

Implicações dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado: revisão integrativa da literatura

Implications of health work processes in the offering of humanized care: integrative literature review

Laura Soares Matos¹, Juliana Oliveira de Barros²

doi: 10.11606/issn.2238-6149.v34i1-3e222238

Matos LS, Barros JO. Implicações dos Processos de Trabalho em Saúde na Oferta do Cuidado Humanizado: Revisão Integrativa da Literatura. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2024 jan.-dez.;34(1-3):e222238

RESUMO: A humanização, enquanto perspectiva transversal às práticas em saúde, propõe que gestores, trabalhadores e usuários dos serviços possam reconstruir de forma compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar. Compreender as implicações dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS. Revisão Integrativa da literatura, realizada em junho de 2023. A amostragem foi composta por 18 artigos. Qualitativamente, os dados foram organizados em duas categorias: 1) concepção da humanização, e; 2) implicação dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado no contexto do SUS. Ambiente, gestão participativa, indissociabilidade entre gestão e atenção, influenciam a conformação dos processos de trabalho. Aspectos como precariedade das condições laborais, fragmentação do trabalho e gestão de serviços mecanicista e hierárquica, são desfavoráveis à humanização do cuidado. Compreende-se que condições materiais, ambientais e a organização do trabalho determinam processos de trabalho que, por sua vez, influenciam a concretização da humanização. As práticas gerencialistas, crescentes nos serviços públicos de saúde, evidenciam a lógica privatizante, intensificam a precarização dos contratos e vínculos dos trabalhadores, aspectos incongruentes aos princípios e diretrizes do SUS e da humanização do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência; Condições de trabalho; Processos de trabalho em saúde.

Matos LS, Barros JO. Implications of Health Work Processes in the Offering of Humanized Care: Integrative Literature Review. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2024 Jan-Dec;34(1-3):e222238

ABSTRACT: Humanization, as a transversal perspective to health practices, proposes that managers, workers and service users can rebuild ways of managing and caring in a shared and collective way. Understand the implications of health work processes in the provision of humanized care in the context of the UHS. Integrative literature review, carried out in June 2023. The sample consisted of 18 articles. Qualitatively, the data were organized into two categories: 1) conception of humanization, and; 2) implication of health work processes in the provision of humanized care in the context of the UHS. Ambiente, participatory management, inseparability between management and attention, influence the shape of work processes. Aspects such as precarious working conditions, work fragmentation and mechanistic and hierarchical service management are unfavorable to the humanization of care. It is understood that material and environmental conditions and work organization determine work processes that, in turn, influence the achievement of humanization. The managerial practices, growing in public health services, highlight the privatizing logic, intensify the precariousness of workers' contracts and relationships, aspects that are incongruous with the principles and guidelines of the SUS and the humanization of care.

KEYWORDS: Humanization of assistance; Working conditions; Working processes in health.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina MFT0252- Iniciação à Pesquisa II, campo: Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho, do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Apresentado no II Seminário de Iniciação à Pesquisa e na XVIII Jornada Acadêmica do Curso de Terapia Ocupacional da USP, realizados entre os dias 6 e 8 de dezembro de 2023 na Faculdade de Medicina da USP.

1. Prefeitura Municipal de Guarulhos, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Recriar. Guarulhos, SP, Brasil. <https://orcid.org/0009-0004-9849-7998>. E-mail: laura_smatos@hotmail.com

2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4453-7809>. E-mail: juliana.obarros@usp.br

Endereço para correspondência: Juliana de Oliveira Barros. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária, Butantã, São Paulo, SP Brasil. CEP. 05360-160. E-mail: juliana.obarros@usp.br.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), implantada em 2003, teve como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários¹. A criação PNH se configurou como uma estratégia de enfrentamento criativo à crise das práticas de saúde e democratização dos processos de trabalho que, embora com expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, encontravam sérias dificuldades em responder efetivamente às complexas demandas de saúde dos usuários². A despeito de seu esvaziamento enquanto política de governo em 2015, conseguiu avanços no sentido de favorecer a transversalização de seus princípios e diretrizes em outras políticas, impulsionando mudanças nos processos de gestão e conformação de novas interlocuções para a integração das ações de cuidado^{3,4}.

Para Pasche⁵, a humanização diz respeito à proposição de novas práticas em saúde e modos de gestão, considerados tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. Isto porque, a indissociabilidade entre a produção de condições de saúde e produção de sujeitos, tem como horizonte a ampliação do trabalho em saúde em uma tríplice direção: produção-sustentação da organização, produção de serviços e produção de sujeitos⁶. Para o autor, trata-se, sobretudo, de um movimento que propõe a inclusão das pessoas vinculadas a um serviço (gestores, trabalhadores e usuários) para que possam reconstruir de forma compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes do SUS enquanto pressupostos éticos, clínicos e políticos. Neste contexto, compreende-se o cuidado humanizado enquanto

... atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, possibilitando que ambos, usuários dos serviços e profissionais de saúde, reconstruam suas percepções de si próprios nos, e a partir dos encontros cuidadores⁷.

A produção do cuidado humanizado, enquanto aspecto transversal às práticas em saúde, demanda do profissional de saúde a adoção da postura de cuidador, ou seja, responsável, consciente, eticamente implicado, tecnicamente habilitado, politicamente atuante e socialmente comprometido. Ressalta-se que o trabalho em saúde nunca será meramente a aplicação de regras gerais numa situação genérica pois envolve, necessariamente, as singularidades e necessidades específicas de vida do usuário, em um processo de inter-relação ativa com o profissional cuidador,

que implicará em transformações na vida dos sujeitos envolvidos na trama do cuidado⁸. Tais características do trabalho em saúde invocam a participação mais ampla da subjetividade dos profissionais, porém na realidade das práticas cotidianas tem-se um trabalhador precarizado em seus direitos e suas necessidades⁹.

Para compreender potências e desafios do trabalho em saúde hoje, é também necessário considerar o contexto atual de um mundo global, organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, atravessado por um intenso processo de incorporação e desenvolvimento tecnológicos, sob a ofensiva da política do Estado neoliberal. Neste contexto, a organização, funcionamento e processo de produção de cuidado dos serviços de saúde, se modelam em relação e sob influências diversas, como por exemplo:

- a) as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes que determinam as políticas vitoriosas em cada momento;
- b) os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelos setores de ponta da economia;
- c) a tecnologia disponível e aplicável na área;
- d) o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde;
- e) o tipo de instituição, seja pública, privada ou do chamado terceiro setor¹⁰.

Alguns autores ressaltam que o estado moderno se alinha com o modelo gerencial de Nova Gestão Pública (NGP), que se fundamenta na lógica de produtividade, redução de custos com repasse de recurso vinculado ao pagamento por performance, elementos típicos de gestão privada, que impactam diretamente o cotidiano dos serviços públicos¹¹. A presença de Organizações Sociais na gestão dos serviços públicos implica, entre outras coisas, na precarização dos contratos e vínculos dos trabalhadores, na falta padronização de salários e de condições de trabalho, aspectos que incidem diretamente na qualidade do cuidado oferecido pelos profissionais e equipes à população¹².

O avanço do caráter privatizante nos serviços públicos de saúde, caminha na direção contrária à concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, norteadores do SUS. Nesse cenário, o trabalho assistencial em saúde, considerado essencial para a vida humana, cujo produto é indissociável do processo que o produz¹⁰, encontra contradição com a organização da oferta de ações de saúde e respectivos processos produtivos. Algumas incongruências entre princípios e diretrizes do SUS e o ideário da humanização, por exemplo, e o real das práticas de gestão, em seus diversos atravessamentos, podem despotencializar o engajamento dos trabalhadores e favorecer a emergência do sofrimento

psíquico a esta população, com conseqüente impacto no cuidado oferecido à população¹³.

Segundo Peduzzi e Schraiber¹⁴, o processo de trabalho em saúde compreende a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, diz respeito à prática diária desenvolvida por trabalhadores/ profissionais de saúde no âmbito da produção e do consumo de serviços de saúde. Trata-se de um processo dinâmico, relacional e que incorpora diferentes tipos de tecnologias (condutas terapêuticas, instrumentos e ferramentas) e se realiza, essencialmente, pela intervenção criativa do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo em ato¹⁵.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde contempla toda a dinâmica do trabalho humano, constituindo-se enquanto categoria analítica privilegiada, ao contemplar aspectos dinâmicos e relacionais dados no cotidiano de trabalho.

Humanizar o cuidado em saúde é fundamental para garantir a construção de soluções que adotem como premissa as necessidades do usuário, de forma integral e longitudinal, em diálogo com as diretrizes do SUS. Tendo isso em vista, é de suma importância localizar e reconhecer, de modo mais detalhado, como os processos de trabalho em saúde influenciam na oferta deste cuidado, para assim, fomentar o debate e a construção de estratégias para transformação da realidade dos trabalhadores da saúde e conseqüentemente caminhar para a concretização da humanização do cuidado no âmbito do SUS.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é o de identificar e discutir as implicações dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado. Compreende-se que a sistematização de aspectos dos processos de trabalho em saúde e respectivas implicações na oferta do cuidado humanizado à população usuária do SUS, torna mais fácil o acesso a este conhecimento para que profissionais, gestores e demais interessados que estiverem na prática cotidiana dos serviços públicos de saúde possam transformar a realidade das instituições e a clínica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura que, para Souza et al.¹⁶ constitui-se enquanto abordagem ampla que tem como propósito contribuir na compreensão acerca de determinado fenômeno a partir da literatura de base científica, cujos resultados se desdobrarão em subsídios para a ciência e para a prática clínica.

A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas mundialmente facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento

novo para a prática. Consoante ao que é pontuado por Souza et al.¹⁶ o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente para o desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita.

Considerando as diretrizes propostas por Souza et al.¹⁶, o trabalho foi realizado em 6 fases: 1º Elaboração da pergunta norteadora, 2º Busca ou amostragem na literatura, 3º Coleta de dados, 4º Análise crítica dos estudos incluídos, 5º Discussão dos resultados e 6º Apresentação da revisão integrativa.

Nesta revisão, para construção da pergunta norteadora, inspirou-se no acrônimo SPIDER que contempla: *Sample (S), Phenomenon of Interest (PI), Design (D), Evaluation (E) e Research Type (R)*¹⁷. Desta forma, a presente revisão orientou-se pela seguinte questão norteadora: “Quais são as implicações (E) dos processos de trabalho em saúde (PI) na oferta do cuidado humanizado (PI) no contexto do SUS (S)?”

Preliminarmente a busca bibliográfica, foi consultado o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para identificação das palavras chaves correspondentes ao tema e a pergunta norteadora do estudo, além de um levantamento bibliográfico preliminar para auxiliar na definição dos descritores de busca. Concomitantemente, foi realizado um encontro com a bibliotecária da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vinculada especificamente ao Serviço de Acesso à Informação (SAI), para definir e refinar a escolha dos descritores e das bases de dados utilizadas na pesquisa.

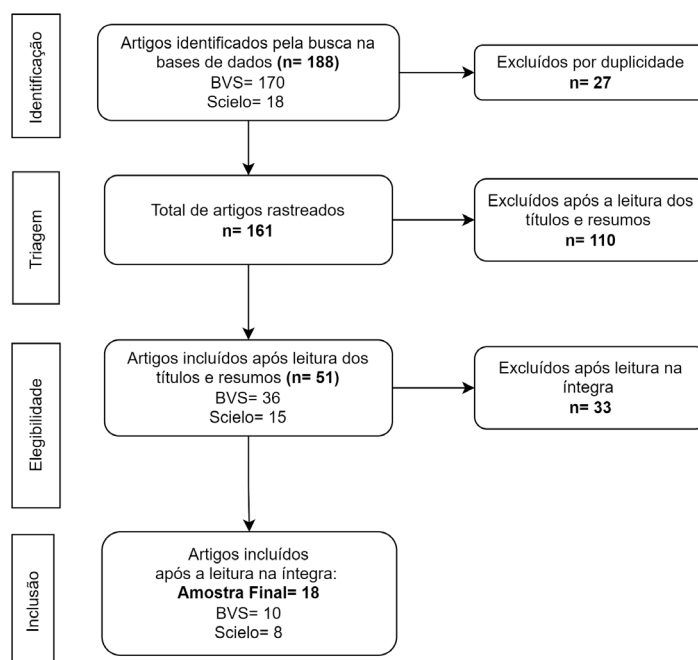
A busca foi realizada em junho de 2023, a partir dos descritores (*humanização da assistência*) AND (*processos de trabalho em saúde* OR *processo de trabalho em saúde* OR *condições de trabalho*), de artigos publicados em língua portuguesa e espanhola, indexados nas Bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. A seleção da amostragem aconteceu a partir da adoção dos seguintes critérios de inclusão: artigos que contemplassem a população trabalhadores da saúde inseridos no SUS (S); abordassem os processos de trabalho da população (PI); fizessem referência a humanização (PI) no resumo, título ou palavra-chave, de natureza quantitativa ou qualitativa (D), sem filtro de data. Foram excluídos os artigos que se debruçassem sobre práticas em contextos privados ou filantrópicos (S); que tratassem sobre humanização, mas não tivessem o foco nos processos de trabalho em saúde (PI); que não fossem da língua portuguesa ou espanhola; textos identificados como editorial, livros, teses, capítulos de livro, anais, resumos de congressos e dissertações; literatura cinzenta e artigos não disponíveis na íntegra nas bases de dados consultadas.

Os resultados da busca foram incluídos na plataforma RAYYAN, aplicativo gratuito disponibilizado e desenvolvido

pelo QCRI (Qatar Computing Research Institute)¹⁸, que auxilia na organização bibliográfica e também na identificação e exclusão por duplicidade. O processo de revisão ocorreu com a cooperação de um revisor externo, auxiliando na triagem, caracterização e análise dos manuscritos que compuseram a amostra final.

Para o processo de seleção dos artigos, conforme retratado na Figura 1, primeiro foi realizado a leitura dos títulos e resumos dos estudos e foram excluídos os artigos que não respondessem aos critérios de inclusão. Posteriormente, os artigos foram lidos na íntegra e excluídos aqueles que não se relacionavam com a pergunta norteadora e não possuísem o foco nos processos de trabalho. Em ambas as fases, foram seguidos os critérios de inclusão e exclusão.

Os artigos foram categorizados conforme os níveis de evidência: nível 1 (evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados); nível 2 (evidências resultantes de estudos individuais com delineamento experimental); nível 3 (evidências provenientes de estudos quase-experimentais); nível 4 (evidências de estudos descritivos não-experimentais ou com abordagem qualitativa); nível 5 (evidências obtidas de relatos de caso ou de experiência) e nível 6 (evidências baseadas em opiniões de especialistas)¹⁴. Artigos de revisão bibliográfica não são contemplados na classificação de referência. Sendo assim, não foram submetidos a categorização do nível de evidência¹⁶.



Código: BVS= Biblioteca Virtual em Saúde; n= número de artigos.

Fonte: Autoras, 2023.

Figura 1 – Diagrama de busca e seleção dos artigos

RESULTADOS

Caracterização Geral dos Artigos

A amostragem final foi composta por 18 artigos, cujas características gerais e específicas foram dispostas nos Quadros 1 e 2. As publicações contemplam a discussão do processo de trabalho na atenção hospitalar (n=7), na atenção

básica (n=2) e na atenção especializada (n=2). Os demais manuscritos são de natureza teórica ou de revisão bibliográfica.

No que tange ao local de desenvolvimento dos estudos há o predomínio, respectivamente, de publicações na região sudeste: São Paulo (n=5), Rio de Janeiro (n=4), Minas Gerais (n=1), Espírito Santo (n=1); na região Sul: Rio Grande do Sul (n= 3), e; na região Nordeste: Bahia (n=1), Sergipe (n=1). O período de publicação dos artigos varia entre os anos de 2005 e 2021.

Quadro 1 – Características gerais dos artigos selecionados, em ordem crescente quanto ao ano de publicação.

Autores e Ano de publicação	Título	Periódico de publicação	Instituição de filiação do primeiro autor	Local de desenvolvimento do estudo	Contexto de atenção à saúde
Rossi e Lima (2005) ¹⁹	Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro	Rev Bras Enferm.	Universidade de Caxias do Sul	Rio Grande do Sul	Atenção especializada
Souza e Moreira (2008) ²⁰	A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate	Interface	Universidade Estácio de Sá	São Paulo	Não se aplica
Hennington (2008) ²¹	Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia	Rev Saúde Pública	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas	Rio de Janeiro	Não se aplica
Chaves e Nehmy (2009) ²²	As experiências de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG	Rev Minas Gerais	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	Minas Gerais	Atenção hospitalar
Sá (2009) ²³	A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde	Interface	Esc Nacional de Saúde Pública Sergio de Arouca	Não se aplica	Não se aplica
Pasche (2009) ²⁴	Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos	Rev Med Minas gerais	Universidade Federal de Santa Catarina	Não se aplica	Atenção Hospitalar
Santos Filho, Barros e Gomes (2009) ²⁵	A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde	Interface	Ministério da Saúde	São Paulo	Não se aplica
Duarte e Noro (2010) ²⁶	Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem	Rev Gaúcha Enferm.	Esc de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul	Atenção hospitalar
Schiavon, Ribeiro e Silva (2010) ²⁷	Coletivo de Gestão: um espaço a ser inventado	Bol Inst Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	São Paulo	Não se aplica
Pasche, Passos e Hennington (2011) ²⁸	Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública	Cien Saúde Coletiva	Secretaria de Atenção à Saúde	Rio de Janeiro	Não se aplica
Alves, Deslandes e Mitre (2011) ²⁹	A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização	Interface	Faculdade de Medicina de Petrópolis	Rio de Janeiro	Atenção hospitalar
Nora e Junges (2013) ³⁰	Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	Rev Saúde Pública	Universidade do Vale do Rio dos Sinos	Rio Grande do Sul	Atenção Básica
Morschel e Barros (2014) ³¹	Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde	Saúde Soc.	Instituto Federal do Espírito Santo	Espírito Santo	Não se aplica

Continua

Quadro 1 – Características gerais dos artigos selecionados, em ordem crescente quanto ao ano de publicação.

Continuação

Autores e Ano de publicação	Título	Periódico de publicação	Instituição de filiação do primeiro autor	Local de desenvolvimento do estudo	Contexto de atenção à saúde
Medeiros, et al. (2016) ³²	Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	Rev Esc Enferm USP	Universidade Federal do Rio Grande	São Paulo	Atenção hospitalar
Evangelista, et al. (2016) ³³	Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho	Rev Bras Enferm	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	São Paulo	Atenção hospitalar
Menezes e Escóssia (2018) ³⁴	A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário	Rev Psicol	Universidade Federal de Sergipe	Sergipe	Atenção hospitalar
Gusmão, et al. (2021) ³⁵	Acolhimento na atenção primária à saúde na percepção da equipe multiprofissional	Rev Cuidado Fundam.	Universidade Estadual de Montes Claros,	Rio de janeiro	Atenção Básica
Sales, et al. (2021) ³⁶	Centro de acolhimento e apoio psicológico aos trabalhadores com covid-19: planejamento, estrutura e prática interdisciplinar.	Revista Baiana Saúde Pública	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	Bahia	Atenção especializada

Fonte: Autoras, 2023.

Quadro 2 – Características específicas dos artigos selecionados, em ordem crescente quanto ao ano de publicação.

Autores e Ano de publicação	Tipo de Pesquisa e/ou desenho do estudo	Objetivo (PI)	Nível de evidência
Rossi e Lima (2005) ¹⁹	Estudo de caso de natureza qualitativa	Identificar a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e a sua interferência na produção do cuidado.	Nível 4
Souza e Moreira (2008) ²⁰	Revisão bibliográfica narrativa	Associar os significados do humanismo na sociedade moderna e seus reflexos no setor da saúde e problematizar o conceito de humanização ao longo do tempo e as implicações no campo da saúde.	Não se aplica
Hennington (2008) ²¹	Ensaio	Refletir sobre o trabalho em saúde, buscando confrontar o pensamento do filósofo francês Schwartz e a temática da gestão dos processos de trabalho no contexto da política de humanização, tendo como foco os sujeitos-trabalhadores da saúde e seu papel na implementação de práticas humanizadas no âmbito do SUS.	Nível 6
Chaves e Nehmy (2009) ²²	Relato de experiência	Relatar as experiências de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG.	Nível 5
Sá (2009) ²³	Artigo Teórico	Discutir os desafios para a produção do cuidado em saúde, a partir dos processos intersubjetivos e inconscientes.	Nível 6
Pasche (2009) ²⁴	Artigo teórico	Apresentar a PNH como orientação ético-política e seu modo de lidar com os problemas que permeiam o campo da gestão e do cuidado.	Nível 6

Continua

Quadro 2 – Características específicas dos artigos selecionados, em ordem crescente quanto ao ano de publicação.

Continuação

Autores e Ano de publicação	Tipo de Pesquisa e/ou desenho do estudo	Objetivo (PI)	Nível de evidência
Santos Filho, Barros e Gomes (2009) ²⁵	Artigo teórico	Análise acerca do modo de fazer da PNH sobre a função de apoio institucional.	Nível 6
Duarte e Noro (2010) ²⁶	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa	Compreender de que forma os profissionais de enfermagem realizam as suas práticas profissionais pautadas pela humanização.	Nível 4
Schiavon, Ribeiro e Silva (2010) ²⁷	Relato de experiência	Apresentar a experiência do Coletivo de Gestão de Araraquara, espaço aberto a todos os trabalhadores de saúde que compartilham das ideias e desejos dos processos de cogestão, diretriz da Política Nacional de Humanização.	Nível 5
Pasche, Passos e Hennington (2011) ²⁸	Artigo teórico	Análise da trajetória e cenário de emergência da política nacional de humanização, enquanto dispositivo de enfrentamento.	Nível 6
Alves, Deslandes e Mitre (2011) ²⁹	Pesquisa qualitativa; perspectiva etnográfica	Análise do cotidiano da gestão de trabalho de enfermagem em uma enfermaria pediátrica, sob à luz da PNH	Nível 4
Nora e Junges (2013) ³⁰	Revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese	Analisar as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do sistema de saúde brasileiro com base nos princípios da política nacional de humanização do Brasil.	Não se aplica
Morschel e Barros (2014) ³¹	Pesquisa qualitativa; acompanhamento do curso	Compreender como o modo de organizar o trabalho repercute na atenção à saúde, na efetivação ou não, dos princípios do SUS e na afirmação da dimensão pública de uma política de saúde.	Nível 4
Medeiros, et al. (2016) ³²	Pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa.	Identificar os elementos que promovem a integralidade e a humanização da gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	Nível 4
Evangelista, et al. (2016) ³³	Pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo.	Compreender o significado do cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva considerando a vivência da equipe multiprofissional	Nível 4
Menezes e Escóssia (2018) ³⁴	Pesquisa qualitativa; método cartográfico	Acompanhar e analisar processos de criação de dispositivos consonantes com a PNH em um Hospital Universitário	Nível 4
Gusmão, et al. (2021) ³⁵	Estudo descritivo e qualitativo	Compreender o acolhimento na unidade básica de saúde na percepção da equipe multiprofissional	Nível 4
Sales, et al. (2021) ³⁶	Estudo descritivo e observacional	Relatar a experiência da equipe multiprofissional designada para compor o centro, sua implantação e a organização dos processos de trabalho desenvolvidos	Nível 4

Fonte: Autoras, 2023.

Nos artigos selecionados, identificou-se que para problematizar a oferta de cuidado humanizado na relação com os atributos dos processos de trabalho, foi importante explicitar a concepção de humanização adotada pelos autores. Diante disso, os dados extraídos foram organizados em duas categorias: 1) concepção da humanização, e; 2) implicação dos processos de trabalho em saúde na oferta do cuidado humanizado no contexto do SUS.

Concepções de Humanização

Na PNH, compreende-se a humanização a partir do desenvolvimento de práticas sociais e profissionais concretas que interferem, promovem e transformam o modo de agir e cuidar, tendo em vista que o sujeito se constitui no real das experiências dos serviços^{27,30,31,33,34}. A maioria dos artigos^{19,21-24,27,28,32,35,36} relaciona a humanização com os princípios propostos na política, especificamente: o respeito ao indivíduo¹⁹, sua historicidade e autonomia, correlacionada à corresponsabilidade e protagonismo.

Tais princípios dizem respeito ao reconhecimento do outro como sujeito, portanto, ator ativo na produção de saúde. Ao compreender o usuário como protagonista e corresponsável pela produção da própria saúde almeja-se também construir uma relação mais horizontal, simétrica e solidária com os profissionais da saúde, com valorização das potencialidades do sujeito-usuário e de seu saber^{19,21-24,27,28,32,35,36}.

O caráter transversal das proposições da PNH^{20,21,23,24,30,34}, também ressaltado pelos autores, diz respeito ao compromisso com a humanização em todos os contextos da atenção à saúde, transformando as relações de trabalho, por meio de mudanças no padrão tradicional de comunicação. Corresponde à ampliação do processo comunicacional entre sujeitos e coletivos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas para, dessa forma, ultrapassar as fronteiras dos diferentes saberes e poderes na produção de saúde.

Ainda neste contexto, a concepção de humanização aparece como perspectiva para criação do novo, a partir da inclusão de todos os atores envolvidos no processo de cuidado na construção de estratégias para responder às necessidades de saúde^{24,28}. Considera-se, portanto, a criação de possibilidades e caminhos para o cuidado em saúde como dimensão constitutiva da humanização^{21,24,26,29,31-33}. Trata-se de processo constante de propositura de reflexão e fomento de possibilidades que permitem a inventividade, a ética vital de pôr em análise e a reinvenção³¹.

Alguns autores^{21-23,25} complexificam a discussão sobre a humanização. Apontam para o perigo dela ser empregada apenas em sentido oposto a situações de indiferença e apatia vivenciadas nos serviços de saúde. Tal concepção pode

ainda, se mal-empregada, endossar a idealização do ser humano, compreendida como a busca por tornar-se “o homem bom”, inerentemente bom, descartando, por exemplo, sentimentos e vivências comuns a natureza humana, tais como a raiva, a inveja, a tristeza, presentes nas experiências e nas relações sociais^{21,23}. A retórica dicotômica de bom e ruim, certo e errado, reduz o valor das interações e relações à medida que desqualifica os conflitos, enfrentamentos fundamentais para a transformação dos processos de saúde e de trabalho.

Por fim, aparece também a proposição do deslocamento da ideia de humanização como satisfação do consumidor para a ideia da humanização enquanto acesso e exercício do direito à saúde²⁰ como direito de cidadania.

Implicação dos Processos de Trabalho em Saúde na Oferta do Cuidado Humanizado no Contexto do SUS

Nas ações cotidianas desenvolvidas longitudinalmente é que se efetiva a humanização^{21,26,31} que, por sua vez, não se traduz apenas em programas e propostas pontuais. O processo de trabalho aparece nos artigos como fundamental para a implementação bem-sucedida de projetos de humanização^{29,30,33,34}. Aspectos da ambiência, gestão participativa e cogestão, indissociabilidade entre gestão e atenção, princípios e diretrizes destacados pela PNH, aparecem como pontos que influenciam a conformação dos processos de trabalho que, por sua vez, têm impacto na oferta de cuidado humanizado.

As condições de trabalho, condições concretas do serviço como limites físicos e barreiras arquitetônicas, fazem parte do que é denominado de ambiência²². A PNH convocou a discussão sobre a ambiência a partir da proposição e da criação de espaços acolhedores, que possibilitassem encontros entre os sujeitos, como uma das formas de viabilizar o cuidado humanizado^{20,22,25,28,30,32,35,36}. É a partir do fomento de discussões compartilhadas, da instauração de dinâmicas coletivas começando com a disposição de espaços acolhedores, que favoreçam a negociação entre os atores²¹, que se constroem parcerias, redes e ações de sustentação e capilarização dos princípios da humanização no cotidiano dos serviços²².

Problemas na ambiência, como precariedade dos espaços e instalações das instituições de saúde interferem no processo de trabalho, comprometem a qualidade dos serviços prestados³⁰, configurando-se, portanto, como condição desfavorável para a humanização. Em oposição à literatura da área^{20-22,25,28,30,32,35,36} um dos estudos identificados²⁶ conclui que as condições físicas da unidade e poucos recursos materiais não são fatores determinantes para concretizar

ou não o processo de humanização, e que cada indivíduo possui seus meios para alcançá-la por meio de organizações próprias e alternativas.

No que tange a diretriz de gestão participativa e cogestão^{27,34}, o dispositivo coletivo de gestão se constituiria como um espaço de formulação de projetos, de tomada de decisão e de aprendizagem cooperativa, corresponsabilizando os trabalhadores a gerirem os processos de trabalho, desencadeando, dessa forma, o exercício da democracia institucional e de cidadania. Nessa perspectiva, o processo de trabalho em saúde assume centralidade e é qualificado como um espaço de produção coletivo e compartilhado^{20,24}. Compreende-se que é nesse nível em que são construídas as perspectivas de adesão ou recusa das proposições dos formuladores de políticas e gestores²⁰.

O princípio de indissociabilidade dialoga com aspectos da gestão participativa e cogestão, ao evidenciar que para a efetivação da humanização é necessário que haja mudanças na gestão dos serviços de maneira a incluir os trabalhadores neste processo^{21,24,25,28,31,32}, visto que são mutuamente influenciados. Gestão de serviços mecanicista, hierárquica e fragmentada³², com escassa participação dos trabalhadores³³ apresenta impactos desfavoráveis à atenção qualificada e a humanização.

Em paralelo, assim como os modos de gerir e cuidar são indissociáveis, a produção de subjetividade acontece de forma concomitante à produção de saúde. Alguns autores^{20,21,23} apontam à importância de incluir a subjetividade como parte da produção de saúde, assim como as relações intersubjetivas e as exigências psíquicas na discussão da humanização do cuidado e dos processos de trabalho.

A fragmentação dos processos de trabalho^{20,26,30,33} na produção do cuidado, o desconhecimento e falta de conceptualização da humanização por parte dos trabalhadores³⁵ aparecem como dificultadores da concretização da prática humanizada.

A necessidade de mudanças na cultura institucional para que ocorram transformações nas relações sociais cotidianas, na organização dos espaços físicos e na distribuição de poder para efetivação de processos de trabalho consonantes com a humanização aparecem como aspectos relevantes em algumas produções^{22,24}. Trata-se de necessidade evidenciada sobretudo na atenção hospitalar, em que, considerando a particularidade do hospital como estrutura historicamente mais hierárquica, discussões como ambiência acabam tornando-se mais penosas, sendo necessário “adequar dificuldades, negociar impossibilidades e vencer resistências”²².

DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na amostra apresentam a qualidade da ambiência, a presença de gestão participativa e cogestão, a inseparabilidade entre gestão e atenção, princípios e diretrizes já evidenciados no âmbito da PNH, como aspectos que influenciam nos processos de trabalho em saúde que, por sua vez, têm efeitos significativos na oferta de cuidado humanizado. Ademais, a precariedade das condições de trabalho, fragmentação do trabalho e a gestão de serviços mecanicista, hierárquica e fragmentada, são evidenciados como desfavoráveis a humanização do cuidado, em contraponto à criação de dinâmicas coletivas com espaços acolhedores e inclusão de trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, aspectos considerados como facilitadores da humanização^{20-22,25,26,28,30,32,33,35,36}.

A precarização das condições de trabalho é mencionada como um fator que prejudica a qualidade da ambiência e, conseqüentemente, o cuidado humanizado. Neste contexto, a presença de entidades públicas não estatais como as Organizações Sociais (OS) na gestão dos serviços públicos de saúde, escancara a privatização do SUS, à medida em que ocorre uma transferência de atividades e recursos públicos para o contexto privado³⁷. A privatização fere os eixos estruturantes SUS e intensifica a precarização dos contratos e vínculos dos trabalhadores. A falta de padronização salarial e de condições de trabalho adequadas afeta diretamente a motivação e a qualidade do trabalho dos profissionais, refletindo-se diretamente no atendimento prestado à população¹².

Como concretização do modelo gerencial proposto pelo NGP, tem-se como exemplo, no município de São Paulo, a Portaria das Metas (Portaria 333/538) promulgada em 12 de outubro de 2022³⁸, ao priorizar a produtividade e a redução de custos, em detrimento dos aspectos qualitativos que envolvem a complexidade do cuidado em saúde³⁹. Os indicadores de produção, de ordem quantitativa, muitas vezes desalinhados com as práticas cotidianas dos serviços de saúde, interferem diretamente na qualidade do cuidado oferecido, resultando em uma atenção fragmentada e pouco adaptada às necessidades reais dos usuários⁴⁰.

Essas portarias tencionam os serviços de saúde à oferta da atenção ancorada no critério de economia de recursos, muitas vezes antagônico às práticas de cuidado em saúde⁴¹. Isto porque os aspetos relacionais, dados essencialmente pela intervenção criativa do trabalhador no encontro com os usuários, está ausente dos referenciais gerenciais, das metas; logo, fere diretamente o engajamento do trabalhador e prioriza cuidado tecnicista, fragmentado,

centralizado em queixa-conduta, na contramão dos próprios princípios e diretrizes do SUS^{39,41}.

A promulgação desta portaria, por exemplo, ilustra a falta de inclusão do conjunto dos trabalhadores e usuários do SUS na formulação indicadores de monitoramento para os contratos de gestão, resultando em indicadores de produção desconexos da prática cotidiana dos serviços³⁹. Tal postura de exclusão dos trabalhadores da saúde perante a formulação políticas públicas e processos de gestão do trabalho que modificam diretamente seus processos produtivos, contradiz a diretriz da indissociabilidade entre gestão e atenção, à medida que a escassa participação dos trabalhadores favorece processos de gestão de serviços mecanicistas, hierárquicas e fragmentadas, condições estas desfavoráveis à humanização^{32,33}.

No âmbito da saúde do trabalhador, compreende-se que condições de trabalho determinam processos de trabalho que, por sua vez, produzem projetos mais ou menos cuidadosos para a população. A dimensão da saúde do trabalhador também foi introduzida na PNH conforme evidenciado pelo princípio de valorização do trabalhador, pouco trazido pelos artigos encontrados. O trabalho em saúde evoca produção de subjetividade e é por si só altamente exigente do ponto de vista psíquico^{20,21}, exigências estas que podem ser intensificadas pelas precárias condições materiais e pelo contexto organizacional dos processos de trabalho em saúde, produzindo impactos na dinâmica de “prazer-sofrimento” no trabalho²⁰, com modelos gerenciais incongruentes com as próprias matrizes do SUS.

No contexto da implementação de mudanças nas práticas de saúde para promover uma melhor qualidade de cuidado, para além da discussão de ambiência, é essencial reconhecer e considerar os processos intersubjetivos e relacionais que ocorrem no ambiente de trabalho^{20,21,23}. Nesse sentido, fortalecer dispositivos e processos de gestão coletivos, a partir da criação de espaços que favoreçam o reconhecimento da dinâmica de prazer-sofrimento no trabalho, apoiem processos de reconhecimento da contribuição de cada trabalhador na dinâmica institucional e reconfigurem o próprio sentido do trabalho na vida de cada sujeito-trabalhador, comungam para a construção de gestões mais democráticas e da promoção de sujeitos mais livres e autônomos, *modus operandi* que impacta positivamente na saúde dos trabalhadores^{23,24,31}. Tais proposições convergem com as diretrizes de gestão participativa e cogestão já presentes desde a PNH.

A atenção hospitalar aparece em maior número no que tange aos contextos de atenção estudados pelas produções elencadas^{22,24,26,29,32,33}. Configura-se aparentemente, enquanto espaço desafiador para humanização na medida em que

tradicionalmente opera com sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho²⁴. Diante desse desafio, fica evidente que a humanização destes espaços diz respeito à mudança na lógica de organização do poder nas organizações. Para isso, se faz necessário ampliar a experiência democrática nas instituições e ampliar o exercício mais compartilhado e a corresponsabilização da clínica²⁴.

De forma antagonista a grande maioria dos artigos identificados^{19-21,25,28,30,32,33,35,36}, Duarte²⁶ sustenta que a humanização é fundamentalmente conduzida pela essência humana, em sobreposição ao ambiente físico, os recursos materiais tecnológicos, e conclui que as condições de trabalho não são fatores determinantes para produção de um cuidado humanizado, ficando a cargo individual de cada profissional da saúde organizar formas alternativas de para amenizar os sofrimentos dos usuários.

Individualizar a responsabilidade da humanização exclusivamente aos profissionais de saúde sem considerar os contextos e condições de trabalho postos pelo serviço, vai na contramão dos princípios e diretrizes da própria PNH à medida que exclui os usuários do processo de produção de saúde e desconsidera a ambiência, as condições materiais e a própria natureza do trabalho em saúde que, enquanto atividade situada no campo dos serviços, depende necessariamente do engajamento do outro na co-construção de resultados satisfatórios^{19-22,24,25,28,30,32,35,36}. Essa visão, além de reforçar a culpabilização individual, consoante com a supremacia do individualismo da ideologia neoliberal, provoca uma desapropriação da vida do indivíduo¹⁹, à medida que projeta apenas no profissional de saúde o lugar de detentor de saber e principal responsável pela humanização, dando vazio à verticalização da relação usuário-profissional, desresponsabilizando e retirando do usuário do protagonismo no seu processo saúde-doença.

É preponderante compreender a humanização no sentido de valorização dos diferentes sujeitos implicados, com fomento da autonomia, do protagonismo e aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de subjetividades e não como sinônimo de bondade, qualificada com um tom positivo e essencialista, dado que o modo de apreensão do conceito, guia as práticas decorrentes^{20,21,23}. Sendo assim, as ações para concretização do cuidado humanizado devem assumir base no cotidiano dos serviços, pois é por meio das experiências cotidianas que o cuidado humanizado é forjado, visando transformar as práticas através de processos de trabalho potentes^{27,30,31,33,34}. Opõe-se a adoção de práticas pontuais em direção a uma abordagem simplista de orientar, educar e “sensibilizar”

o profissional de saúde para cultivar essa “bondade” em relação ao próximo, proposição que reforça unicamente a responsabilização do profissional de saúde, sem produzir transformações concretas nas práticas de cuidado e nas condições favoráveis para seu efetivo desenvolvimento, além de perpetuar o individualismo²³.

Finalmente, o texto reconhece suas limitações por se concentrar apenas na literatura latino-americana. No entanto, a pesquisa oferece uma visão abrangente dos desafios enfrentados nos serviços de saúde, destacando a necessidade de abordagens pautadas na realidade concreta com as quais os profissionais de saúde se deparam frente à privatização, precarização e desvalorização dos trabalhadores, aspectos dificultadores da construção de processos de trabalho mais potentes que possam efetivamente impulsionar a construção do cuidado humanizado.

CONCLUSÃO

Os estudos elencados na revisão destacam que a qualidade da ambiência, a presença de gestão participativa e cogestão, juntamente com a inseparabilidade entre gestão e atenção, princípios e diretrizes já trazidos pela PNH, exercem influência positiva nos processos de trabalho em saúde. Estes, por sua vez, desempenham um papel crucial na concretização do cuidado humanizado. Aspectos como precariedade das condições laborais, fragmentação do trabalho e gestão de serviços mecanicista e hierárquica, são desfavoráveis à humanização do cuidado.

Ademais, é apontado pelos estudos a ampliação da experiência democrática nas instituições, o exercício da coprodução do processo de saúde, o aumento da criação de dinâmicas coletivas e espaços acolhedores, além da inclusão dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, como elementos fundamentais para impulsionar a humanização,

à medida que favorecem a construção de uma abordagem mais horizontal, simétrica e solidária entre profissionais de saúde e usuários. Nessa proposição afirma-se a concepção de humanização como prática transformadora das relações de trabalho, de modo incluyente e mais democrático, ancorada nos princípios e diretrizes do SUS e aliadas ao exercício do direito à saúde como cidadania, e não como sinônimo de práticas empáticas e bondosas nos serviços de saúde.

As práticas gerencialistas crescentes no SUS, evidenciam a privatização dos serviços públicos de saúde brasileiros e intensificam a precarização dos contratos e vínculos dos trabalhadores. Normalmente, nestes contextos, os trabalhadores são excluídos da tomada de decisões referentes aos modos de gerir e cuidar, propiciando condições dificultadoras da oferta do cuidado humanizado. Nesse sentido, coloca-se a seguinte questão: como construir processos de trabalho potentes em situações de tamanha precarização?

Para além das condições de trabalho, os processos intersubjetivos e inconscientes que ocorrem no ambiente de trabalho também influenciam a oferta do cuidado humanizado, aspectos pouco aprofundados nos artigos encontrados, o que evidencia a necessidade de estudos futuros. A revisão se limita por abarcar apenas a literatura latino-americana, e aponta para a necessidade de estudos futuros acerca do desenvolvimento dos processos de trabalho potentes em meio a precarização crescente das condições de trabalho.

Por fim, é importante destacar que a rede HumanizaSUS mantém a PNH viva enquanto política pública, ainda que tenha sido desinvestida e descontinuada enquanto política de governo²³. Sua retomada no âmbito do Ministério da Saúde foi unanimemente apoiada pela aprovação da 26ª moção, contida no anexo III da Resolução no. 719, de 17 de agosto de 2023 que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde⁴².

Contribuição dos autores: *LS Matos* – delineamento da pesquisa, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. *JO Barros* – orientação da pesquisa, apoio no delineamento do estudo, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. O trabalho não recebeu apoio financeiro de nenhuma instituição e não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. 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, DF; 2004. (acesso 26 fev 2025). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>
2. Vale SJ, de Carvalho MAJR. Potenciais contribuições da teoria da luta por reconhecimento, de Axel Honneth, para o desenvolvimento de reflexões críticas e pesquisas empíricas sobre as práticas de saúde. RevSALUS. 2021;3(1):56-60. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v3i1.87>

3. Pavan C. Sobre o fim da PNH enquanto política de governo. Rede HumanizaSUS [internet], 2015. <https://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/>
4. TV ABRASCO. o lugar da humanização no fortalecimento do SUS. Rio de Janeiro; 2022 Abr 22. Vídeo: 1h43min. <https://www.youtube.com/watch?v=pwOsdscLcMw>
5. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface (Botucatu). 2009;13(supl.1): 701-8. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>
6. Santos SB, Barros MB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface (Botucatu). 2009;13:603-13. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>
7. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
8. Machado JMH. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Piracicaba: Cerest; 2013. http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/FORUM_ST_DA_SAUDE_PIRACICABA_-_Panorama_da_Saude_dos_Trabalhadores_da_Saude_-_JORGE_MACHADO.pdf
9. Acirole GG, Pedro MJ. Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. Saúde Debate. 2009;43:194-206. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912015>
10. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2000;2(53):251-63. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>
11. Teixeira M. Desenhos institucionais e relações de trabalho no setor público de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
12. Lancman S, Barros J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011;22(3):263-9. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p263-269>
13. Celestino JFT, Florentino EDV, Escobar PVC, França ES, Junior FTC. “Cuidar do outro é cuidar de mim”: impacto da pandemia de covid-19 no sofrimento mental de enfermeiros/as e médicos/as de município do Nordeste brasileiro. Rev Bras Med Fam Comun. 2023;18(45):3219. [https://doi.org/10.5712/rbmf18\(45\)3219](https://doi.org/10.5712/rbmf18(45)3219)
14. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde: gênese do conceito. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. Fiocruz; 2009. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html#topo>
15. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: Merhy E.E, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2007, p. 71-112.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010;8(1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
17. Sousa LMM, Marques JM, Firmino CF, Frade F, Valentim OS, Antunes AV. Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. Rev Invest. Enferm. 2018;31-9. https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
19. Rossi FR, Lima MADDS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):305-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>
20. Souza WDS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface. 2008;12:327-38. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>
21. Hennington ÉA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev Saúde Pública. 2009; 42(3):555-61. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000022>
22. Chaves PC, Nehmy RMQ. A experiência de implantação de diretrizes da política de humanização no Hospital das Clínicas da UFMG. Rev Med Minas Gerais. 2009;19(4 Supl 2):S42-6. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1132>
23. Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. Interface. 2009;13(1):651-64. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500016>
24. Pasche D F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. Rev Med Minas Gerais. 2009;19(4 Supl 2):S33-41. <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1131>
25. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes, RDS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface. 2009;13,:603-13. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>
26. Duarte MDLC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem.

- Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):685-92. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400011>
27. Schiavon ARDO, Ribeiro C, Silva MVD. Coletivo de Gestão: um espaço a ser inventado. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2010;12:27-30. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047717>
 28. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16:4541-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>
 29. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMDA. A gestão do processo de trabalho da enfermagem em uma enfermaria pediátrica de média e alta complexidade: uma discussão sobre cogestão e humanização. *Interface*. 2011;15:351-61. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000008>
 30. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1186-200. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>
 31. Morschel A, Barros MEBD. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2014;23(3):928-41. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300016>
 32. Medeiros ACD, Siqueira HCHD, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SDS, Thurow MRB. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):816-22. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
 33. Evangelista VC, Domingos TDS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1099-107. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>
 34. Menezes AA, Escóssia L. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. *Fractal*. 2018;30(3):322-9. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5561>
 35. Gusmão ROM, Casimiro FCC, Winters JRDF, Maciel R, Luiz DC, Silva Junior RFD. Acolhimento na atenção primária à saúde na percepção da equipe multiprofissional. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J)*. 2021;13:1590-5. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10533>
 36. Sales EC, de Menezes ACC, de Aragão Bulcão C M, de Almeida BG, da Cunha Holanda B. Centro de acolhimento e apoio psicológico aos trabalhadores com covid-19: planejamento, estrutura e prática interdisciplinar. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021;45(n.esp.2):188-200. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1342843>
 37. Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(115):995-1006. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>
 38. São Paulo. Portaria Secretaria Municipal da Saúde – SMS nº 333, de 31 de Maio de 2022. Atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. *Diário Oficial da Cidade*. 2022 Jun 1:28. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022>
 39. Avaaz.org. Carta aberta contra a portaria das metas (Portaria 333/538) no SUS da cidade de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2022. https://secure.avaaz.org/community_petitions/po/secretaria_municipal_de_saude_de_sao_paulo_e_organ_contra_a_portaria_das_metas_portaria_333_538_no_sus_na_cidade_de_sao_paulo/?coUQmtb&utm_source=sharetools&utm_medium=copy&utm_campaign=petition-1657959-contra_a_portaria_das_metas_portaria_333_538_no_sus_na_cidade_de_sao_paulo&utm_term=coUQmtb%2Bpo
 40. Traesel ES, Merlo ÁRP. “Somos sobreviventes”: vivências de servidores públicos de uma instituição de seguridade social diante dos novos modos de gestão e a precarização do trabalho na reforma gerencial do serviço público. *Cad Psicol Soc Trab*. 2015;17(2):224-38. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000300006&lng=pt&tlng=pt.
 41. Belorgey N. Nouvelle gestion publique et professions hospitalières. *Saúde Soc*. 2018;27(3):670-81. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180647>
 42. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2023 Ago 17. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-719.pdf/view>

Recebido em: 19.02.2024

Aceito em: 27.08.2024

