital, dado que as determinações, o trabalho em si, postula um equacionamento que exige respostas subitâneas, ao passo que, cotidianamente, trabalha-se com o risco eminente de vidas, com sua a manutenção e promoção. A questão central que emerge das reflexões aqui postadas é: como direcionar esta prática imediata, alinhada ao uso da tecnologia, a favor da manutenção de uma vida, sem minorar o princípio medular desse processo, a ética, a dimensão humana?

O caminho de intervenção a esse dilema está calcado em rompimentos. Romper com a essa cultura instalada nos redutos das instituições de saúde, com destaque para os equipamentos hospitalares que supradimensionam as técnicas duras e frias; protéticas e distantes, em detrimento das inter-relações, promovendo arestas de difícil contorno. A constituição de uma atmosfera comunicativa no campo da saúde é basilar a qualquer ato terapêutico, dado que favorece a horizontalização dos saberes, o reconhecimento e o respeito à integralidade subjetiva do outro.

REFERÊNCIAS

ABBAGNAMO, N. **Dicionário de Filosofia**. 6 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2012.

AMORIM, A. S.; PINTO JUNIOR, V. L.; SHIMIZU, H. E. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, v. 105, p. 350-362, 2015.

BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 46, p. 68-75, 2012.

BARRA, D. C. C.; et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **In Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 8(3), p. 422-430, 2006.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=292740&VUni=05. Acessado em março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: ferramentas para gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2004.

CASTRO FILHO, I. O humanismo e a tecnologia: um conflito do curso médico? **Rev. Médica de Minas Gerais**. Montes Claros, v. 22(4), p. 421-424, 2012.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. In: **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 21(3), p. 412-419, 2008.

MARX, K. **Capital**. Volume One. London: Penguin Books, 1976.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003.

MINAYO, M C. S. O desafio da pesquisa social. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: VOZES, 2015.

NAVARRO, M. B. M. A. Inovação Tecnológica e as questões reflexivas do campo da biossegurança. **Rev. Estudos Avançados**. São Paulo, v. 28 (80), p. 223-234, 2014.

NOVAES, R. L. Sobre a técnica. **Hist. Ciênc. Saúde**. Rio de Janeiro. 1996.

QUEIROZ, A. C. S.; BARBOSA, A. P. Racionalidade e incorporação de tecnologia em saúde: a experiência de um hospital de alta complexidade em São Paulo. **In RAE – Eletrônica**. São Paulo, v. 2(1), 2003.

RIOS, I. C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, v. 33, n. 2, p.253-261, 2009.

SOUZA, L.E.P.F. et al. Infraestrutura Tecnológica do SUS: Rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e Inovação. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Avaliando a difusão de tecnologias médicas no sistema de saúde privado no Brasil: o caso da tomografia por emissão de pósitrons (PET). **In Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v.10, p.187-200, 2010.

5.2 Artigo 02

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: a voz dos trabalhadores de dois hospitais públicos da Bahia

Marcos Vinícius Santos Silva

Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

A polissemia atribuída à humanização na saúde a direciona a vários sentidos analíticos, restritivamente pode ser vista como possibilidade de boas práticas, alinhada ao diâmetro dos bons tratos e da cordialidade; discurso este, apontado, recorrentemente, pelo senso comum. Contudo, seu entendimento não se restringe a essa dimensão, pode ser pensada também, como uma estratégia político-ideológica que propõe, exclusivamente, uma reconfiguração do Sistema Único de Saúde – SUS, ao passo que seus princípios e diretrizes sejam concretizados. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo dialogar sobre alguns sentidos apresentados à humanização na saúde. Sendo assim, é fruto de uma pesquisa qualitativa, tendo como *locus* dois equipamentos hospitalares públicos, de referência, dispostos em dois municípios do interior do estado da Bahia. Na oportunidade, foram aplicados roteiros de entrevistas a quinze profissionais, abordando questões referente a concepção da humanização, a dinamização da humanização no campo das práticas em saúde e a interface entre a humanização e a tecnologia em saúde. Concomitante a execução da pesquisa empírica, realizou-se, também, a técnica da observação não participante. Após essa coleta, todo material foi explorado sob o método de análise de conteúdo. Com isso, três núcleos de sentido foram construídos, a humanização como conforto, humanização como colocar-se no lugar do outro e a humanização como construção do dia a dia. Portanto, as discussões apresentadas neste material apontam diretrizes que convergem com a necessidade de que a humanização seja repensada como construção diária nas instituições e serviços de saúde, no resgate de valores como a autonomia, o protagonismo e o princípio ético da vida.

Palavras-chave: Humanização na saúde. Equipamento Hospitalar. Práticas de Saúde. Sujeitos.

ABSTRACT

Polysemy attributed to humanization of health directs various analytical way, restrictively can be seen as possibilities of good practice, aligned to the diameter of good treatment and friendliness; this speech, pointed out, repeatedly, by common sense. However, their understanding is not restricted to this dimension. Therefore, it can be thought of as a political-ideological strategy that proposes only a reconfiguration of the Unified Health System – SUS

(UHS), while its principles and guidelines are met. Thus, this study aims to dialogue on the meaning given to the humanization of health. Although, the result of a qualitative research, with the locus two public hospital equipments, reference, arranged in two cities in the state of Bahia. On that occasion, interview scripts were applied to fifteen professionals, addressing issues concerning the design of humanization, the dynamics of humanization in the field of health practices and the interface between humanization and health technology. Concomitantly, the execution of empirical research was conducted also the technique of non-participant observation. After the empirical collection, all material was explored under the method of content analysis. With this, three units of meaning were built, humanization as comfort, humanization put itself in another's place and humanization as construction day to day. Therefore, the discussions presented in this material, point to policies that converge with the need for humanization is rethought as daily construction in institutions and health services, to rescue the values such as autonomy, the role and the ethical principle of life.

Keywords: Humanization in health care. Hospital Equipment. Health practices. Subjects.

INTRODUÇÃO

As discussões em torno da humanização na saúde têm se tornado recorrentes, seja por suas imbricações no campo político, seja como elemento propositivo ao universo das práticas. Nomeadamente, fazer um reporte à humanização, em sua dimensão generalizada, a traduz como um movimento que resgata todos os valores e princípios humanos, por vezes esquecidos, precipuamente, em tempos de subversão aos fundamentos da ética (RIOS, 2009). De forma ampliada, atribui-se ao termo humanizar o sentido de tornar humano, humanar, adquirir hábitos polidos, ou seja, o conjunto de presunções que, em sua eminência, (re)qualifiquem o sentido do homem (MARQUES; SOUZA, 2009).

Os ideais da humanização são adjacentes da corrente humanista. O humanismo é um movimento filosófico que toma como fundamento a natureza humana, ou seja, os limites, princípios e interesses do homem. Esse movimento tem inspirações renascentistas, ao passo que apresenta abordagens inerentes ao reconhecimento da totalidade do homem, da sua historicidade. Igualmente, pode ser compreendido como uma tendência filosófica que se atém às possibilidades e, também, às limitações desse homem, enquanto unidade em transformação (ABBAGNAMO, 2012).

Apontar um conceito unívoco à humanização é uma tarefa improvável, à vista de seu caráter polissêmico, heterogêneo, ao passo que vários sentidos lhe são atribuídos, sejam os indicativos apresentados pelo senso comum, até mesmo as assertivas epistêmicas, pilares à

construção das bases legais que, hoje, regulamentam a humanização na saúde para além de um ideal/uma proposta, e a tornam uma política pública (GOMES et al, 2008).

Assim, pode-se conceituar a humanização no campo da saúde como um movimento cotidiano promovido à medida que se pensa, executa e se promove saúde, a partir de direcionamentos que proponham metamorfoses estruturais e significativas nos redutos das instituições e serviços. Metamorfoses que podem ocorrer através de uma mudança qualitativa na assistência prestada, ao passo que se valorize sua qualidade, associada ao reconhecimento dos direitos dos sujeitos ali constituintes, seja o profissional ou o usuário dos serviços; implica, portanto, na instauração de uma atmosfera calcada na valorização profissional e no diálogo intra e interequipes (DESLANDES, 2004).

Pensar a humanização, inserida na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita dimensioná-la como elemento reordenador do próprio sistema. Tal proposta, regulamentada na Política Nacional de Humanização — PNH (2004) e na Política Nacional de Atenção Hospitalar — PNHOSP (2013), rememora, expressivamente, o conjunto dos princípios e diretrizes do SUS, respectivamente, a universalidade no acesso, a integralidade da atenção, a equidade no atendimento e a participação e controle social; e, a valorização do trabalhador, o reforço à autonomia, como também, a democratização da gestão, através da cogestão (BRASIL, 1988; 1990; 2004; 2011).

Nesse sentido, é imperioso elucidar que a PNH apresenta caráter transversal, perpassando muitas políticas e programas que compõem o sistema de saúde. O SUS traz um significativo conjunto de princípios, diretrizes e proposições, relevantes ao movimento de redemocratização da saúde. Ainda, ultrapassa o caráter da mendicância para transformá-lo em direito. Todavia, problemas estruturais ainda são carecidos nas unidades onde são executadas suas ações, fatos que elencam a dicotomia entre o que é proposto e o que se está em exercício. Daí a necessidade de uma política com uma dimensão de transversalidade ao SUS, que atue no reforço e consolidação das propostas e perspectivas deste sistema. Portanto, a humanização na saúde surge nesse contexto de dualidade e/ou ambiguidade do SUS, no qual “[...] há um SUS que dá certo e há problemas e contradições que precisam ser enfrentados” (PASCHE, 2009, p 167).

Logo, a elaboração desse estudo emerge do entendimento da humanização na saúde como uma política, uma estratégica, instrumento de mobilização social e institucional, que visa instaurar uma nova dinâmica na esfera da saúde, pautada na qualificação dos serviços e na efetivação de novas práticas, ancoradas na indissociabilidade entre gestão e atenção. Práticas essas que buscam maior implicação e responsabilização de todos os agentes

envolvidos no processo de produção da saúde, na superação do ideal mercadológico que quantifica e unifica o sujeito/doença.

Portanto, esta exposição objetiva em dialogar sobre alguns sentidos apresentados à humanização na saúde, a partir dos dados apresentados por profissionais atuantes em unidades hospitalares, dispostas em dois municípios do estado da Bahia.

METODOLOGIA

Esta investigação possui abordagem qualitativa de pesquisa e propõe uma análise em cima dos signos e sentidos atribuídos à categoria humanização na saúde. Nesse intento, buscase, também, um entendimento sobre o significado das relações e interpretações sobre esse fenômeno social, sem distanciar-se de uma percepção sobre a realidade (BACKES et al., 2012).

A pesquisa empírica foi executada entre os meses de setembro a novembro de 2016. Foram escolhidos dois equipamentos hospitalares públicos como cenários da pesquisa, ambos alocados nos municípios de Alagoinhas (C1) e Feira de Santana (C2):

- a) C1: Unidade hospitalar geral de médio porte, vinculada ao Núcleo Regional de Saúde Nordeste-Alagoinhas, situada no município de Alagoinhas (BA). Atualmente, segundo estimativas apresentadas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), consta com um quantitativo de 502 (quinhentos e dois) profissionais. A unidade é administrada sob o regime jurídico-administrativo indireto. Oferta um leque de serviços e atendimentos referente ao setor ambulatorial, internação e urgência, todos exclusivamente conveniados ao SUS. O fluxo de usuários para esse atendimento é por demanda espontânea ou referenciada;
- b) C2: Equipamento hospitalar geral de grande porte, disposto no município de Feira de Santana – BA, vinculado ao Núcleo Regional de Saúde Centro Leste-Feira de Santana. Conta com um quadro de 1297 (mil duzentos e noventa e sete) colaboradores, segundo informações do CNES. Sua natureza de organização é de administração direta da saúde pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde. Dispõe de serviços e atendimentos referentes ao nível ambulatorial, a internação e urgência. A inserção dos usuários, nesta unidade, é por demanda espontânea ou referenciada.

No tocante, registra-se que as unidades foram definidas atendendo aos critérios de amplo fluxo de atendimentos, maciça incorporação de tecnologia, regidas sob diferentes regimes jurídico-administrativos e proximidade à universidade de fomento da investigação.

Os sujeitos da pesquisa foram quinze (15) trabalhadores da saúde, componentes de equipes multiprofissionais, sendo dez (10) do C1 e cinco (05) do C2. Descritivamente, um (1) médico, um (1) nutricionista, um (1) da fisioterapeuta, quatro (4) enfermeiros, sendo cinco (5) técnicos de enfermagem; dois (2) técnicos em Radiologia, um (1) Assistente Social. A escolha deu-se de forma aleatória, atendendo a dois critérios: pertencer aos setores de Diagnóstico por Imagem, Emergência e Internamento, que possuem, reconhecidamente, maior densidade tecnológica; ter disponibilidade e interesse de participar da pesquisa.

As entrevistas foram efetuadas com auxílio de gravador digital e roteiro semiestruturado. Este roteiro era composto de interpelações que abordavam questões sobre a rotina de trabalho, conceito de humanização na saúde, a construção da humanização na rotina do cuidado, as imbricações da gestão institucional no seguimento de práticas humanizadas/humanizadoras e outros quesitos análogos ao processo de incorporação tecnológica face à humanização do cuidado em saúde. Ratifica-se que o quantitativo de entrevistas atendeu ao critério da saturação dos dados. Coincidente a esse processo, executou-se a técnica da observação não participante.

No segundo momento, foram analisados os textos gerados pelas entrevistas não apenas quanto ao sentido explícito do seu conteúdo, mas na relação com as categorias pré-definidas para a análise, sob o método de análise de conteúdo. Esse método tem por finalidade, segundo Minayo (2015), estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sentidos atribuídos à humanização na saúde apontam, intrinsecamente, seu traço polissêmico. Nesse sentido, a humanização pode ser entendida como boas práticas, como uma política de Estado (através dos dispositivos legais que a regulamenta), mas também como um novo projeto que inaugura uma nova ética, reforçada nos limiares da linguagem e da ação comunicativa (DESLANDES, 2004). É importante mencionar ainda, que essas variadas possibilidades conceituais e manifestações ideológicas, fazem da humanização um campo de

inovações e de inerentes possibilidades, seja no contexto teórico, no sentido da produção de novos conhecimentos, ou na esfera das práticas, com novas proposições (RIOS, 2009).

Dentre essas várias óticas, esse estudo converge com Rios (2009) quando esta apresenta que a humanização, também, pode ser compreendida como: princípio de conduta de base humanista e ética, ao passo que direciona todo esforço à valorização da dimensão do homem e suas diversas determinações; movimento contra a violência institucional na área da saúde, haja vista que propõe um novo significado às práticas, apontando a empatia e o diálogo como elementos potencializadores; política pública para a atenção e gestão do SUS, através da implementação da PNH e a da PNHOSP; metodologia auxiliar para a gestão participativa, apontando para a cogestão como diretiva motriz, através da indissociabilidade entre atenção e gestão; e, tecnologia do cuidado na assistência à saúde, alinhando o acolhimento como item tecnológico emancipador, a partir de escutas qualificadas e da desverticalização do diálogo.

Assim, à luz dos dados apresentados na coleta empírica, três núcleos de sentido foram levantados: 1. -Humanização como conforto||; 2. -Humanização como _colocar-se no lugar do outro‘|| e 3.|| Humanização como construção do dia a dia||. A humanização quando vista como mecanismo que gera conforto, está análoga ao quesito ambiência. Nesse âmbito, pode ser tencionada quando oportuniza estruturas, sejam relacionais e/ou físicas que gerem bem estar aos sujeitos, ou quando favorece ao âmbito das práticas; nesse curso, o quesito estrutura tem extrema relevância. Quando é atribuído à humanização como -colocar-se no lugar do outroll aflora, portanto, o sentido empático do sujeito, o princípio da solidariedade. E, por fim, idealizou-se, do mesmo modo, a humanização como uma construção diária; ou seja, pensar a humanização como uma possibilidade cotidiana, dado que seu propósito é o resgate de toda dimensão do humano. Desta maneira, esses núcleos de sentido serão posteriormente destrinchados.

Humanização como conforto

Como algo peculiar ao ser humano a humanização não é vivenciada de forma estática, seus desdobramentos são passíveis a inúmeras interfaces, a destacar os elementos infraestruturais. Nesse quadro, fazer uma analogia a sua dinâmica a partir de componentes como os equipamentos de saúde, com destaque unidades hospitalares, requer algumas reflexões. A princípio, é relevante inquirir: de que forma o arcabouço físico de uma instituição interfere na dimensão da humanização? Ou ainda, como equipamentos, utensílios e aparelhos constroem, ou possibilitam a construção, de uma atmosfera humanizada?

No tocante, alguns apontamentos sobre a humanização, a partir dos registros empíricos, são cruciais a esse debate.

Não existe paciente estar aqui em maca, operar e voltar. Por que a gente fez essa regra? Exatamente **pra não perder essa parte humana da pessoa**. (ENT. 01)

Acomodar um paciente operado em um leito e não em uma maca, de fato, é o mínimo que se pode esperar de uma organização hospitalar, embora muitas vezes, nem esse mínimo aconteça quando há uma superlotação. A regra, nesse caso, estabelece o limite do que é e não é aceitável.

Nessa perspectiva, evoca-se, portanto, que a ambiência é um princípio primordial, no âmbito das práticas que constroem e dinamizam o campo saúde, à proporção que o espaço físico deve ser considerado como “[...] espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanall (BRASIL, 2008, p. 5). Assim, esse espaço deve possibilitar o conforto, a produção de subjetividades, a partir dos encontros entre os vários sujeitos que cotidianizam as ações e, por fim, ser uma ferramenta, um elemento, que facilita o trabalho.

Pensar o conforto, à vista de ações humanizadas, não está intrínseco, unicamente, ao suporte físico. Mas, fazer menção a esse ponto, em meio ao conceito de ambiência, pressupõe resgatar vínculos no conjunto do processo de produção de saúde, possibilitando espaços, no quais usuários e trabalhadores não se desprendam dos seus mundos e de suas referências nos espaços de cuidado e atenção à saúde (BRASIL, 2008). O conforto deve ser um mecanismo que precisa ser considerado para que não se perca a dimensão humana dos sujeitos e práticas de saúde. É o limite que, ultrapassado, desumaniza.

O aspecto do conforto, no âmbito da humanização, postula na utilização de componentes do ambiente que interagem com as pessoas, em especial, a cor, a luz, as texturas, os sons e os cheiros. Isso posto, é mister conceber ambiências confortáveis e acolhedoras, à medida que favoreçam a individualidade e a subjetividade dos usuários do serviço e trabalhadores que usam os espaços. Todavia, a ambiência isoladamente não altera o contingente das práticas, mas pode ser usada como uma catálise que contribua para as mudanças. Assim, o espaço deve ser compreendido como universo de encontro entre os sujeitos, tendo no método da inclusão, uma ferramenta potencializadora. Essa inclusão dá-se, a partir da criação de espaços coletivos para discussão e decisão sobre as intervenções no espaço físico dos serviços de saúde.

Fomentar a inclusão na saúde, por meio dos processos e arranjos da humanização, é o mesmo que criar estratégias, forjar mecanismos e caminhos que incitem seus vários sujeitos a

reconhecer-se como produtores de suas próprias mudanças. Ou seja, humanizar a saúde através da inclusão é empoderar seus atores, fazendo com que os mesmos sintam-se sujeitos pertencentes ao processo sociopolítico e institucional, no que condiz, em destaque, às tomadas de decisão e avaliação dos/nos serviços de saúde.

A inversão desse indicativo é possibilidade de instauração de ambientes e, conseqüentemente, práticas, em sua eminência, desumanizados. Nesse aspecto, o hospital é destaque, por ser um espaço, no qual as práticas são promovidas em meio a um maior uso de técnicas e tecnologias, quando comparado com outros equipamentos de saúde. Nesse aspecto, o princípio da ética é fundamental a sua organização, ao passo que inclui fatores como estrutura, estratégia, direcionamento, sujeitos, procedimentos, conceitos; ou seja, uma gama de perspectivas que compõem a cultura dessa organização (ANUNCIACÃO; ZOBOLI, 2008).

Com isso, compreender a ética como o móvel, meio de orientação à conduta humana (ABBAGNAMO, 2012); ou seja, princípio, no qual se sobressaem os valores da humanização, é imprescindível na lógica do cuidado hospitalar. Todavia, à proporção que o princípio da ética é invertido, se tem como consequência o problema estrutural da desumanização. Isso posto, pode-se afirmar, portanto, que o hospital é um espaço marcado pela manifestação dessa problemática de maneira recorrente. Nesse ínterim, os dados apontados na pesquisa empírica incitam que o hospital:

[...] é um ambiente muito **hostil**, pelo fato de a gente não ter um direcionamento adequado de profissionais, né? (ENT. 12)

[...] é um **lugar de muito adoecimento** dos profissionais, [...] é uma sobrecarga muito grande e isso de certa forma acaba adoecendo o profissional. (ENT. 12)

[...] é uma configuração onde você isola muito o profissional dos pacientes. Então, o profissional ele não tem... É uma, é uma estrutura física que limita a sua proximidade com o paciente, né? Tem **barreiras**, barreiras físicas, entendeu? E que, hoje em dia, a gente sabe que não é o adequado pra essas questões da humanização da assistência e tudo mais, o acolhimento. Então por todas essas políticas, infelizmente o **C2**²⁶ ele ainda mantém aquela **estrutura física arcaica**, onde ele limita muito o espaço entre profissional e paciente. (ENT. 12)

O ambiente hospitalar aparece, na fala dos entrevistados, portanto, como pouco -humanoll. Hostil ao humano, em verdade, lugar de adoecimento e de morte, como quando ainda não se havia consolidado como estrutura de cura, arcaico em sua estrutura, dificultando a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde.

Rios (2009), ao tratar do hospital como lugar de sofrimento afirma:

²⁶ Codificação atribuída em resguardo ao anonimato da instituição, em cumprimento a Res. 466 (BRASIL, 2012).

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso pelos aspectos humanísticos e disciplina autoritária fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o não respeito à sua autonomia e a falta de solidariedade (RIOS, 2009, p. 256).

A questão estrutural (a ambiência) é, conseqüentemente, um fator relevante na instauração e manutenção de práticas desumanizadoras, precipuamente em equipamentos hospitalares, como exposto. Entretanto, a ambiência não pode ser discutida de maneira isolada, nem ser restrita ao que Donabedian (1990) chamou de –amenidades. Pois, não se trata apenas de reduzir o sofrimento, mas de preservar a dignidade. Trazer o conforto como uma viabilidade à humanização remete a configuração de um novo modelo de atenção e gestão, que compreende todos os traços relacionados aos aspectos da arquitetura e da tecnologia, mas, também, que provoca um processo de reflexão sobre os modos de agir dentro dos espaços, coadjuvando para a construção de novas situações, através, principalmente, da produção de novos sujeitos (BRASIL, 2008).

Humanização como colocar-se no lugar do outro

A forma como as relações, dadas no interior das práticas de saúde, são dimensionadas, concebem e reproduzem mudanças consideráveis à própria efetivação das políticas de saúde (MORSCHER; BARROS, 2014). Nesse ponto, a humanização vislumbrada sob a ótica da empatia é um fator preponderante, ao passo que reordena e reconfigura o núcleo do processo do cuidado, a partir do posicionamento dos sujeitos que o compõe e suas inter-relações.

A empatia, a partir da lógica do senso comum, é vista como uma ação, orientada no –colocar-se no lugar do outro, ou seja, uma possibilidade do sujeito vivenciar, de forma abstrata, as situações que acomete o outro. O sentido emergente desse estudo converge com o apresentado por Abbgano (2012), quando aponta que a empatia deve ser entendida como uma união ou fusão emotiva entre sujeitos; quer dizer, é posicionar-se no estado emotivo da pessoa a quem as manifestações pertencem.

Em interface com as dimensões da saúde, a empatia pode ser relacionada à capacidade do profissional em inferir sentimentos e pensamentos do sujeito da sua ação, no contexto das suas práticas. A afetividade, a alteridade e a solidariedade são, então, os sentimentos primazes nessa interação (REZENDE et al., 2015; SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

A partir disso, os diálogos sobre a humanização, em meio ao atributo da empatia, reacendem o sentido da ética, à vista das questões inerentes à intersubjetividade, a valoração à

dimensão das inter-relações e o respeito à individualidade do sujeito, como propósitos fundamentais (SILVA; CHERNICHARO; FERREIRA, 2012). Deste modo, os discursos dos sujeitos dessa pesquisa elucidam que:

[...] a saúde humanizada é aquela que são dados os cuidados necessários, principalmente, aonde o profissional ele age com empatia, por colocar-se no lugar do outro. É muito importante. Eu costumo dizer que quando a gente se coloca no lugar do outro, a gente resolve metade dos problemas do mundo, porque se eu me coloco no lugar do outro, eu sei o que é bom. Todo mundo gosta de ser bem tratado, todo mundo gosta de ser bem entendido. Então, eu acho, a minha proposta de humanização é essa, _você sempre se colocar no lugar do outro: e se fosse eu que tivesse ali na maca; e **se o paciente fosse eu, né?** Gostaria de ser bem tratado, né? E se fosse a minha mãe, se fosse o meu pai? Então, quando a gente coloca a empatia em primeiro lugar eu acho que consegue resolver a metade dos problemas. (ENT. 11)

O posicionamento empático, visto como mecanismo de mudança e, também, em seu teor resolutivo, é uma ferramenta importante à configuração de um novo modelo de atenção, ao passo que reduziria o risco de insatisfação e o quantitativo de queixas, dada a instauração de uma direção, fincada na ação comunicativa (REZENDE et al., 2015). Essa condução empática aponta para a contemplação de valores correlacionados ao processo do humanar, tais como a autonomia, a corresponsabilidade e o protagonismo, pondo em evidência as dimensões da subjetividade e da singularidade (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004). Nesse sentido, outros sentidos são cruciais a serem apontados:

[...] a saúde humanizada é você **enxergar o outro como uma pessoa**, e enxergar o outro enquanto uma pessoa eu vou também me utilizar dos conhecimentos que eu tenho da minha profissão, pra poder fazer com que todos os outros serviços prestados ali dentro, todos os outros, as outras categorias que trabalham, elas também comecem a tratar aquela pessoa como pessoa que ela é, né? (ENT. 13 – grifo nosso)

É você **fazer pelo próximo o que você queria que fosse feito pra você**. Pra mim é isso. Então assim, se eu tiver internada em algum lugar eu vou ter uma vontade de alguém me dá um tratamento especial, de ser bem tratado. **É ter um carinho especial, não simplesmente a parte técnica**. Eu vou lá vou fazer a medicação, eu não vou dar um bom dia, só vou ver os sinais vitais, nem vou pedir licença ao paciente. Por mais que ele esteja entubado, ele está ouvindo, muitas das vezes ele tá ouvindo. Então assim, pra mim a humanização é você tratar o próximo de acordo como você queria ser tratado. (ENT. 15 – grifo nosso)

Observa-se, portanto, a ideia da humanização como alteridade. Saída de si, das necessidades próprias, para as alheias, como movimento afetivo. Nessa alteridade também se aloca um sentido de matriz religiosa, de natureza moral, portanto: -faça ao próximo o que queres que faça a ti mesmoll. Sendo assim, humanizar é fazer o bem, é moralizar as práticas, dotá-las de finalidade ética. Por vezes, os sentidos impostos à categoria humanização são direcionados à intenção da prática do bem, de bons tratos. Tal condição é abordada recorrentemente pelo senso comum, tendo como pilares, a moral e os valores dogmático-religiosos.

De sobremaneira, é imprescindível aludir, também, que o acolhimento é a diretriz ordenadora dessas práticas, à medida que deve ser uma possibilidade dada no dia a dia das instituições. Isso quer dizer que, o acolhimento como eixo potencializador deve ser uma ferramenta vivida, permanentemente, nas ações em saúde; e, não restringir-se ao primeiro contato entre profissional e usuário. É então, uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, através de parâmetros técnicos, éticos, humanos e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e partícipe, protagonista ativo, no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

[...] eu acho que um cuidado humanizado, ele **começa desde a porta de entrada e vai até o momento que eu tenho um paciente comatoso**; [...] desde o momento em que você direciona uma **qualidade** no acolhimento daquele paciente, que você acompanha aquele paciente num processo de **restauração** da sua saúde, no momento que você **acolhe os seus familiares**, porque não só o paciente tá doente, os familiares às vezes tão muito mais doentes, tão precisando de uma palavra [...] (ENT. 10 – grifo nosso)

É acolher bem os familiares. Lógico que cê tem que acolher bem os familiares, porque o sentimento, a dor, que tá passando. É acolher bem o indivíduo, né? O ser humano que tá passando pela situação, ou que ele vai morrer [...] (ENT. 09)

A humanização surge enquanto processo que atravessa o espaço hospitalar e não se restringe a um só lugar. Dentro do modelo de cura, ela aparece como restauradora por si só, ou em conexão com os atos técnicos. Ou seja, a humanização pode ser entendida também como tecnologia em si, de cuidado. Tecnologia que se volta não apenas para o objeto imediato do cuidado, mas para os humanos do entorno. Nesse sentido, a humanização amplia o escopo do cuidado.

Assim, o artefato da empatia como um quesito à humanização, no reduto das práticas de saúde, tendo o acolhimento permanente como ferramenta de potencialização, dar-se em meio a construção de um modelo de atenção de práticas alinhadas às possibilidades de encontros, ao passo que o diálogo precisa ser mais relevante no cotidiano institucional (DESLANDES, 2004). Isso posto, é necessário ainda ratificar que, -[...] o modelo ativado pela solidariedade, realizado pelo encontro intersubjetivo e mediado pela palavra é capaz de promover a humanização (DESLANDES, 2004, p. 11).

Humanização como construção do dia a dia

Como algo análogo ao sujeito social, a humanização é, realmente, uma construção diária. Ou seja, é um movimento ético, político e ideológico, que tem como princípio central a ética humana Logo, deve ser fortalecido, cotidianamente, como dinâmica de incentivo e

expansão da própria vida (MORSCHER; BARROS, 2014). Esse intento de expansão a vida, valora-se no ordenamento da autonomia e do protagonismo, no fortalecimento à coletividade, no estabelecimento de boas práticas e no resguardo das subjetividades e particularidades inerentes aos sujeitos e seus processos; tais condições são, portanto, prioridades intrínsecas à humanização na saúde, enquanto política pública regulamentada (BRASIL, 2004; COTTA et al, 2013).

Igualmente, a humanização quando pensada no dia-dia do fazer saúde aponta traçados que convergem para a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas, seja no cuidado ou na gestão; também, com o estímulo à transdisciplinaridade e a grupalidades, e na utilização da informação e comunicação na construção da autonomia e protagonismo (RIOS, 2009). Ou seja, cernes particulares a qualquer manifestação que reafirme a dimensão humana. Portanto, no âmbito do processo de produção da saúde, sua manifestação não deveria ser tencionada como obrigação, mas como propriedade inerente. Logo, a humanização como construção do dia a dia seria:

[...] você dar a assistência que o paciente precisa. Entendeu? Isso é humanização. É você não tratar como alguém que não é humano, entendeu? [...] Não temos que ser num sentido assim de obrigação, mas assim né? Porque é algo que, acho que é o que, é a **essência do ser humano**, né? Então, eu acho que humanização é você poder dar uma **assistência digna, que o paciente precisa**. (ENT. 06)

[...] então muitas vezes o paciente, o que ele mais quer, é **ser ouvido**, né? Ele quer que alguém **dê atenção a ele**. E eu busco isso no meu dia a dia, eu busco dar atenção, eu busco conversar, eu busco **chamar pelo nome**, né? Dar atenção, porque, assim, eu acho que você chamar pelo nome da pessoa caracteriza uma **importância**. (ENT. 11)

A humanização é, diretamente, uma proposição, um desafio diário, empossado a sujeitos e seus coletivos. É preciso, nesse aspecto, que se usurpem no interior das práticas situações em que a doença sobressaia à própria identidade do sujeito. Igualmente, é necessária a ampliação do aspecto clínico, possibilitando, então, que o foco não seja mais a doença, mas sim, no sujeito que é portador da patologia, juntamente com outras demandas e necessidades. A ideia de humanização aparece, desse modo, fortemente associada com à adoção de um modelo que tenha como eixo principal o atendimento às necessidades muito específicas. O humano tem necessidade de se reconhecer e ser reconhecido como humano. De sobremaneira, conceber esse sujeito ultrapassando suas questões orgânicas, mas atentando-se ao humano completo de afetos, sentimentos e desejos (CASTRO FILHO, 2012).

Portanto, conforme sinalizou o ENT. 15,

[...] a humanização parte de você e do que você também tem dentro da unidade. Isso tudo ajuda de acordo como que você tá prestando a assistência, como tem parto humanizado. Mas, qualquer forma de humanização na saúde, parte do ser humano. Entendo eu que parte de cada ser humano, pra que aquele trabalho que você tá

fazendo se torne **tão bom pra você quanto pra quem você tá assistindo**. Então o que lhe torna mesmo é o seu humano e cada dia você **aprendendo mais e mais** com o que você vivencia, né?! (ENT. 15).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo esforço tensionado em torno da humanização na saúde corrobora com a emergencialidade na/da concretização de seus princípios. Como esboço político alinhado ao próprio SUS, a humanização transcende, em seu sentido transversal, ao patamar de possibilidade de reordenamento do próprio sistema. Ao passo que, o SUS é um processo social em construção (COTTA et al, 2013), a humanização assim, também, se configura. Mais ainda, se o SUS é constituído também de sujeitos, a humanização resignifica-os.

As várias dimensões e os vários sentidos atribuídos à humanização na saúde corroboram com seu caráter polissêmico, que por vezes aponta-se como um viés, haja vista o dilema do pseudo-entendimento. Compreendê-la como ferramenta de conforto, como reação empática ou uma construção diária, deve convergir com a proposição e o tensionamento de que é percurso metodológico de relevância ao âmbito das práticas em saúde. Mais, não é um atributo restrito a –práticas de amor e cordialidade ao outroll, mas estratégia que fomenta mudanças estruturais, seja nos sujeitos ou nas instituições, apontando o diálogo e o empoderamento, a valorização e resguardo da ética, conseqüente, da dimensão humana.

REFERÊNCIAS

ABBAGNAMO. N. **Dicionário de Filosofia**. 6 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes. 2012.

ANUNCIACÃO, A. L.; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 54(6), p. 522-528, 2008.

BACKES, M. T. S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16(4), p. 689-696, 2012.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=292740&VUni=05. Acessado em março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria Nº. 3390**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Rev. Ciência & Sociedade**. Rio de Janeiro, v. 18(1), p. 171-179, 2013.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9(1), p. 7-14, 2004.

DONABEDIEN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

GOMES, A. M. A. et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42(4), p. 635-642, 2008.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. In: **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63(1), p. 141-144, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2005.

MORSCHER, A.; BARROS, M. E. B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 23(3), p. 928-941, 2014.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 13, p. 701-708, 2009.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13(3), p.36-43, 2004.

REZENDE, M. C. R. A. et al. Acolhimento e bem estar no atendimento odontológico humanizado: o papel da empatia. **Arch Health Invest**. São Paulo, v. 4(3), p. 57-61, 2015.

RIOS, I. C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. São Paulo, v. 33(2), p. 253-261, 2009.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação**. São Paulo, v.13(31), p.303-14 2009.

SILVA, F. D. et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16 (4), p. 719-727, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ao apresentar uma análise sobre a interface entre a humanização e a tecnologia, no cuidado hospitalar, considera algumas proposições, que direcionam à necessidade de resignificar as práticas de saúde. Discutir sobre as categorias, humanização e tecnologia, em meio às contradições e complementariedades que são impostas no dia a dia do fazer saúde, faz-se um desafio.

Vários são os sentidos e significados atribuídos à humanização na saúde, o que enaltece seu caráter polissêmico. Assim, algumas reflexões sobre a interface entre a humanização e tecnologia, em meio a um processo contínuo e agudizado da tecnologização da saúde, conduzem à análise sobre o porquê de construir um arcabouço legal, que reafirme a necessidade de humanizar as práticas na saúde, campo este que já não deveria ser humanizado, haja vista tencione-se em manter e cuidar de vidas? Diante disso, é necessário como conciliar humanização e tecnologia, no âmago do processo de cuidado, resguardando a subjetividade, como uma das peças centrais da produção da saúde.

Vários são os sentidos imputados à humanização, mas é necessário e emergente que se reforce a dimensão ética, como princípio basilar no processo de produção do cuidado em saúde, à medida que os valores humanos sejam preservados, com referência à liberdade, subjetividade e potencialidades. Trazer a tecnologia a esse espaço é importante, ao passo que os insumos tecnológicos são cruciais e necessários à configuração da atenção à saúde, no contexto hospitalar.

Logo, deve-se proporcionar que a atitude humanística sempre prevaleça sobre o tecnicismo e a exagerada neutralidade, que tenta impregnar-se no campo das práticas do cuidado. É fundamental que a intersubjetividade e as potencialidades de ambos os sujeitos da saúde, sejam os profissionais ou os seus usuários, sejam reconhecidas, visto que esse é um dos pressupostos da própria Política Nacional de Humanização (PNH) e da Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP). Neste tocante, deve-se desconstruir o discurso biologicista, médico-centrado e hegemônico que desconsidera o sujeito enquanto ser humano.

Portanto, a humanização da saúde, numa vertente transversal, presume romper fronteiras, quebrar paradigmas. Seu objetivo é, senão, consolidar transformações, mudanças estruturantes e estruturadas. É proporcionar o incentivo ao diálogo, é construir a troca de saberes multilateral, na qual envolva os vários sujeitos, nos variados processos. É, em princípio, superar e ultrapassar certa tendência de conceito-sintoma. Mais ainda, é

oportunizar, nos espaços de saúde, uma ambiência propícia à construção e reforço dos direitos sociais. É, portanto, maximizar todo aporte humanístico na conjuntura da produção de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; MARTINS, C. M.; GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13(1), p. 247-257, 2008.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J.S. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- ARONE, E. M.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. In: **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, v. 60(6), p. 721-733, 2007.
- ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas/ Org. por Suely Ferreira Deslandes**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- AZEVEDO, C.S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.349-361, 2002.
- BARBOSA, P. R.; GADELHA, C. A. G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. In: **Saúde Pública**. São Paulo, v.46, p.68-75, 2012.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. In: **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 8(3), p. 422-430, 2006.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.17, p.389-406, 2005.
- BARRETO, M. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9(2), p. 329-338, 2004.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BERNARDES, A. et al. Os ruídos na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12(4), p. 861-870, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **In Ciência e Saúde Coletiva**. Brasília, v. 10(3), p. 561-571, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=292740&VUni=05. Acessado em agosto de 2014.

_____. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em abril de 2015.

_____. **Lei Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS – Atenção Hospitalar**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2. ed.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria Nº 373.** Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS. Brasília. 2002.

_____. **Portaria Nº 399.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília. 2006.

_____. **Portaria Nº. 3323.** Institui a comissão para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Brasília, 2006.

_____. **Portaria Nº. 3390.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

CAPUCHO, H. C. et al. Incorporação de tecnologias em saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. In: **Boletim do Instituto de Saúde – BIS.** São Paulo, v. 13(3), p. 215-222, 2012.

CARMO, M. A. O. A ética diferencial de Michel Foucault: a questão do sujeito e do humanismo. In: **Polymatheia – Revista de Filosofia.** Fortaleza, v. 5(8), p. 232-247, 2009.

CASTRO, F.A.L. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciênc. e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 233-242, 2001.

CHIAZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COELHO, T.C.B.; PAIM, J.S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 21(5), p. 1373-1382, 2005.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. In: **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 3, p. 412-419, 2008.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades do Rio de Janeiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10(3), p. 614-626, 2005.

_____. **Frágeis deuses:** profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

DUARTE, A. Heidegger e Foucault, críticos da modernidade: humanismo, técnica e biopolítica. In: **Transformação.** São Paulo, v. 29(2), p. 95-114, 2006.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FEUERWERKER LC; CECÍLIO LC de O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 12(4), p. 965-971, 2007.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Trad. Salma Tannus Muchail. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O homem está morto?** (Entrevista com C. Bonnefoy). Arts et Loisirs. 1966.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Trad. Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. In: **Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, p. 21-28, 2012.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. de. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. In: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19(4), p. 1087-1109, 2009.

HABERMAS, J. **Técnica e Ciência como “Ideologia”**. Trad. Artur Morão. Edições 70: Lisboa. 1968.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Paz e Terra. 1970.

LARANJEIRA, D. H. O trabalho no mundo contemporâneo: a organização burocrática e seu impacto sobre o corpo do trabalhador. In: **O corpo ainda é pouco – II Seminário sobre a contemporaneidade**. Feira de Santana: UEFS.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. In: **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21(2), p. 432-439, 2012.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In: **Temas de Ciências Humanas**. São Paulo: Ed. Ciências Humanas, 1978.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. In: **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 63(1), p. 141-144, 2010.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: Fundap, 2005.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65 2003.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. In: **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 17(3), p. 621-626, 2012.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

MINAYO, M. C. E S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? In: **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 9 (3), p. 239-262, 1993.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. S. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, p. 7-16, 2013.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo modelo teórico arendtiano. **Interface Comunic., Saúde e Educ.** São Paulo, v. 15, n. 37, p. 539-550, 2011.

ORTEGA, F. Biopolíticas de saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 8, n.v14, p. 9-20, 2004.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA. 2006.

_____. O que é SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2010.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. In: **Rev. Saúde Pública**. Salvador, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma –nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 32 (4), p. 299-316, 1998.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 13, p. 701-708, 2009.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e direito à saúde. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20(5), p. 1342-1353, 2004.

QUEIROZ, A. C. S.; BARBOSA, A. P. Racionalidade e incorporação de tecnologia em saúde: a experiência de um hospital de alta complexidade em São Paulo. In: **RAE – Eletrônica**. São Paulo, v. 2(1), p. 1-12, 2003.

- QUEIROZ, D. T.; *et al.* Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. In: **Rev. de Enferm. da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15(2), p. 276-283, 2007.
- RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- SALVADOR, P. T. C. O.; *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em Enfermagem. In: **Rev. de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20(1), p. 111-117, 2012.
- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A. **Pesquisa**: métodos e técnicas do conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.
- SILVA, C. R. C.; *et al.* A Dimensão da Ética na Pesquisa em Saúde com Ênfase na Abordagem Qualitativa. In: **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 32-41, 2012.
- SILVA, H.P. **Dimensões da Saúde no Brasil**: proteção social, inovação tecnológica e acumulação de capital. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
- SOUZA, L.E.P.F. *et al.* Infraestrutura Tecnológica do SUS: Rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e Inovação. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- VENDEMIATTI, M. *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 1301-1314, 2010.
- VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Avaliando a difusão de tecnologias médicas no sistema de saúde privado no Brasil: o caso da tomografia por emissão de pósitrons (PET). In: **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 10, p. 187-200, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para entrevista

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ENTREVISTA:

Data: ___/___/ 2015

Início: _____ Término: _____

Código de entrevistado: _____

Entrevistador: _____

OBJETIVO DA PESQUISA: analisar a interface entre humanização e incorporação tecnológica, no contexto do cuidado hospitalar.

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) ESTREVISTADO (A) (Quem é o sujeito entrevistado?)

1. Idade: ____ anos
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Formação: _____
4. Pós-graduação? Qual? _____
5. Trabalhos anteriores:
6. Função atual:
7. Tempo na função atual: ____ anos
8. Qual o regime de trabalho? É concursado?

BLOCO II – AMBIENTE DO CUIDADO HOSPITALAR

- 1) Descrição dos processos de trabalho no ato do cuidado.

DESCREVA UM DIA SEU DE TRABALHO.

- 2) Avaliação sobre a gestão instituição – autonomia, diálogo ampliado.

“COMO VOCÊ AVALIA A GESTÃO DA UNIDADE? OS PROFISSIONAIS TEM AUTONOMIA PARA EXECUTAR SEU TRABALHO? HÁ UM DIÁLOGO MAIS P’ROXIMO ENTRE GESTÃO E OS PROFISSIONAIS?”

3) Instrumentos de trabalho – técnicas utilizadas.

“QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS QUE UTILIZA NO SEU TRABALHO?”

4) Descrição do ambiente de trabalho.

“DESCREVA SOBRE SEU AMBIENTE DE TRABALHO.”

5) Avaliação da estrutura da unidade com relação a uma prática humanizada.

“A ESTRUTURA DA UNIDADE FAVORECE A UMA PRÁTICA HUMANIZADA?”

BLOCO III – ATRIBUTOS DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

1) Concepção de humanização da saúde – características.

“CARACTERIZE O QUE É PARA VOCÊ UMA SAÚDE HUMANIZADA.”

2) Concepção de cuidado humanizado.

“E UM CUIDADO HUMANIZADO? QUAL O SEU ENTENDIMENTO SOBRE? COMO SE CONSTRÓI UM CUIDADO HUMANIZADO?”

3) Correlação das práticas de saúde e o cuidado humanizado.

“COMO AS PRÁTICAS DE SAÚDE PODEM FAVORECER A UM CUIDADO HUMANIZADO?”

4) A gestão institucional e sua relação com um cuidado humanizado – autonomia, responsabilização.

“A GESTÃO DESTA UNIDADE FAVORECE A UM CUIDADO HUMANIZADO?”

BLOCO IV – DADOS REFERENTES À ESTRUTURA TECNOLÓGICA DA UNIDADE

1) Itens tecnológicos presentes nessa unidade. *“QUAIS SÃO OS ITENS TECNOLÓGICOS QUE VOCÊ UTILIZA NA SUA PRÁTICA?”*

2) Relevância dos itens tecnológicos à saúde dos sujeitos usuários.

-OS ITENS UTILIZADOS SÃO IMPORTANTES PARA A SAÚDE DO USUÁRIO?||

3) Percepção sobre a incorporação dos aparelhos tecnológicos no cotidiano das práticas.

“SÃO INCORPORADOS APARELHOS TECNOLÓGICOS NO COTIDIANO DO SERVIÇO? COMO AVALIA ESTE PROCESSO?”

APÊNDICE B - Roteiro para observação sistemática

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

OBJETIVO DA PESQUISA: analisar a interface entre humanização e incorporação tecnológica, no contexto do cuidado hospitalar.

BLOCO I – AMBIENTE DO CUIDADO HOSPITALAR

- Caracterização da unidade hospitalar – estrutura – ambiência.
- Percepção sobre os processos relacionais entre os profissionais envolvidos, a gestão institucional e do setor.

BLOCO II – ATRIBUTOS DA HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

- Correlação entre a estrutura da unidade e a concepção de humanização na saúde.
- Percepção sobre os aspectos inter-relacionais (relação profissional-profissional e profissional-usuário) no cotidiano das práticas e as perspectivas da humanização na saúde.

BLOCO III – DADOS REFERENTES À ESTRUTURA TECNOLÓGICA DA UNIDADE

- Identificação e caracterização dos insumos tecnológicos presentes no espaço do cuidado.
- Percepção sobre relevância atribuídas à tecnologia, referente aos próprios profissionais, como também usuários e gestão.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Av. Transnordestina, sem número. Campus da UEFS. Módulo 6. Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). CEP 44031-460. Feira de Santana, Bahia. Fone: (75) 3161- 8116

TÍTULO DO PROJETO: Humanização e Incorporação Tecnológica em Saúde: a experiência de hospitais no cenário baiano

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este formulário contém dados relacionados ao consentimento para utilização de informações coletadas durante a realização da pesquisa. Assim, nós, Thereza Christina Bahia Coelho (Pesquisadora-responsável) e Marcos Vinícius Santos Silva (Pesquisador-colaborador), convidamos-lhe a participar de uma pesquisa de dissertação de mestrado, que tem como objetivo geral: **analisar a interface entre humanização e incorporação tecnológica, no contexto do cuidado hospitalar**. No tocante, ratifica-se à efetividade da proposta de pesquisa, a análise proferida pelos sujeitos que estão inseridos no processo do cuidado. Assim, se o(a) Sr. (a) consentir, participará de uma entrevista, com questões referentes a esta temática. Caso se sinta incomodado (a) e/ou constrangido (a) com alguma pergunta, não precisará respondê-la. Os dados serão utilizados, exclusivamente, para a construção de uma dissertação de mestrado e poderão ser publicados em artigos, livros, revistas e congressos. O material será arquivado pelos pesquisadores por um período de cinco anos e, após esse período, será destruído (queimado). Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social, cultural e, principalmente, institucional. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta recorde-lhe situações desagradáveis ou que causem-lhe algum constrangimento. O (a) Sr. (a) pode desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre sua participação na pesquisa, durante e após participar da entrevista, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores, diretamente na UEFS, no endereço e telefone supramencionados no topo da página, deste termo. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, o (a) Sr. (a) pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para construção da dissertação de mestrado, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, para fins científicos. Sendo assim, se concordar, **voluntariamente**, em participar do referido estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2015.

Participante

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de Anuência da SESAB



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS

DECLARAÇÃO

Declaro, em nome da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em consonância com a Lei nº 8.080/90, Artigo 5º, inciso X, a anuência para a realização da pesquisa intitulada "Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS" em unidades hospitalares da Rede Própria da SESAB sob gestão direta e indireta, a qual pretende contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão em hospitais da rede SUS, sob a Coordenação da Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, Pesquisador Responsável, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Profa. Titular do Departamento de Saúde da UEFS.

Salvador, 22 de julho de 2014.


Gisela Sartana Souza
Superintendente

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da UEFS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

PARÊCER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SABOR DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade de Gestão Clínica e Gestão em uma Rede Hospitalar do SUS

Resumo: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva

Área Temática:

Valor: 3

CAM: 3.0020.14.1.0000.000

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Fundação: Ministério da Educação
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Bahia - FAPESB
Financiamento Próprio

SABOR DO PARÊCER

Número do Parecer: 060/2015

Data de Realização: 10/11/2015

Apresentação do Projeto

Projeto de Pesquisa que aborda cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes de mestrado de Saúde Coletiva, Mestrado em Gestão em Saúde (MAGS), Mestrado em Saúde da Criança (MCS) e Mestrado em Saúde da Família (MSF). De acordo com os autores, "o primeiro projeto tem como objetivo caracterização de rede em rede hospitalar de ESAS e fornecer informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4 são projetos de intervenção de melhoria que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizadas em unidades básicas e substituições (ambulatório...)". O quarto e último projeto apresenta os desenvolvimentos teórico-metodológicos de pesquisas anteriores, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde em Atenção Básica (...), e se utiliza na Atenção Hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Padrão de Tese). Quanto à metodologia, os autores afirmam que "No Subprojeto 1, a metodologia parte de uma descrição de situações que qualifica certo objeto, no caso, as práticas, principalmente, em sua aspecto estrutural, que incluem intervenções sobre a organização gerencial do hospital e população alvo, o tempo de funcionamento, as Condições de Trabalho em suas PRÁTICAS DE CUIDADO E ATUAÇÃO. As principais características sobre a operação ou análise gerencial também serão buscadas. As fontes de

Assessor: Aracely Fernandes de Almeida, Mestranda UFSB
Nome: Aracely de F. **CPF:** 44.000.000
UF BA: Salvador, Feira de Santana **Assessor:** Aracely de F.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

PARÊCER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SABOR DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade de Gestão Clínica e Gestão em uma Rede Hospitalar do SUS

Resumo: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva

Área Temática:

Valor: 3

CAM: 3.0020.14.1.0000.000

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Fundação: Ministério da Educação
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Bahia - FAPESB
Financiamento Próprio

SABOR DO PARÊCER

Número do Parecer: 060/2015

Data de Realização: 10/11/2015

Apresentação do Projeto

Projeto de Pesquisa que aborda cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes de mestrado de Saúde Coletiva, Mestrado em Gestão em Saúde (MAGS), Mestrado em Saúde da Criança (MCS) e Mestrado em Saúde da Família (MSF). De acordo com os autores, "o primeiro projeto tem como objetivo caracterização de rede em rede hospitalar de ESAS e fornecer informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4 são projetos de intervenção de melhoria que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizadas em unidades básicas e substituições (ambulatório...)". O quarto e último projeto apresenta os desenvolvimentos teórico-metodológicos de pesquisas anteriores, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde em Atenção Básica (...), e se utiliza na Atenção Hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Padrão de Tese). Quanto à metodologia, os autores afirmam que "No Subprojeto 1, a metodologia parte de uma descrição de situações que qualifica certo objeto, no caso, as práticas, principalmente, em sua aspecto estrutural, que incluem intervenções sobre a organização gerencial do hospital e população alvo, o tempo de funcionamento, as Condições de Trabalho em suas PRÁTICAS DE CUIDADO E ATUAÇÃO. As principais características sobre a operação ou análise gerencial também serão buscadas. As fontes de

Assessor: Aracely Fernandes de Almeida, Mestranda UFSB
Nome: Aracely de F. **CPF:** 44.000.000
UF BA: Salvador, Feira de Santana **Assessor:** Aracely de F.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

PARÊCER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SABOR DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade de Gestão Clínica e Gestão em uma Rede Hospitalar do SUS

Resumo: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva

Área Temática:

Valor: 3

CAM: 3.0020.14.1.0000.000

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Fundação: Ministério da Educação
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Bahia - FAPESB
Financiamento Próprio

SABOR DO PARÊCER

Número do Parecer: 060/2015

Data de Realização: 10/11/2015

Apresentação do Projeto

Projeto de Pesquisa que aborda cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes de mestrado de Saúde Coletiva, Mestrado em Gestão em Saúde (MAGS), Mestrado em Saúde da Criança (MCS) e Mestrado em Saúde da Família (MSF). De acordo com os autores, "o primeiro projeto tem como objetivo caracterização de rede em rede hospitalar de ESAS e fornecer informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4 são projetos de intervenção de melhoria que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizadas em unidades básicas e substituições (ambulatório...)". O quarto e último projeto apresenta os desenvolvimentos teórico-metodológicos de pesquisas anteriores, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde em Atenção Básica (...), e se utiliza na Atenção Hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Padrão de Tese). Quanto à metodologia, os autores afirmam que "No Subprojeto 1, a metodologia parte de uma descrição de situações que qualifica certo objeto, no caso, as práticas, principalmente, em sua aspecto estrutural, que incluem intervenções sobre a organização gerencial do hospital e população alvo, o tempo de funcionamento, as Condições de Trabalho em suas PRÁTICAS DE CUIDADO E ATUAÇÃO. As principais características sobre a operação ou análise gerencial também serão buscadas. As fontes de

Assessor: Aracely Fernandes de Almeida, Mestranda UFSB
Nome: Aracely de F. **CPF:** 44.000.000
UF BA: Salvador, Feira de Santana **Assessor:** Aracely de F.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

PARÊCER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SABOR DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade de Gestão Clínica e Gestão em uma Rede Hospitalar do SUS

Resumo: Tese de Doutorado em Saúde Coletiva

Área Temática:

Valor: 3

CAM: 3.0020.14.1.0000.000

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Fundação: Ministério da Educação
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Bahia - FAPESB
Financiamento Próprio

SABOR DO PARÊCER

Número do Parecer: 060/2015

Data de Realização: 10/11/2015

Apresentação do Projeto

Projeto de Pesquisa que aborda cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes de mestrado de Saúde Coletiva, Mestrado em Gestão em Saúde (MAGS), Mestrado em Saúde da Criança (MCS) e Mestrado em Saúde da Família (MSF). De acordo com os autores, "o primeiro projeto tem como objetivo caracterização de rede em rede hospitalar de ESAS e fornecer informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4 são projetos de intervenção de melhoria que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizadas em unidades básicas e substituições (ambulatório...)". O quarto e último projeto apresenta os desenvolvimentos teórico-metodológicos de pesquisas anteriores, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde em Atenção Básica (...), e se utiliza na Atenção Hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Padrão de Tese). Quanto à metodologia, os autores afirmam que "No Subprojeto 1, a metodologia parte de uma descrição de situações que qualifica certo objeto, no caso, as práticas, principalmente, em sua aspecto estrutural, que incluem intervenções sobre a organização gerencial do hospital e população alvo, o tempo de funcionamento, as Condições de Trabalho em suas PRÁTICAS DE CUIDADO E ATUAÇÃO. As principais características sobre a operação ou análise gerencial também serão buscadas. As fontes de

Assessor: Aracely Fernandes de Almeida, Mestranda UFSB
Nome: Aracely de F. **CPF:** 44.000.000
UF BA: Salvador, Feira de Santana **Assessor:** Aracely de F.

FEIRA DE SANTANA, 10 de Novembro de 2015

Assinado por:
ANDREA ELIAS ALVES FERREIRA BILÓ
(Coordenadora)