



HUMANIZAÇÃO E CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE: UM CAMINHAR JUNTO[√]

Adriana Diniz MEIRELLES*
Mônica Macêdo VIEIRA**

RESUMO

O desenvolvimento técnico-científico na área da saúde bem como a relação estabelecida entre o profissional e as possibilidades diagnósticas e de tratamento decorrentes do seu uso, promoveu um olhar mais frio sobre o que significa cuidar do outro – cuidar tornou-se sinônimo de curar. Em consequência, percebeu-se um gradativo afastamento na relação entre esses profissionais e os pacientes. Este artigo trata de uma revisão de literatura que se constitui no levantamento da produção científica já publicada em forma de livros, artigos e pesquisas em sites pela internet e tem como objetivo refletir e discutir sobre esta temática, averiguando (ou mantendo um olhar sobre) a possibilidade de existir um caminho de conciliação entre a objetividade científica do curar e a subjetividade afetiva do cuidar, sinônimo de humanização. Conclui-se que, embora esse caminhar possa e deva coexistir, evidencia-se que mesmo levando-se em conta discussões e iniciativas realizadas, essa atitude requer uma mudança, tanto do comportamento dos profissionais da área da saúde diante de sua excelência técnica, quanto de seu posicionamento diante da própria vida e do próprio sujeito adoecido.

Palavras-chave: Humanização. Saúde. Cuidar. Conhecimento técnico-científico.

1 INTRODUÇÃO

É inegável o valor oriundo do conhecimento técnico-científico, uma vez que proporciona uma gama de possibilidades no atendimento a diversos casos, cujos

[√] Artigo recebido em 23 de março de 2015 e aprovado em 29 de junho de 2015.

* Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Aprofundamento em Linguagem pelo IEAA. Graduada em Fonoaudiologia pela UVA. @: ameirelles67@gmail.com

** Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Docente do CES-JF. @: monikamvieira@ig.com.br



exames e procedimentos específicos cada vez mais potentes, oferecem diagnósticos precoces e tratamentos e eficazes, que podem favorecer a cura. Entretanto, essa mesma tecnologia favoreceu e ainda favorece o afastamento entre o profissional da saúde e aquele que é cuidado. A desigualdade do poder e do conhecimento que a tecnologização trouxe, criou uma disparidade nas relações entre paciente e profissional. Assim a lacuna entre profissional e paciente é crescente, onde o segundo é visto apenas como um quadro nosológico. (BETTINELI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003; FARIA; CASTRO SANTOS, 2011).

Ao profissional da saúde cabe considerar as questões qualitativas da vida de quem é cuidado, associando-as ao sentido que cada ser tem da mesma. Essa postura significa ir além do esperado e do realizado. Assim, a compreensão da arte de cuidar, abarca, a habilidade do profissional em apreender o ser humano como ele é, sua personalidade, sua forma de viver e não só as responsabilidades técnicas. (BETTINELI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003). Nesse sentido, Baraúna (2005) salienta que mesmo a maior tecnologia, quando não acompanhada de ética, gentileza e respeito, é incapaz de produzir um estado pleno de satisfação.

Essa temática e suas consequências vêm sendo discutidas por teóricos do âmbito da saúde, em busca de alternativas que sustentem uma relação complementar entre a técnica e o cuidar: o ato de humanizar. Sob essa perspectiva indaga-se: é possível o conhecimento técnico-científico e uma forma mais humanizada do profissional da saúde caminharem juntos?

Com base nesse cenário, este artigo tem como propósito refletir e discutir sobre o distanciamento das relações entre os profissionais da saúde e seus usuários, a influência do conhecimento técnico-científico sobre estas relações, bem como averiguar a possível existência de um caminho de conciliação entre a objetividade científica do curar e a subjetividade afetiva do cuidar, sinônimo de humanização. Foi realizada uma busca sistemática do tema Humanização e conhecimento técnico-científico do profissional da saúde: um caminhar junto, na base de pesquisa Bireme. O recorte temporal foi de 2010 a 2015, sendo, porém, necessária a consulta a artigos anteriores a esse período, para melhor fundamentar e desenvolver a pesquisa proposta.

2 CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO NA SAÚDE

Ao abordar o tema do conhecimento técnico-científico na perspectiva da área da saúde é preciso cautela e atenção, quanto aos numerosos benefícios que esse avanço possibilita. Outrora, o grande desafio era sanar as doenças que levavam pessoas à morte por falta de recursos e conhecimentos. Nos tempos modernos, com o avanço da medicina e dos recursos técnico-científicos, o foco está no aumento da qualidade e na expectativa de vida.

No passado a medicina tratava, fundamentalmente, de ferimentos e lesões, suavizando moléstias das quais não se tinha conhecimento. Naquela ocasião, buscava-se uma vida mais profícua e longa, o que proporcionou e justificou investimentos em diagnósticos e tratamentos de maior complexidade. A cura de várias doenças, por meio de métodos mais sofisticados, além de ampliar o tempo de vida, pode atenuar o sofrimento. (CAPONERO, 2006). Entretanto, o olhar antes voltado para o ser humano adoecido, passou a se direcionar a um aspecto significativamente biológico, em que apenas o aspecto físico é visto como algo passível de cuidado. (SANTOS; FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2012; PERES; LOPES, 2012). Nessa perspectiva, não há lugar para o sofrimento.

Assim, em virtude desse avanço tecnológico, a escuta do médico sobre o doente e o exame mais apurado da clínica, antes fundamentais, passaram a perder espaço, em detrimento de exames mais elaborados, de forma que a doença preponderou sobre o doente e sua angústia. (Figueiredo e Figueiredo, 2007).

O tecnicismo, dentro da cultura capitalista ocidental, assumiu um significativo interesse no conhecimento e manuseio de técnicas ou equipamentos que trouxeram a concepção de que os profissionais são diferenciados. (BETTINELLI, WASKIEVICZ E ERDMANN, 2003). Desta forma, também Corrêa (1998) observara que a conquista do saber junto ao interesse pelo domínio exacerbado do conhecimento técnico-científico tornaram-se, prática permanente do profissional da saúde. As respostas a esses avanços tecnológicos apontam para o exercício de uma prática clínica falha, especialmente quando a subjetividade do indivíduo pede cuidado. (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2006).



Corrêa (1998) constata a presença de um imperativo biológico no uso de métodos e equipamentos, adversos à singularidade humana. Essa relação estabelecida com o maquinário, na atuação do profissional da saúde, pode ter como consequência a mecanização do cuidar, onde se misturam paciente e aparelhagens técnicas, dificultando discernir onde começa um e termina o outro, de modo a descaracterizar o sujeito diante da sua própria dor.

Um exemplo dessa situação em que o paciente não é reconhecido como sujeito, é trazido por Vidal (2007) ao relatar que, este ser que já se encontra fragilizado pela presença de uma patologia, é abordado de forma invasiva, onde muitas vezes nem sua autorização é solicitada para despi-lo, apalpá-lo ou outro procedimento qualquer.

As pessoas perdem a identidade devido ao olhar pouco afetuoso e solidário que é dirigido a elas. A atenção humana transforma-se em um olhar lucrativo, onde a pessoa passa a ser um “objeto” do cuidado e permanece à mercê de um suposto “poder científico” que os profissionais da saúde creditam possuir (reter). (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Mesmo com toda a melhoria técnica, com as questões econômicas e científicas que envolvem todo o processo da saúde, a relação estabelecida entre médicos e pacientes sofreu profunda alteração. Em decorrência, atitudes importantes esperadas do próprio médico, a exemplo da demonstração do afeto e da palavra de conforto, têm deixado de existir (CAPONERO, 2006). Esse relacionamento, que está para além da técnica, manifesta-se por meio da subjetividade de cada profissional da saúde e não pode ser mensurado.

Azeredo (2007) ilustra a complexidade da atuação dos profissionais da saúde no que se refere à técnica e à subjetividade, ao mencionar que em seu ambiente de trabalho (Unidade de Terapia Intensiva - UTI) além do receio, da ambiguidade e do fracasso existentes, tudo requer atenção, controle e anotação e que em um lugar onde o aparato tecnológico é dominante, não existe espaço para se falar da subjetividade. Após anos de profissão e, almejando novos rumos, a autora descreve que em determinados momentos percebia-se sem alma, por não haver, nesse ambiente de trabalho, um espaço para os seus sentimentos.

Há de se reforçar que a evolução científica e tecnológica proporcionou o grande avanço disponível e acrescentou melhoras na qualidade de vida em muitos aspectos, principalmente quanto à longevidade, convivência com doenças crônicas e às curas de tantas outras. (SILVA, 2008; BARBOSA; MATSUMOTO, 2009). Contudo, manter o olhar reduzido e fixado apenas nessas possibilidades, pode tornar o profissional cego ao próprio sujeito, sendo imperativo reconsiderar os caminhos adotados pelos profissionais da saúde (CORRÊA, 1998; PUSCH, 2015).

Mota, Martins e Vêras (2006), salientam que tem ocorrido uma influencia da ciência e da tecnologia no que se refere ao uso que se faz delas, levando os profissionais a um reducionismo que tende a patrocinar uma verificação tecnológica cuja ação assume características de frieza e praticidade. Isso, para as autoras, seria a extensão desumanizante da questão técnico-científica.

Para Bettinelli; Waskievicz e Erdmann (2003), “Urge discutir o que representam para a vida do ser humano os avanços técnico-científicos, e a tecnologia das relações” (p. 232). Respeitar as singularidades de cada pessoa, dando ao trabalho de assistência um caráter mais específico para cada sujeito, a fim de que todos tenham possibilidade de tratamento e de cuidado são aspectos que envolvem a humanização da saúde.

3 A HUMANIZAÇÃO: INDISPENSÁVEL

Ao refletir a forma de atuação do profissional da saúde, Kovács (2006) formula as seguintes questões: “Será que o profissional de saúde precisa fazer uma escolha entre competência profissional e humanidade? Não seria possível viver as duas coisas ao mesmo tempo?” (p. 102).

A partir das inquietações provenientes das reflexões feitas pelo referido autor, pergunta-se: o que é competência? O que é ser profissional? O que é humanidade? Segundo o Dicionário Eletrônico Houaiss (2001), o termo “competência” designa a “capacidade que um indivíduo possui de expressar um juízo de valor sobre algo a respeito de que é versado; idoneidade; atribuição, alçada, etc.”. Profissional é “aquele que exerce alguma profissão liberal”. Humanidade é o “Conjunto de características



específicas à natureza humana; sentimento de bondade, benevolência, em relação aos semelhantes, ou de compaixão, piedade, em relação aos desfavorecidos”.

Em síntese, tais esclarecimentos permitem dizer que competência profissional e humanidade referem-se à capacidade de exercer uma profissão, cuja natureza em relação aos semelhantes é de compaixão, de bondade e de benevolência.

Esse discurso, no que se refere à área da saúde, leva a um movimento chamado Humanização (grifo nosso). Humanização é o “ato ou efeito de humanizar (-se); tornar (-se) benévolo [...]”. Em complemento, humanizar é “tornar (-se) humano, ameno, tolerável; mais tratável; mais sociável”. Humano é aquilo “relativo ao homem ou próprio de sua natureza; que mostra piedade, indulgência, compreensão para com outra(s) pessoa(s)” (HOUAISS, 2001).

Parece então haver uma relação que se estabelece para além de uma ação profissional ou apenas de uma capacidade técnica. A humanização em saúde tem como princípio o resgate dos aspectos biopsicossocial, ético e educacional presentes no convívio humano e inseparável do processo físico intervencionista em saúde, recuperando o respeito à vida (BRASIL, 2001).

Em 2003, Martins já refletia sobre a necessidade de toda a rede que envolve a saúde ser humanizada, perguntando se as diversas relações que acontecem nas instituições sejam elas com os profissionais da saúde, com funcionários ou pacientes está se humanizando.

Surge, então, em 2004, a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, com estratégias, diretrizes e ações no âmbito da saúde (BRASIL, 2004). No documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Humberto Costa, o então Ministro da Saúde, pontua: Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, 2004). A mesma tem como implicação

Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; Orientar as práticas de atenção e

gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o humano no plano comum da experiência de um homem qualquer; Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2004).

É uma aposta na mudança da relação entre o SUS e seus usuários, uma vez que as diversas ações sem cunho humanizado sugerem a precariedade da gestão, necessitando, assim, de intervenção que transforme e qualifique a saúde. (de Vasconcelos; Martins; Machado, 2014)

Com o intuito de ilustrar esse ponto de vista, recorre-se a duas instituições: Hospital das Clínicas, em São Paulo e Hospital Aliança, na Bahia. A primeira, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas - FMUSPHC, desde 2001, vem desenvolvendo essa política de humanização, buscando mudar a visão vertical de seu atendimento, para uma visão horizontal, o que envolve a humanização de seus serviços não só junto ao usuário, o que seria o lado da atenção à saúde, mas também aos profissionais que a compõem, promovendo reuniões e diálogos que efetivem tal ação, o que seria o lado da gestão. Criando comitês, grupos e núcleos vêm desenvolvendo um trabalho no qual a prática da humanização é feita como uma mudança de comportamento e de cultura, preocupando-se, também, com a formação acadêmica dos discentes da Faculdade de Medicina que, desde 2008, dispõem de duas disciplinas que envolvem esse assunto, o que pode ser crucial para que os profissionais que trabalham no campo das relações possam desenvolver um olhar mais sensível e capaz, onde a ética e o direito do outro, são levados em conta. (RIOS; BATTISTELLA, 2013). Para que isto aconteça, é necessário que as disciplinas sejam oferecida em diversos momentos da formação acadêmica do profissional favorecendo a constante possibilidade do mesmo rever sua atitude, compreendendo seus limites na aplicação do seu saber, apreendendo as propostas nascidas das políticas de humanização da atenção em saúde (FARIA; CASTRO SANTOS, 2011; CASATE; CORRÊA, 2012).



A inserção das ciências humanas, como disciplinas, na área da saúde, tais como: saúde pública, educação e promoção da saúde, inclusão social entre outras, é relevante para que se possa conhecer a pessoa que será atendida pelo profissional da saúde. A Política Nacional de Humanização visa a formação de profissionais que saibam fazer o uso eficaz da técnica científica em conjunto com a ética, respeitoso e sábio de que na relação com os usuários e suas particularidades, gera-se a inovação das práticas de saúde (BARBOSA, *et al*, 2013).

A segunda desenvolve um programa que favorece o início da carreira profissional a jovens formandos na área da Enfermagem. É um processo de crescimento que proporciona a ação da humanização no hospital. Nesse programa, que possui os profissionais da própria equipe do hospital (nutricionista, fisioterapeuta, médico, entre outros) como docentes temas como comunicação, atitude profissional, autocuidado e, principalmente, ações voltadas para a humanização do processo de cuidar recebem especial enfoque (BARAÚNA, 2005).

É necessário além de desenvolver relações intersubjetivas, impulsionar a adesão e a cooperação por parte de todos os profissionais da saúde, sejam eles gestores, técnicos ou funcionários, visando à conscientização dos usuários no que concerne à prevenção, à cura e à reabilitação, pois muitas dessas relações se estabelecem de forma hostil e nada pessoal (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Esse conjunto de relações é importante e precisa acontecer, porém é um grande desafio, pois humanizar os serviços e as assistências em toda rede SUS, sem que os mesmos recebam uma conotação de moda ou apenas mais um programa, mas sim como um direito dos pacientes e usuários, requer a mudança de valores, a começar pela formação dos profissionais da saúde (CORRÊA, 1998; MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006; PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2010).

Waldow e Borges (2011) sugerem que a humanização provenha da sensibilização, e se destaque, não apenas como consequência de um programa, mas, principalmente, revestindo de cuidado a ação do profissional, agregando conhecimentos, valores e princípios morais acompanhados de sensibilidade e intuição, o que é essencial.

Os autores ora citados prosseguem argumentando que o ser humano é o único que possui aptidão para lidar com as questões racionais e sensíveis no ato de cuidar e humanizar (WALDOW; BORGES, 2011). E dessa capacidade Baraúna(2005) depreende que, quando a articulação entre o teórico e o técnico estiver ligada às questões afetivas, socioculturais e éticas, será possível promover uma formação que colabore para o bem-estar de um paciente (BARAÚNA, 2005).

Percebe-se a distância que se estabelece entre cura e cuidado uma vez que curar o corpo doente utilizando o aparato técnico-científico disponível, sobrepõe-se ao “cuidado de fato humanizado” com o ser humano que habita aquele corpo. Essa prática requer do profissional da saúde, profundas transformações no seu modo de agir/perceber o paciente a fim de que se possa atravessar a ponte da cura pelo cientificismo tecnológico para o cuidado técnico-humanizado.

Diante do exposto, e frente ao questionamento de Kovács, apresentado no início deste subcapítulo¹, pode-se perceber que há caminhos possíveis para conciliar o usufruto máximo do conhecimento técnico-científico com a sensibilidade do olhar humanizado sobre o sujeito que é cuidado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tempo em que na prática médica os recursos para a realização do diagnóstico e tratamento eram escassos, ao lado do paciente, firmava-se predominantemente a presença do profissional que o examinava cuidadosamente, e adquiria o conhecimento acerca de sua vida e de seus hábitos. Esse procedimento, mais próximo ao que hoje se postula para a humanização das práticas, não era somente algo da ordem do amor ao próximo, como ingenuamente, certa visão romântica tende a insinuar, pois, durante muito tempo, a proximidade com o paciente era quase um imperativo técnico para o bom exercício da medicina.

Esse mesmo paciente é testemunha e protagonista de uma era que vivencia o acelerado avanço técnico-científico, em vários setores, especialmente, na área da

¹ “Será que o profissional de saúde precisa fazer uma escolha entre competência profissional e humanidade? Não seria possível viver as duas coisas ao mesmo tempo?”



saúde. As conquistas são inegáveis e muito contribuem para a melhoria das condições biológicas e de vida do homem. No entanto, o que se percebe nas reflexões teóricas apresentadas neste artigo, sobre a relação entre esses avanços e a condição de manter-se humano no trato com o outro, é justamente a cisão que há entre essas realidades. É como se, em algum momento, ser humano e ser profissional tivessem convergido para uma condição de escolha, mutuamente excludente, e não fosse possível a conciliação.

No entanto, no século passado, Jung (19---, apud TEIXEIRA, 2011) já nos alertava para um desfecho de possibilidades fecundas ao anunciar: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”.

Essa realidade tem instigado profissionais e teóricos a buscarem caminhos para “re-unir”, no sentido de entrelaçar de maneira indissociável, o conhecimento técnico-científico a uma ação humanizada, que possa considerar a dignificação do sujeito em meio a sua dor. Assim, a ação do homem, principalmente na área da saúde, precisa acontecer de forma sensibilizada, compreendida/compreensiva, acolhida/acolhedora. É nessa condição de humano que existe a dor, a ansiedade, a insegurança e o medo, demandas reais para o acolhimento e para a escuta, por parte de qualquer profissional da área da saúde.

Chega-se, pois, à Humanização, que, ao longo deste estudo, é também mencionada como um processo que pode ser direcionado e conduzido com práticas articuladas, em que, inclusive, a capacitação do profissional da saúde, sob esse aspecto, é concebida como algo viável. Nesse momento, porém, algumas reflexões emergem com o propósito de buscar melhor entendimento sobre possibilidades e limites desse feito. Como isto se daria? Como ensinar alguém a olhar nos olhos, a tocar nas mãos, a enxugar uma lágrima? Para Machado, Pessini e Hossne (2007), na área da saúde, a arte da humanização é preterida diante do efeito oriundo da tecnologia. Talvez a arte da humanização seja esta parte subjetiva e ontológica contida no sujeito, a qual não se mensura.

Muitos serviços vêm se dedicando ao trabalho da Humanização, mas, apesar disto, esta temática ainda é relativamente recente no cotidiano da maioria das práticas

na saúde e no ensino da mesma, bem como a aplicabilidade de teorias e técnicas relacionais que promovam uma vivência do que seria “relacionar-se com”, trazendo a oportunidade de experienciar em si sentimentos de solidariedade e respeito. Conhecer e aplicar esse saber se faz urgente, pois mesmo conscientes da importância do campo da subjetividade na saúde, da ênfase dada ao princípio da integralidade e do desenvolvimento tecnológico, para grande parte dos profissionais, o modo tecnicamente humanizado permanece uma utopia.

O grande nó, ainda não desatado, está relacionado com a necessidade de desenvolver nos profissionais o interesse legítimo pelo paciente. Tarefa nada fácil nos tempos atuais, em que prevalece o individualismo, e onde o desejo de adquirir uma nova forma de ser e de fazer o encontro clínico no campo intersubjetivo e, mais além deste, realizar a humanização em toda a sua amplitude é algo que nos parece ainda distante.

Ainda evidencia-se um momento muito rudimentar na abordagem humanista, necessitando de um maior aperfeiçoamento. Entretanto o caminho é longo e pede uma transformação na postura dos profissionais como algo fundamental. (SANTOS; FERNANDES; OLIVEIRA, 2012).

Sob esse ponto de vista, a humanização só terá assegurado seu lugar na relação do profissional da saúde com o paciente, quando esta se mostrar indispensável aos bons resultados que o mesmo deseja de si em seu trabalho. Para isso, há que se provocar uma descoberta fundamental em sua vida: a recuperação do desejo e do prazer de cuidar.

Acerca disso, constata-se que a demanda pelo resgate do sujeito adoecido, torna-se substancialmente necessária, à medida que significa ter de volta a sua dignidade, independentemente da doença que lhe desgasta o aparelho biológico, mas não o destrói enquanto ser humano.



HUMANIZATION AND TECHNICAL SCIENTIFIC KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS: A WALK TOGETHER

ABSTRACT

The technical and scientific development on the health area, as well as the relationship between the professional and the diagnostic possibilities and treatment as a result of its use, promoted a colder view about what means to take care of another – take care became synonymous of heal. As a result, it was noticed a gradual separation of the professionals and the patients. This article is a literature review that constitutes itself on the survey of scientific literature ever published in books, articles and research sites on the Internet, and aims to reflect and discuss this theme, checking (or keeping an eye on) a possibility to exist a path of reconciliation between the scientific objectivity of heal and the emotional subjectivity of take care, synonymous with humanization. It concludes that, although the walk can and should coexist, it shows that even considering the discussions and initiatives, this approach requires a change in both behavior of health professionals before its technical excellence, as well as their attitudes towards life itself and subject ill.

Keywords: Humanization. Health. Takecare. Technical scientific knowledge.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, Nára Selaimen Gaertner de. **O acadêmico de medicina frente a morte: questões para se (re) pensar a formação.** 2007. 115 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre. BR-RS. (texto sem paginação). Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12945/000635601.pdf?sequence=1>>. Acesso: 15 mar. 2013.

BARAÚNA, T. **Humanizar a ação, para Humanizar o ato de Cuidar.** Instituto Avanzado de Criatividade Aplicada Total. 2005. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>>. Acesso em: 20 maio 2013.

BARBOSA, G. C. *et al.* **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** Rev. bras. enferm. vol.66, no1 Brasília Jan./Feb. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019>. Acesso em: 16 mai. 2015.

BARBOSA, S. M. M. Prefácio. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, 2009. Disponível em:

<<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2013.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. O Mundo da Saúde -São Paulo. ano 27, v. 27, n. 2 abr./jun. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf. Acesso em: 15/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Versão atualizada em janeiro/2004, incorporando as contribuições dos grupos de discussão da Oficina Nacional HumanizaSUS, realizada em 19 e 20 de novembro de 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

CASETE, J. C.; CORRÊ, A. K. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação** Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029>. Acesso em: 15 mai. 2015.

CAPONERO, Ricardo. *A evolução do movimento Hospice*. In: PIMENTA, Cibele. A. M; MOTA, Dálete. D. C. F.; CRUZ, Diná. A. L. M. C. **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri: Manole, p. 1-15 , 2006.

CORRÊA, A. K. **O Paciente em centro de terapia intensiva: Reflexão bioética**. Rev. Esc. Enf. USP, v. 32, n. 4, p. 297-301, dez. 1998. Disponível em:<<http://www.lucienesantoro.com.br/site/documentos/terapia/textos/pacienteCTI.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

FARIA, L. SANTOS, L. A. C. **As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.227-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702011000500012&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mai. 2015.

FIGUEIREDO, Maria das G. M. C. A.; FIGUEIREDO, Marco Tulio. A. *Cuidados Paliativos*. In: INCONTRI, Dora; SANTOS, Franklin S. **A arte de Morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, p. 196-206, 2007.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, K. R de. **A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico**.



Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Objetiva, 2001.

KOVÁCS, M. J. *Comunicação em cuidados paliativos*. In: PIMENTA, Cibele. A. M.; MOTA, Dálete. D. C. F.; CRUZ, Diná. A. L. M. C. **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri: Manole, 2006. p. 86-102.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. Centro Universitário São Camilo, v. 1, n.1, p. 34-42, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2013.

MARTINS, M. C. F. N. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. Maio de 2003, v. 8, n. 5 *Psychiatry on line Brasil* v. 18 – maio 2013 – Editor: Giovanni Torello. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php>. Acesso em: 16 jun. 2013.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, 2009. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2013.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 2, p. 277-84. 2006, março-abril. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

PEREIRA, A. D. FREITAS, H. M. FERREIRA. C. L. L. MARCHIORI M.R.C.T. SOUZA, M.H.T. BACKES, D.S. **Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento**. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100008>. Acesso em: 14 mai. 2015.

PERES, G. M. LOPES, A. M. P. **Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais**. *Psicol. hosp.* (São

Paulo) vol.10 no.1 São Paulo jan. 2012. . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
>. Acesso em: 15 mai. 2015.

PUSCH, R. Humanização e integralidade. **Rev. SBPH** vol.13 no. 2. Rio de Janeiro dez. 2010. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200004&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 14 mai. 2015.

RIOS, I. C.; BATTISTELLA, L. R. **Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Saude soc. v. 22, n. 3. São Paulo July/Sept. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300018&lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2015.

SANTOS, M. F. FERNANDES, M. G. M. OLIVEIRA, H. J. Acolhimento e humanização na visão dos anestesiológicos. **Rev. Bras. Anesthesiol.** V. 62, n. 2, Campinas Mar./Apr. 2012. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000200006
>. Acesso em: 16 mai. 2015.

SILVA, S. M. A. Quando o tratamento oncológico pode ser fútil? Do ponto de vista da psicóloga. **Revista Brasileira de Cancerologia**; n. 54, v. 4, p. 397-399, 2008. Disponível em:<
http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/397_400__Quando_o_Tratamento_Oncol%C3%B3gico_Pode_Ser_Futil_psicologa.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2013.

TEIXEIRA, Alessandra. O perfil psicológico e o estilo de negociação dos negociadores de energia elétrica no Brasil. 2011. 195 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2012/03/Alessandra-Teixeira.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

VASCONCELOS, M. de F. MARTINS, C. P. MACHADO, D. de O. **Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras**. Interface(Botucatu) vol.18 supl.1 Botucatu Dec. 2014 Epub Mar 24, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500997>. Acesso em: 15 mai. 2015.

VIDAL, V. L. L. Atenção e cuidado ao paciente terminal. **Rev. Cient. Cent. Univ. Barra Mansa** - UBM, Barra Mansa, v. 9, n. 17, p. 89, jul. 2007. Disponível em:
<<http://www.ubm.br/ubm2007/hotsites/revista/pdf/Aten%E7%E3o%20e%20cuidado%20ao%20paciente%20terminal.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.



WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: *relações e significados*. **Acta paul. enferm.** v. 24, n. 3, São Paulo 2011. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017> >. Acesso em: 01 jun. 2013.