



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE EDUCAÇÃO / CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS-
CE/CCSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES
APRENDENTES – PPGOA

CLÁUDIA PATRÍCIA GOMES DE SOUZA MARQUES

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA: PESQUISA COM TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE
CUIDADOS NEONATAIS

JOÃO PESSOA

2021

CLÁUDIA PATRÍCIA GOMES DE SOUZA MARQUES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA: PESQUISA COM TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE
CUIDADOS NEONATAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes (MPGOA), Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestra em Gestão nas Organizações Aprendentes.

Área de concentração: Gestão e Aprendizagens

Linha de pesquisa: Aprendizagem nas organizações

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M357e Marques, Cláudia Patrícia Gomes de Souza.

Educação permanente como estratégia de humanização da assistência : pesquisa com trabalhadores de uma unidade de cuidados neonatais / Cláudia Patrícia Gomes de Souza Marques. - João Pessoa, 2021.

112 f. : il.

Orientação: Maria de Fátima Fernandes Martins Catão.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Educação permanente - Saúde pública. 2. Assistência Humanizada - Unidade neonatal - HULW. 3. Trabalhadores - Assistência Humanizada - Neonatal. I. Catão, Maria de Fátima Fernandes Martins. II. Título.

UFPB/BC

CDU 37:614(043)

CLÁUDIA PATRÍCIA GOMES DE SOUZA MARQUES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA: PESQUISA COM TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE
CUIDADOS NEONATAIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes (MPGOA).

APROVADA EM: 17/11/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão
Orientadora - MPGOA/UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Emília Maria da Trindade Prestes
Examinadora Interna - MPGOA/UFPB

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Souza da Silva
Examinadora Externa -CCHLA/UFPB

Prof.^a Dr.^a Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Examinadora Interna – MPGOA/UFPB

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve comigo em toda a caminhada, tornando possível este trabalho; por Sua infinita graça e misericórdia.

Aos meus familiares, em especial minhas irmãs Eloísa e Viviane, minha sobrinha Beatriz, pelo carinho e pelas orações.

A meus pais, pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

A minha filha Nathália que participou, ao meu lado, de todas as dificuldades enfrentadas e tantas vezes me incentivou a continuar.

Ao meu esposo, Fábio, pela dedicação, apoio, incentivo e paciência durante o período do mestrado.

À equipe da UCIN do HULW, pelo incentivo e pela participação em relação à construção desse trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão, pela competência e ensinamentos que possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições imprescindíveis para a construção e reconstrução deste estudo.

Ao Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, ao seu corpo docente e demais funcionários.

Aos meus colegas do MPGOA, turma 10, pelo incentivo, companheirismo, ajuda mútua. Seria injusta citar nomes porque todos foram extremamente importantes.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do HULW, pela força desde o início, em especial à minha chefe imediata Malú, pelo incentivo e disponibilidade em ajudar sempre.

Aos colegas de trabalho do Hospital Clementino Fraga, pela compreensão e apoio ao término desta caminhada.

E a todos os meus amigos e familiares, pelo apoio durante esta trajetória. Muito obrigada!

RESUMO

A educação permanente em saúde e a humanização da assistência constituem pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) tem buscado promover mudanças nas concepções e práticas de atenção à saúde, visando prestar uma assistência integral, ética e humanizada. Para tanto, tem procurado disseminar os princípios do SUS e a Política Nacional de Humanização (PNH) na instituição, tendo, nos trabalhadores, gestores e usuários, o foco da assistência. Tem-se por objetivo neste estudo elaborar juntamente à equipe da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do HULW diagnóstico com proposições de intervenção sobre educação permanente em saúde e humanização da assistência na referida unidade e encaminhar o diagnóstico realizado à equipe e à gestão de pessoas da instituição. Participaram do estudo 25 trabalhadores da UCIN/HULW. Trabalhou-se com a abordagem da metodologia qualitativa participante. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados o questionário aberto e a observação participante. No questionário aberto, aplicou-se o procedimento de análise de conteúdo temática com apoio do software IRAMUTEQ. A análise realizada sobre os significados de humanização da assistência capturou dois eixos temáticos: qualidade no atendimento e boa relação profissional-usuário, perfazendo 19,1% das falas; e humanização: a polissemia do seu conceito, com 80,9% dos significados elaborados. Quanto aos significados de educação permanente em saúde, também foram capturados dois eixos temáticos: educação permanente em saúde: aproximação e distanciamento do seu conceito, 15% dos significados elaborados se aproximaram do seu conceito e 40% apresentaram um distanciamento; o eixo temático II, denominado de Educação permanente em saúde: aprendizagem no ambiente de trabalho, envolveu 45% dos significados. Quanto às práticas em humanização da assistência, desenvolvidas na unidade, foram identificadas: o acolhimento, a empatia, a clínica ampliada e àquelas que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Não foram observadas atividades em educação permanente em saúde desenvolvidas na unidade pesquisada. Quanto à proposição de intervenção na UCIN, configurada a partir do diagnóstico realizado, fundamenta-se no aporte conceitual da educação para a práxis a ser consolidada pela prática das rodas de educação permanente. O estudo será enviado aos trabalhadores da unidade e à gerência da instituição, apontando proposições de intervenção frente à educação permanente em saúde como estratégia de humanização da assistência no setor.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde; Humanização da assistência; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais.

ABSTRACT

Permanent education in health care and the humanization of care are the basis of Brazil's Unified Health System (SUS). The university hospital, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), has sought to promote changes in healthcare concepts and practices, aiming to provide comprehensive, ethical, and humanized care. Therefore, it has sought to disseminate the principles of the SUS and the National Humanization Policy (PNH) within the institution, focusing on the workers, managers, and consumers. This study aims to develop a diagnosis, with the Special Care Nursery (UCIN) team of the HULW, with intervention proposals on permanent education in health and humanization of care in that unit and forward the diagnosis made to the institution's staff and personnel management. Twenty-five workers from the UCIN/HULW participated in the study. It was employed a Qualitative Participatory Methodology in the study, and the open questionnaire and participant observation were used as data collection instruments. In open questionnaire, the thematic content analysis procedure was conducted with the support of the IRAMUTEQ software. The analysis on the understanding of humanization of care detected two thematic axes: quality of care and an excellent professional-costumer relationship, resulting in 19,1% of the statements; and humanization: the polysemy of its concept, resulting in 80,9% of the understandings conveyed. As for the comprehension of permanent education in health, two thematic axes were also detected: Permanent education in health: approximation and distancing from its concept, in which 15% of the understandings conveyed approximation to its concept, and 40% revealed distancing; the second thematic axis entitled Permanent Education in Health: Learning in the Workplace encompassed 45% of the understandings. Regarding the humanization of care practices developed in the unit, the following were identified: good welcoming, empathy, the expanded clinic, and those guiding humanized care for low birthweight newborns. Activities in permanent education in health were not observed being developed in the researched unit. Concerning the intervention proposal in the UCIN structured from the diagnosis, it is based on implementing education for praxis to be consolidated by permanent education circles. The study will be sent to the unit's workers and the institution's management, pointing out intervention proposals regarding permanent education in health as a strategy to humanization of care in the sector.

Keywords: Permanent education in health; Humanization of health assistance; Special Care Nursery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma das publicações selecionadas para a revisão da literatura.....	29
Figura 2. Segmentos trabalhados no estudo	50
Figura 3. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as palavras mais significativas acerca da humanização da assistência produzida pelos trabalhadores da UCIN/HULW, João Pessoa/PB, Brasil, 2021	51
Figura 4. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as palavras mais significativas acerca da educação permanente em saúde produzidas pelos trabalhadores da UCIN/HULW, João Pessoa/PB, Brasil, 2021.	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos artigos do eixo temático I, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo	31
Quadro 2. Distribuição dos artigos do eixo temático II, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo	33
Quadro 3. Distribuição dos artigos do eixo temático III, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo	37
Quadro 4. Quantidade de profissionais por categoria profissional da UCIN/HULW que atenderam aos critérios de inclusão e participaram do estudo	44

LISTA DE SIGLAS

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EIP – Educação interprofissional

EPS – Educação Permanente em Saúde

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IRAMUTEQ – *Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

PDE – Plano Diretor Estratégico

PEPs – Polos de Educação Permanente

PHPN – Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e no Nascimento

PNH – Política Nacional de Humanização

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

UCINco – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional

UCINca – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Objetivo geral.....	16
1.1.2 Objetivos específicos.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	17
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	22
2.3 HUMANIZAÇÃO COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	28
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	41
3.2 CENÁRIO/CONTEXTO.....	42
3.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS	44
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL	45
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS	47
3.6 A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	48
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1 SIGNIFICADOS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, ELABORADOS POR TRABALHADORES PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA UCIN	67
4.3 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECER A HUMANIZAÇÃO NA UCIN.....	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	100
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	100
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ABERTO	102
ANEXOS	103
ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA	103

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	107
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A humanização da assistência à saúde tem sido uma preocupação das instituições vinculadas ao SUS, em especial a partir de 2003 com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), que tinha como objetivo pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, expandindo a humanização para além do ambiente hospitalar, e de produção de mudanças no modo de gerir e cuidar (BRASIL, 2018). Sua implantação tem como um dos eixos de ação a educação permanente de profissionais de saúde, como forma de “promover a transformação das práticas do trabalho em saúde” (BRASIL, 2018, p. 7).

A transformação das práticas no cotidiano do trabalho acontece por meio de discussões em equipe, respeito à individualidade dos sujeitos e particularidades da realidade local, estímulo à reflexão crítica dos profissionais e autogestão. Com estratégias que integrem educação, trabalho e comunidade, configurando-se, desse modo, “[...] como um eixo inovador para o real desenvolvimento das ações preconizadas no SUS [...]” e capaz de assegurar um cuidado humanizado (FERRAZ *et al.*, 2012, p. 485).

Rios (2009) defende que ofertar uma assistência verdadeiramente humanizada demanda a capacitação de profissionais da saúde, o que torna a educação permanente uma importante estratégia nesse sentido, por meio da busca de uma aprendizagem efetiva, e de transformação de práticas de gestão, formação e atenção à saúde.

A educação permanente em saúde articula práticas de saúde e pedagógicas construídas nas instituições. Além disso, permite que situações vivenciadas no cotidiano dos serviços, sejam problematizadas e através de soluções construídas em equipe, aconteça a ressignificação e transformação das práticas institucionalizadas mediante a participação ativa dos atores envolvidos no processo de produção da saúde, em busca de uma assistência mais humanizada, acolhedora e resolutiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, a educação permanente em saúde (EPS) consiste em estratégia capaz de promover transformação nas práticas educativas, unindo educação, serviço, gestão e usuários, de forma ascendente, em um processo que a temática a ser discutida emerge das necessidades da equipe e dos problemas vivenciados na realidade local (BRASIL, 2004).

A EPS, instituída como política pública no ano de 2004, redirecionou a formação e a qualificação dos trabalhadores da saúde por meio de um processo de ensino-aprendizagem transformador, democrático, que envolve diferentes segmentos sociais e políticos, trazendo contribuições na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (FRANÇA *et al.*, 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) originou-se das reivindicações que constituíram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que aconteceu no Brasil na década de 1970, em um contexto político de lutas de oposição à ditadura, que trazia questionamentos na maneira como eram direcionadas as políticas sociais e de saúde no Brasil. Contou com a participação de profissionais, estudiosos da área da saúde, movimentos sindicais, eclesiais de base etc. Esses segmentos da sociedade defendiam uma proposta ampla de transformações no sistema de saúde (ANDRADE; BARRETO; CAVALCANTI, 2013).

A RSB pregava um sistema de saúde igualitário, inclusivo, que garantisse a assistência à saúde a todos os brasileiros, associado a mudanças institucionais, estruturais, tributárias, dentre outras. Essas propostas foram discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, na cidade de Brasília, e seu relatório final serviu de referência para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013; PAIM, 2012).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) trouxe uma concepção abrangente de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

O modelo de atenção proposto, que resultou no SUS, foi organizado de maneira descentralizada, hierarquizada, ofertado em diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), desenvolvido mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dimensão individual e coletiva, deixando de ter como foco central à doença, percebendo o ser humano como um ser biopsicossocial, ampliando, assim, o conceito e a visão de saúde no Brasil (MATTA; MOROSINI, 2009). Esse modelo, se contrapôs ao modelo biomédico, vigente no Brasil até então, centrado na doença, reducionista, com ênfase em ações curativas, o qual afastava as dimensões históricas e sociais do processo de adoecer (MOREIRA; CORREIA, 2013). Desde então, a saúde passou a ser vista como um direito de todos e dever do Estado, envolvendo uma integralidade das ações e ampliando a atenção à saúde a todos os cidadãos, que anteriormente ao SUS, apenas os trabalhadores vinculados à Previdência Social e seus dependentes tinham esse direito. A partir do ano de 1990, essas atividades passaram a ser reguladas e normatizadas em todo território nacional pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

Com a aprovação desta lei, o SUS passou a acontecer de fato, mediante mudanças importantes no sistema jurídico sanitário brasileiro. A assistência à saúde começou a ser

prestada de forma integral, igualitária, equânime, com serviços descentralizados, hierarquizados e com participação popular (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 2013).

Conforme a concepção ampliada de saúde, trazida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), em 1948: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”. No Brasil, essa concepção de saúde começou, então, a ser trilhada após quarenta anos de esse conceito ter sido produzido pela OMS, com as diretrizes que edificaram o SUS (MOREIRA; CORREIA, 2013).

O SUS teve sua estrutura erigida sobre as bases principiológicas e diretivas da universalidade, integralidade, igualdade, equidade e participação popular, envolvendo, dentre suas diretrizes, a preservação da autonomia das pessoas, a descentralização político-administrativa com gestão em cada esfera de governo, o direito à informação das pessoas assistidas e a paridade de recursos financeiros no seu custeio, distribuídos entre o governo federal, estados e municípios (BRASIL, 1990).

Analisado à luz dessa caracterização legal, o sistema de saúde pública do Brasil tem princípios com inspiração humanista, sendo considerado o “principal sistema de inclusão social deste país” (RIOS, 2009, p.14). Essa perspectiva evidencia uma potencialidade do SUS para protagonizar a promoção efetiva do atendimento humanizado na área da saúde. Humanizar a assistência à saúde implica o desenvolvimento de ações e espaços que promovam o diálogo, a participação, a discussão de dificuldades, angústias e dúvidas vivenciadas no cotidiano do trabalho, suscitando a reflexão e a tomada de decisão em grupo, envolvendo gestores, usuários e trabalhadores (RIOS, 2009).

Assegurar o processo de humanização requer a utilização de instrumentos como a gestão participativa, a educação permanente, a informação e a qualidade, além de decisão política de assumi-la como um processo transformador (RIOS, 2009). A busca pela humanização tem seus primórdios no campo da saúde mental, em meados do século XX, seguido pela área da saúde da mulher, com lutas realizadas por movimentos feministas em prol da humanização do parto (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Diferentes iniciativas surgiram e conduziram um movimento maior pela humanização na saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde, que criou diferentes programas, em forma de ações localizadas a determinados grupos/segmentos da sociedade: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançados no ano 2000, dentre outras (DINIZ, 2005).

Essas ações tinham como objetivo melhorar a qualidade e a eficácia da atenção prestada no ambiente hospitalar por meio da valorização das relações humanas, apostando na qualificação da equipe de saúde como forma de possibilitar mudanças de comportamento, no sentido de incentivar uma cultura de humanização nos hospitais, avivando valores como a solidariedade, o respeito e a ética. Além disso, investiam, também, em equipamentos e reformas estruturais, melhorando, assim, as condições de trabalho (BRASIL, 2010; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Promover mudanças nos processos de trabalho, no sentido de atingir a sua missão institucional, tem sido uma preocupação do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Este realizou, nesse sentido, um Plano Diretor Estratégico (PDE), desenvolvido para o triênio 2018-2020, que identificou diferentes problemas institucionais, dentre eles processos assistenciais que não adotavam boas práticas em humanização. (EBSERH, 2018).

O HULW é um hospital de ensino, de médio porte. Apresenta-se, na rede de atenção à saúde, um serviço de média e alta complexidade que, juntamente à atenção básica e demais serviços de apoio, compõe a rede assistencial de saúde do estado da Paraíba. Tem como missão prestar uma assistência integral, ética e humanizada, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e formar profissionais que respeitem a dignidade humana e que sejam agentes de transformação social (EBSERH, 2018).

A humanização da assistência no HULW é norteada pelo documento: “Diretrizes Ebserh de Humanização: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde”. Esse documento tem como objetivo direcionar as ações de humanização da atenção hospitalar à rede de hospitais universitários que compõe a Ebserh, e sugere uma relação mínima de atividades a serem desenvolvidas (EBSERH, 2018a).

Algumas atividades apontadas nesse documento já vigoram nessa instituição, dentre elas: os Grupos de Trabalho em Humanização (GTH), a brinquedoteca, a ouvidoria, entre outras. No entanto, é importante o avanço em relação ao item valorização dos trabalhadores. Nesse quesito, o documento supracitado indica a educação permanente em saúde como estratégia (EBSERH, 2018a). No entanto, observou-se que os processos educativos dos profissionais acontecem nos moldes da educação continuada, na forma de cursos e capacitação, o que evidencia a necessidade da discussão do tema e construção de proposições de educação permanente a serem apresentadas à gestão, como estratégia de potencializar a humanização da assistência no serviço.

A força de trabalho em saúde compreende a base para fortalecer os serviços de saúde. Investir na valorização desses trabalhadores, sem dúvida, refletirá na humanização da

assistência. Afinal, “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (DESLANDES, 2004, p. 13).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem em seus preceitos a valorização dos trabalhadores como forma de promover mudanças na atenção à saúde ofertada no âmbito do SUS. A atual crise sanitária que atravessa o Brasil, decorrente da pandemia causada pela circulação do vírus SARS-COV-2, agente etiológico da doença denominada de COVID-19 evidenciou uma difícil realidade enfrentada por esses trabalhadores: precárias condições de trabalho, jornadas de trabalho excessivas, precarização na forma de contratação, escassez de processos de qualificação e de valorização desses profissionais. Esses trabalhadores apesar das dificuldades vivenciadas tiveram um papel de destaque à frente das ações de enfrentamento da pandemia (MARTINS; FONSECA; CÔRTEZ, 2020).

A pandemia deixou claro problemas estruturais e organizacionais no sistema de saúde brasileiro que interferem no mundo do trabalho e da saúde e que produz consequências na qualidade da atenção ofertada (RAMOS et al., 2021).

Nesse sentido, se faz necessário a implementação de ações que promovam o desenvolvimento desses trabalhadores contidas nas diretrizes da PNH, com investimentos na educação permanente, na regulação das formas de contratação com a absorção e vinculação desses trabalhadores ao setor público de saúde (TEIXEIRA et al., 2020).

O interesse em desenvolver a pesquisa apresentada nesta dissertação refere-se às vivências da autora enquanto enfermeira da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do HULW, e ao fato de ter percebido, na sua atuação profissional, a carência de processos de educação permanente em saúde. As atividades educativas são planejadas e ofertadas pela Divisão de Gestão de Pessoas (DIVGP), em parceria com os gestores das equipes de trabalho, e direcionadas à instituição como um todo. Não abrangem, em sua grande maioria, as especificidades e necessidades da UCIN. Além disso, a pesquisadora desta dissertação acredita na relevância desta proposta como mecanismo de avivar as práticas humanizadas na unidade pesquisada, bem como na contribuição às metas do Plano Diretor Estratégico (PDE) do HULW, cujo objetivo implicou a implementação das diretrizes da PNH de forma contínua e sistemática em todo o hospital (EBSERH, 2018).

Na UCIN, as práticas assistenciais assentam-se na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, que é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, unindo tecnologia e humanização (BRASIL, 2017a).

Nessa unidade, atendem-se recém-nascidos de médio-risco, com menor grau de complexidade. No entanto, necessitam de uma assistência contínua. Em algumas situações, por falta de vagas de terapia intensiva, são admitidas crianças graves, de alto risco, até que sejam reguladas para outro serviço ou que tenha vaga disponível na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da instituição, o que dificulta a assistência, já que a unidade não dispõe de recursos humanos e materiais adequados à complexidade do cuidado necessário.

Em alguns momentos, a sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais da saúde pode conduzir a equipe a prestar uma assistência à saúde mais mecanizada, focada em procedimentos técnicos, distanciando-os de um cuidado humanizado, despontando a importância de processos educativos que possam colocar em discussão a rotina do serviço, os problemas, as relações de trabalho e a humanização da assistência (DESLANDES, 2004).

Costa e Catão (2020) realizaram um estudo intitulado: “visita multiprofissional: implantação e aprendizagem em unidade neonatal de um hospital universitário”. Apontaram, nesse estudo, alguns obstáculos enfrentados pelos trabalhadores do setor: problemas estruturais que dificultam e interferem na qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço, uma grande parte das atividades sendo desenvolvidas de forma individualizada, falta de um ambiente adequado para discussões em equipe multiprofissional. A pesquisa indicou, também, que a equipe apresentou uma boa receptividade à proposta da visita multidisciplinar e que os profissionais consideraram importante o desenvolvimento de espaços para discussões em equipe.

Diante da intenção da instituição em impulsionar práticas humanizadas, da carência de ações educativas nesse sentido, da importância atribuída pelos trabalhadores da UCIN sobre a necessidade de legitimar espaços de discussão em equipe e fundamentada nas considerações dos autores (COTTA *et al.*, 2013) que apontam ser a educação permanente em saúde um instrumento catalisador de um cuidado humanizado, lançaram-se as principais questões norteadoras desta dissertação: quais os significados da educação permanente em saúde e da humanização para a equipe de trabalho? Como estão acontecendo as práticas de educação permanente em saúde e humanização na UCIN do HULW? Como os trabalhadores da unidade percebem a implementação da educação permanente em saúde como estratégia de humanização na UCIN?

Considerando-se a educação permanente em saúde como uma proposta educacional que traz à discussão os processos de trabalho, e conduz a mudanças nas práticas de saúde e um instrumento capaz de assegurar um cuidado humanizado, a relevância deste estudo consiste em realizar, juntamente à equipe da UCIN, diagnóstico com possíveis proposições de

intervenção frente à educação permanente como estratégia de humanização no setor, objetivando melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários e avançar na valorização dos trabalhadores com estratégias pautadas no diálogo, na discussão e na construção coletiva.

O presente estudo pretende, ainda, contribuir com a visibilidade do tema e preencher lacunas existentes na literatura publicada acerca da humanização e da educação permanente em saúde no contexto hospitalar. Por meio de uma revisão da literatura realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e no Portal Capes de periódicos, ficou evidente uma escassez de trabalhos publicados, nos últimos dez anos, que abordavam a humanização e a educação permanente no ambiente hospitalar. A grande maioria das pesquisas foram desenvolvidas no contexto da Atenção Básica.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Realizar, junto à equipe da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), diagnóstico da situação atual com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor

1.1.2 Objetivos específicos

- descrever e identificar os significados da educação permanente em saúde e da humanização da assistência, elaborados pelos trabalhadores da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW;
- descrever e refletir sobre as práticas de educação permanente em saúde e de humanização da assistência, realizadas na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW;
- elaborar e encaminhar à gestão de pessoas e à equipe da UCIN proposições de intervenção frente à educação permanente em saúde como estratégia de humanização da assistência com base no estudo realizado.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O termo humanização, no campo da saúde, está ligado à ética, ao respeito, à solidariedade, a ter atitudes condizentes com valores humanos. Tem sua origem no Humanismo, corrente filosófica do século XV que apresentava um conjunto de ideias que valorizavam o ser humano, suas ações e valores morais como o respeito, a justiça e a liberdade (MINAYO, 2006).

Mais tarde, a humanização foi influenciada pelos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade eleitos pela Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), publicada em 1948, como meta para uma sociedade mais justa e civilizada, numa busca pela recuperação da dignidade humana abalada pelos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial (MARTINS; ARAÚJO, 2020).

O movimento pela humanização também foi influenciado pela ampliação do conceito de saúde, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948, p.100; RIOS, 2009; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Essa visão ampliada de saúde começou a promover transformações na área da saúde mental, levando como consequência imediata a mudança no conceito de higiene mental para saúde mental, o que promoveu a inserção das ciências humanas no campo da psiquiatria, que passou a trabalhar o ser humano, em sua singularidade e subjetividade, e não apenas a patologia, sendo as mudanças na área da psiquiatria seguidas por transformações em outros setores (RIOS, 2009; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

As condições desumanas e degradantes como eram tratadas as pessoas com transtorno mental suscitou manifestações em prol da humanização dessa área por meio da batalha antimanicomial pela suspensão dos castigos corporais usados como tratamento, abuso de medicamentos, dentre outros. Na América Latina, o marco foi o Primeiro Congresso de Saúde Mental realizado, no Brasil, no ano de 1954, seguido pelo campo da Saúde da Mulher, com o movimento feminista que se iniciou nos Estados Unidos da América na década de 1950, com lutas em prol da humanização no parto, ligando direitos reprodutivos a direitos humanos (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004; DINIZ, 2005).

No Brasil, nos hospitais gerais públicos, algumas ações foram desenvolvidas por iniciativa dos próprios trabalhadores no sentido de diminuir a dor e o sofrimento

(RIOS,2009). Essas ações tornaram o ambiente hospitalar mais acolhedor e envolveram melhorias na ambientação, desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas, porém não gerou impacto significativo na organização e no modo de gestão dos serviços. Essas iniciativas, no entanto, ganharam destaque até adentrarem na rotina dos hospitais: como a visita em horários livres, o direito ao acompanhante, evidenciando a premência de mudanças na forma de conduzir as relações entre profissionais de saúde e usuários e na própria gestão (RIOS, 2009).

Diferentes iniciativas foram realizadas em prol da humanização, envolvendo a saúde da mulher, especificamente a humanização do parto, com a criação da primeira maternidade pública “dita humanizada” no estado do Rio de Janeiro. Em 1998, lançou-se o Prêmio Galba Araújo para maternidades com essas características, e houve a proposta da criação das Casas de Parto (DINIZ, 2005). Essas iniciativas levaram a um movimento maior em prol da humanização, conduzido pelo Ministério da Saúde, que criou diferentes programas, na forma de ações localizadas a determinados grupos/segmentos da sociedade: o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, lançados no ano 2000 (DINIZ, 2005).

Tais programas, desenvolvidos com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia da atenção prestada no ambiente hospitalar por meio da valorização das relações humanas, apostaram na qualificação da equipe de saúde para gerar mudanças no comportamento dos atores envolvidos na assistência à saúde (BRASIL, 2001).

Esses programas incentivaram uma cultura de humanização nos hospitais, por meio de disseminação de valores como a solidariedade, o respeito e a ética. Além disso, houve, também, o investimento em equipamentos, reformas estruturais e melhora das condições de trabalho (BRASIL, 2001; REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Apesar de melhorias terem sido realizadas na construção do SUS, alguns problemas persistem e demandam ações urgentes, a exemplo da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários nas ações de saúde, precarização do processo de trabalho, baixo investimento em educação permanente, além de modelos de gestão centralizados e verticalizados, indicando, assim, a necessidade de mudanças (BRASIL, 2011).

Entendendo essa necessidade, em 2003, a humanização ganhou a condição de Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de fortalecer os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças no modo de gerir e de cuidar

(BRASIL, 2010). A PNH procura, em especial, reconhecer e valorizar os sujeitos envolvidos no cuidado: gestores, trabalhadores e usuários, por meio do reconhecimento de suas particularidades, da promoção de ações de educação permanente, da melhoria das condições de trabalho, do estímulo à corresponsabilização das ações de saúde, formando, assim, uma rede cooperativa, solidária e comprometida com a produção da saúde (BRASIL, 2010).

Enquanto política pública, a humanização traz a importância de compreender e reconhecer a subjetividade, os aspectos históricos e culturais do ser humano como elemento fundamental de mudança na maneira de cuidar, permitindo que a saúde seja compreendida em seu conceito ampliado, e que as práticas assistenciais sejam ressignificadas e transformadas (CUNHA; BENEVIDES, 2012).

A PNH expandiu o sentido da humanização, e é percebida como um termo amplo, complexo e que envolve várias significações, abrange a comunicação, o respeito à vida, ao ser humano, a responsabilização com o outro, e o comprometimento ético e político (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

Desenvolve-se por meio de práticas solidárias, participativas, que promovam o diálogo entre profissionais, usuários e gestão, ampliando os espaços de troca que fortaleçam a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos (BRASIL, 2004).

Humanizar as práticas assistenciais implica tornar o encontro profissional-usuário um momento de envolvimento e de responsabilização, em que duas pessoas, mesmo que em situações distintas, compartilham conhecimentos, fatos, emoções, buscando compreender as necessidades do outro e traçar objetivos em comum que levem a um bem-estar recíproco (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006; BERTACHINI, 2012).

A comunicação eficiente, assertiva, envolvendo profissional-usuário, pautada no diálogo, no comprometimento, em ser solícito, preocupado em atender e dar resolutividade às necessidades objetivas e subjetivas do usuário, pode ser considerada um instrumento para humanização do cuidado em saúde.

Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, de escutar a voz do outro, e do diálogo com os nossos semelhantes. Estar frente a frente, “olho no olho”, pessoa a pessoa constituindo uma relação de proximidade, e de afinidade que faz possível a existência do outro, de seus recursos comunicativos (palavras, narrativas, expressões verbais e não verbais) que descrevem sua história de vida e sua percepção de mundo [...] (BERTACHINI, 2012, p. 512).

Para Pasche, Passos e Hennington (2011), humanizar o cuidado significa destituir formas corporativas e verticalizadas de comunicação, que dificultarão o diálogo, instituindo

práticas que ampliem a responsabilização com a saúde para além do que traz o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Ou seja, para uma ideia de parceria e corresponsabilização entre todos os sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde.

A PNH está edificada em princípios democráticos que indicam novos caminhos para a gestão e atenção à saúde no âmbito do SUS. Os princípios que norteiam essa política são: (a) a transversalidade, que coloca num mesmo nível saberes e práticas dos diferentes atores envolvidos no cuidado, destituindo o poder hegemônico de algumas profissões e instituindo a atenção multidisciplinar, pautada na participação, na decisão coletiva; (b) a indissociabilidade entre atenção e gestão, por meio do diálogo, da parceria, da troca solidária entre gestão, trabalhadores e usuários; e (c) a autonomia, corresponsabilidade e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010; PEDROSO; VIEIRA, 2009).

A sua operacionalização está orientada por diretrizes como: o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a defesa dos direitos dos usuários, valorização de trabalhadores, estímulo à coletividade (BRASIL, 2010).

O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da PNH. O termo acolhimento é derivado do verbo “acolher” que, de acordo com Bueno (2000), significa receber, hospedar, abrigar, amparar. De maneira que o acolhimento pressupõe uma atitude de receber, escutar, criar vínculo, responsabilizar-se, trazer respostas às necessidades do usuário, buscando estratégias para continuidade e resolução dos problemas de saúde.

Para Arruda e Silva (2012),

O acolhimento caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada ao serviço de saúde quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais. O vínculo, por sua vez, expressa-se na atenção humanizada, com compartilhamento de saberes, na convivência, na ajuda e no respeito recíprocos entre profissional e usuário. (ARRUDA e SILVA, 2012, p. 760).

Outra diretriz da PNH, a clínica ampliada, teve seu conceito pensado por Gastão Wagner de Sousa Campos nos anos 1990, ampliando a visão reducionista da clínica que coloca ênfase na doença para uma clínica centrada no Sujeito em toda sua integralidade, envolvendo, além da doença, a sua história e subjetividade (CAMPOS, 1996/1997).

Valorizar o sujeito para além da doença, trazer um olhar ampliado, considerando o ser humano como uma pessoa inserida em um contexto social, que traz consigo histórias e saberes, responde à essência da clínica ampliada (BARBOSA *et al.*, 2019). Segundo Campos

e Amaral (2007), a clínica ampliada transfere o foco da doença para o sujeito que, nesse momento, tem uma patologia, pensando o cuidado não somente a respeito do problema de saúde, mas do próprio sujeito e do contexto em que está inserido.

A ampliação da clínica pressupõe integrar a subjetividade e redes sociais dos sujeitos para além dos processos de adoecimento, trata de potencializar a produção de autonomia, no sentido de compreender e buscar estratégias de atuação frente à realidade vivenciada, responsabilização e autocuidado dos sujeitos (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Para Campos e Amaral (2007), esse novo objeto do cuidado, proposto pela clínica ampliada, centrado no ser humano, enquanto um ser social, histórico e cultural, estende o tratamento para além de prescrições e procedimentos médicos, requer intervenções que envolvam a escuta, o diálogo, se fazendo necessário um trabalho em equipe multidisciplinar e ações de intersectorialidade que possam dar conta da resolução dos problemas em sua integralidade.

Humanizar a assistência tem como prerrogativa o desenvolvimento de ações e espaços inclusivos, que estimulem e promovam a participação, a discussão, suscitando na reflexão e tomada de decisão compartilhada, bem como na autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos (RIOS, 2009; PINTO; COELHO, 2008).

O encontro profissional-usuário, no contexto da atenção à saúde, seja na atenção básica ou em uma unidade hospitalar, constitui um momento singular de responsabilidade e de comprometimento com suas ações, o que traz a relevância da valorização do trabalhador, de repensar o trabalho em saúde, aproximando a prática em saúde das necessidades do trabalhador. Segundo Pinto e Coelho (2008, p. 326), “precisamos passar do trabalho como opressão do trabalhador ao trabalho como produtor de identidade, de saúde e de realização de si mesmo”.

A valorização dos trabalhadores e das relações sociais atravessa o desenvolvimento de ações que melhorem as condições de trabalho e que possam também aumentar o poder de inclusão e decisão, seja em nível micro, dentro da própria equipe de trabalho, com compartilhamento de decisões e divisão de responsabilidades, seja em nível macro, com a promoção de espaços compartilhados de gestão onde trabalhadores, usuários e gestores possam participar de maneira horizontal na tomada de decisão (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, a autora aponta a gestão participativa, a educação permanente, a informação e a qualidade como instrumentos que asseguram esse processo, além da demanda por uma decisão política que assuma a humanização como um processo transformador (RIOS, 2009).

A PNH tem como proposta implementar mudanças na gestão dos serviços de saúde, instituindo práticas democráticas que envolvam a participação popular e de trabalhadores na gerência dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A gestão participativa ou cogestão, é percebida como um modo de administrar guiado pela tríplice inclusão por meio de estratégias que tomem como base o diálogo, trazendo a gestão para uma dimensão coletiva, promovendo a capacidade de reflexão e autonomia dos sujeitos. (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Os autores apontam que a cogestão traz mudanças na lógica organizacional dos serviços de saúde, alterando a ideia que divide as instituições em departamentos por categorias e especialidades para a produção de coletividade, com um compartilhamento de objetivos e objetos de trabalho, dividindo compromissos e responsabilidades, aproximando a gerência dos trabalhadores (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Os autores supracitados apontam a necessidade de se democratizar a gestão na saúde e indicam a criação de espaços coletivos de compartilhamento de poder, como os colegiados e conselhos gestor, que ampliem a inserção dos trabalhadores e da sociedade civil.

Guizardi e Cavalcanti (2010) fazem uma ressalva da necessidade de questionamento sobre as práticas hegemônicas que ainda permeiam a gestão das instituições de saúde, principalmente no que se refere à participação popular, enfatizando a importância de os usuários serem percebidos com sujeitos participantes, e não como [...] “objeto de intervenção (ainda que tratados gentilmente)” (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010, p. 1256).

A PNH traz, em seu arcabouço, a instituição de práticas coletivas, solidárias, promotoras de autonomia e coparticipação. Benevides e Passos (2005) indicam que os sujeitos, quando enxergados como coautores no planejamento e gestão dessas práticas, têm a capacidade de transformar a si mesmos e seus processos de trabalho. Nesse sentido, o resgate de formas inclusivas e participativas que potencializem a subjetividade e a interação entre trabalhadores, gestores e usuários funcionariam como vetores da humanização da assistência nos serviços (PUCCINI, CECÍLO, 2004).

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No âmbito da educação dos trabalhadores da saúde, as estratégias educacionais foram sendo construídas ao longo do tempo. A cada dia, métodos e práticas são colocados em execução para acompanhar as necessidades de formação dos trabalhadores para a organização do SUS. Há diferentes maneiras de promover a qualificação de profissionais da saúde: a

educação em serviço, a educação continuada e a educação permanente em saúde. (FARAH, 2003; CECCIM, 2018).

Todas essas modalidades possuem como finalidade preparar os profissionais de saúde em sua prática diária. No entanto, apresentam especificidades que as diferenciam no modo de conduzir o processo de ensino-aprendizagem. A educação em serviço foi a primeira a ser operacionalizada como forma de adequar os servidores às necessidades dos serviços públicos de saúde, na tentativa de fazer com que esses profissionais atendessem às demandas da instituição, deixando de lado as necessidades do trabalhador (FARAH, 2003).

A educação em serviço surge entre as décadas de 60 e 70, tendo sido discutida, inicialmente, na III Conferência Nacional de Saúde – 1963, e, posteriormente, na IV Conferência Nacional de Saúde – 1967, que teve com tema “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde” onde já havia uma preocupação em capacitar, tecnicamente, os trabalhadores para que não se distanciassem dos seus “postos” de trabalho e pudessem atender a necessidade dos serviços (FARAH, 2003; BRASIL, 1967).

A educação em serviço é uma prática educativa que acontece no ambiente de trabalho, objetivando desenvolver habilidades técnicas que qualifiquem o trabalhador para que atendam às necessidades das instituições (FARAH, 2003).

No que se refere à educação continuada, ela teve sua origem na XIX Conferência Sanitária Panamericana, realizada em Washington, nos Estados Unidos da América, no ano de 1974, que trouxe a educação continuada como uma estratégia de desenvolver técnico-cientificamente os profissionais da saúde (RODRIGUES, 1984).

Baseada nas informações produzidas nessa conferência, que apontava uma necessidade relativa à melhora do desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 1978, publicou um guia que direcionava a educação desses trabalhadores nos moldes da educação continuada (SOUSA, 2014).

Baseada na OPAS, a educação continuada, segundo Rodrigues (1984):

é um processo de ensino e aprendizado ativo e permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científica e às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. (RODRIGUES, 1984, p.131).

A educação continuada acontece com práticas educativas pautadas na transmissão de conhecimentos, na forma de cursos e capacitações. Desarticula-se da gestão e do controle

social, destina-se a categorias profissionais, e descontextualiza-se da realidade dos serviços (PEDUZZI *et al.*, 2009).

A proposta da educação continuada foi rediscutida pela OPAS por não dar mais conta das necessidades de qualificação dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, trouxe a proposta da EPS como uma estratégia educativa mais eficaz de qualificação desses trabalhadores, visto que tem como foco central os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços e possibilidade de contribuir na transformação das práticas (LEMOS, 2010).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu na América Latina, em meados da década de 1980, quando a OPAS promoveu um movimento de reestruturação dos processos educacionais destinados aos profissionais da saúde, que, até então, eram realizados numa lógica acadêmica, voltados a grupos específicos de profissionais, distante das realidades dos serviços (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

A EPS é definida pela PNEPS como uma aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Tem base na aprendizagem significativa, a partir da problematização das atividades desenvolvidas no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2009).

No Brasil, a partir das diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), uma maior ênfase foi dada à formação de seus profissionais. Nessa perspectiva, no ano de 2003, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que passou a responsabilizar-se pela formulação das políticas de formação, regulação e gestão dos profissionais da saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

Nesse mesmo ano, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores (BRASIL, 2004a).

A partir da criação da PNEPS, foram constituídos os Polos de Educação Permanente (PEPs) com o objetivo de difundir e gerir a EPS em diferentes municípios do Brasil, articulando parcerias intra e interinstitucionais, com diferentes atores envolvidos, dentre eles: gestores, instituições formadoras, trabalhadores e instâncias de controle social (BRASIL, 2004).

Esses polos tinham como função promover o planejamento das ações de formação e desenvolvimento de maneira descentralizada, buscando qualificar a atenção e a gestão, fortalecer o controle social em espaços de discussão democráticos, e introduzir, o uso de metodologias ativas nas diferentes instâncias (BRASIL, 2004).

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem auxiliam na formação de profissionais, ampliando competências para atuar em equipe de forma crítica, humana e reflexiva, considerando a autonomia e a subjetividade dos atores envolvidos no processo de cuidar. As metodologias ativas têm como propósito ativar o pensamento, o debate, o confronto de ideias, buscando relação com o cotidiano dos serviços (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Como metodologia ativa, o Método da Roda propõe ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos, por ser um espaço de discussão com participação coletiva de usuários, gestores, profissionais e instituições de ensino em que os membros participam ativamente das discussões e tomada de decisão, sendo um importante espaço de cogestão (CARDOSO, 2012).

O Método da Roda ou Método Paideia foi desenvolvido por Campos (2013) e consiste em “um método de apoio à cogestão que objetiva ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de analisar e de operar sobre o mundo (práxis)” (CAMPOS, 2013, p.199).

Nesse mesmo sentido, a Pedagogia da Roda, tendo como autor Sebastião Rocha, educador e antropólogo, baseada nos pressupostos da educação de Paulo Freire, propõe uma educação em que não há educador e educando, todos assumem essa função em uma roda de troca de saberes na qual todos compartilham suas experiências e conhecimentos adquiridos na literatura, discutindo, ressignificando (BRUM, 2009; SCHWEICKARDT *et al.*, 2015)

As Rodas de Educação Permanente ampliam a autonomia dos sujeitos, considerando-se que esse espaço permite que os diferentes atores envolvidos na atenção à saúde possam discutir, planejar e opinar. É considerada um campo de poderes compartilhados e igualitários em que os participantes das rodas têm direito de vez e voz (BRASIL, 2004).

Para Merhy (2005), os processos envolvidos na formação de trabalhadores da saúde têm como desafio [...] “produzir uma auto interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho” (MERHY, 2005, p.173) para que, com base nesses questionamentos, possam transformar suas práticas concretamente a fim de integrar os princípios do SUS aos serviços de saúde.

Essa integração perpassa os processos educativos que transformam práticas por meio de estratégias que favoreçam o diálogo, compartilhamento de práticas e saberes. Nessa perspectiva, a PNEPS orienta que os polos de educação permanente demandem esforços no sentido de desenvolver ações que conduzam à integralidade das ações (BRASIL, 2004).

Como princípio do SUS, a integralidade é definida como um conjunto de ações e serviços articulados objetivando à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com ênfase nas ações preventivas (PINHEIRO, 2009).

A integralidade consiste numa ação conjunta dos atores envolvidos na atenção à saúde, buscando garantir uma continuidade na oferta da assistência nos diferentes níveis do sistema, de maneira integral. Articula diferentes níveis da rede de atenção à saúde, e configura uma assistência integral, alicerçados na corresponsabilidade, na ética e na confiança entre sujeitos (PINHEIRO, 2009).

Prestar uma assistência integral envolve uma visão de sujeito na sua totalidade, como um ser social que traz consigo histórias, vivências, medos, angústias, rompendo com uma visão fragmentada, curativa, centrada na doença (FONTOURA; MAYER, 2006).

Nessa lógica, a educação de profissionais de saúde, de forma permanente, se apresenta como um motor que impulsiona e desperta para uma prática que atenda o usuário de forma integral, humana, com processos formativos pautados no diálogo, na troca, na transdisciplinaridade. Prestar assistência nos princípios dos SUS, de forma humanizada, integral e corresponsável perpassa processos formativos que envolvam todos os atores envolvidos na atenção à saúde, desde gestores, profissionais, usuários e instituições de ensino (MACHADO *et al.*, 2007; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A proposta da educação permanente em saúde aponta que, no cotidiano dos serviços, no encontro entre os sujeitos, nas relações, nos processos de enfrentamento dos desafios, conflitos e dificuldades, são construídos os processos de aprendizagem, e produzidas outras formas de ser e fazer saúde, no sentido de alcançar a integralidade nas ações de saúde (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018; SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Em relação à educação permanente em saúde, os trabalhadores são os protagonistas do processo de ensino-aprendizagem-trabalho. Estes participam do planejamento, das discussões e avaliação das ações de formação, considerando-se como referência as necessidades e fragilidades apontadas por eles em seu processo trabalho (FLORES, 2011; YASUI; SANTOS, 2010).

As atividades educativas no âmbito da EPS baseiam-se em vários aspectos: conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, dentre outros, no sentido de transformar práticas, envolvendo a equipe de saúde, gestão e usuários, por meio da discussão dos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços, com conteúdos que emergem da necessidade dos profissionais e do serviço, isto é, que sejam significativo, que aflorem da prática diária e despertem interesse (FARAH, 2003; FLORES, 2011; BRASIL, 2004).

A EPS traz, em sua proposta, que as práticas educativas considerem como ponto de partida a problematização dos processos de trabalho com metodologias ativas que promovam a aprendizagem significativa que desenvolva a autonomia e a corresponsabilização. (BRASIL, 2014).

A aprendizagem, para ser significativa, precisa fazer sentido, trazer significado, estar associada a um saber já existente e ter utilização no seu espaço cotidiano, na sua vivência, ou seja, estar alicerçada na produção de conhecimentos que tragam respostas a situações vivenciadas no universo de quem aprende e que produzam novos questionamentos sobre o seu papel enquanto sujeito ativo, participante e sua maneira de atuar no mundo (FERREIRA, 2015).

A aprendizagem significativa, conceito que foi desenvolvido pelo psicólogo David Ausubel, com as primeiras publicações sobre o assunto em 1963, aponta que a aprendizagem acontece com base na interação entre conhecimentos prévios e conhecimentos adquiridos, e que estes precisam ser potencialmente significativos, isto é, ser interessantes para o aprendente, fazer sentido (SOUSA *et al.*, 2015).

Para Ausubel, a aprendizagem acontece quando essa nova informação se enraíza nos conceitos relevantes preexistentes no sistema cognitivo do educando. (AUSUBEL, 2003).

Em relação à proposta da educação permanente em saúde, ela se fundamenta em processos pedagógicos que façam sentido para os trabalhadores, que considerem saberes adquiridos no cotidiano dos serviços e não apenas provenientes da academia, com base em problemas vivenciados no dia a dia, e na resolução coletiva destes, por diferentes atores envolvidos na produção da saúde (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

No contexto da educação permanente em saúde, a problematização acontece com base na análise e discussão dos entraves e dificuldades vivenciados no processo de trabalho a respeito da atenção à saúde e da organização do serviço. Partindo-se dessa problematização, as demandas de capacitação são definidas com assuntos e temas relevantes e significativos para os sujeitos envolvidos no cuidado (BRASIL, 2004).

Na interação entre conhecimentos prévios e adquiridos, as novas informações ganham novo significado e os saberes preexistentes são ressignificados. O significado diz respeito à importância atribuída pelo aluno ao conteúdo abordado e à sua importância na vida diária (SOUSA *et al.*, 2015).

A educação permanente em saúde discute a realidade do cotidiano das instituições de saúde com base nos problemas e nas experiências vivenciadas pelos sujeitos envolvidos no cuidado. Promove a atualização técnica das equipes, agrega conhecimentos teóricos,

científicos, às práticas organizacionais, às relações de trabalho, busca uma aprendizagem a partir da realidade local, e reorienta o processo de trabalho, no sentido de obter uma maior resolutividade e qualidade (CECCIM, 2005).

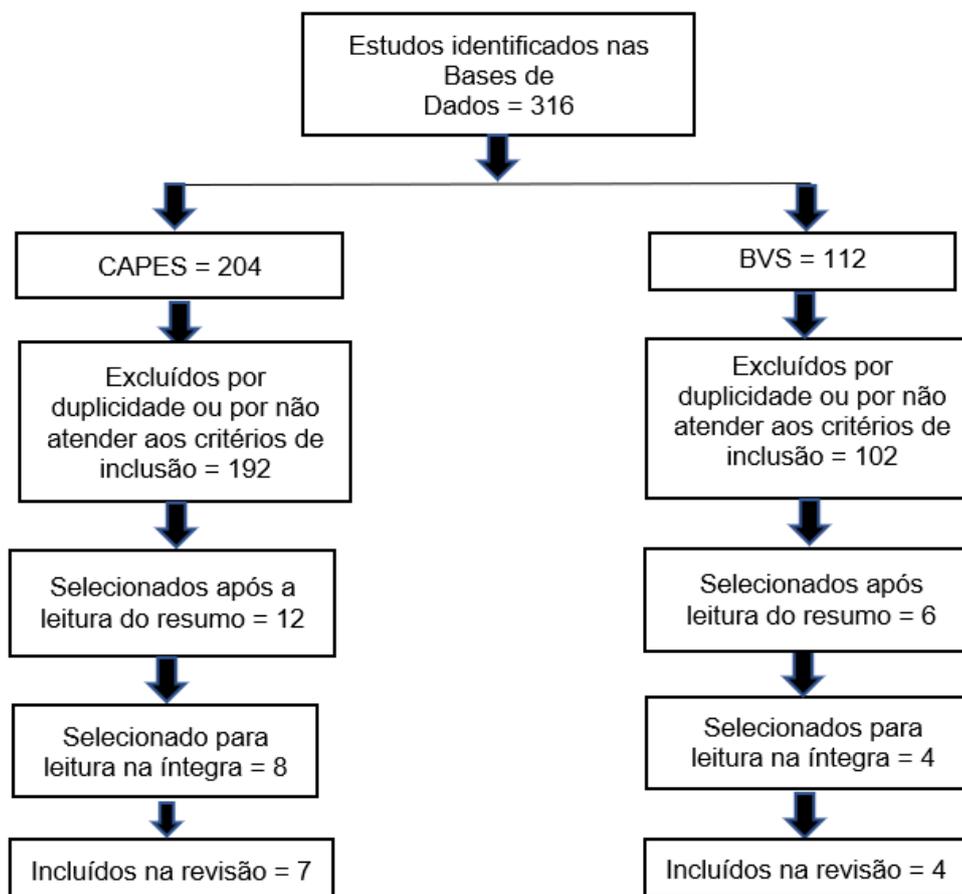
Cotta *et al.* (2013) destacam “o papel da educação permanente como um dos mais relevantes instrumentos para a garantia de um cuidado humanizado”. Nesse sentido, unir educação e saúde por meio de ações que valorizem e promovam os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde tem sido usado como estratégia na efetivação do SUS.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO

Realizou-se, neste trabalho, uma busca *on-line* na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e no Portal Capes de periódicos, com o objetivo de caracterizar a produção científica sobre humanização com ênfase na educação permanente de profissionais de saúde, referente ao período de janeiro de 2010 a junho de 2020. Para tanto, foram empregados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “educação permanente”, educação permanente em saúde”, “educação continuada”, “humanização” e “humanização da assistência”.

Foram identificadas 316 publicações com os critérios estabelecidos, das quais 11 artigos constituíram a amostra (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma das publicações selecionadas para a revisão da literatura



Fonte: elaborada pela autora após consulta nas Bases de Dados do Portal de Periódicos da CAPES e da Biblioteca Virtual em Saúde (2020)

Os critérios de inclusão foram: artigos (científicos) publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, disponíveis, na íntegra, no período de janeiro de 2010 a junho de 2020, e que abordavam diretamente a temática investigada. Foram excluídos os estudos divulgados em outros formatos que não fossem artigos (por exemplo: dissertações, teses, livros, capítulos de livro, entre outros), publicados em outro idioma a não ser o mencionado anteriormente e os que não estavam de acordo com o tema.

Com a finalidade de viabilizar a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento contendo as seguintes informações: título, ano de publicação, modalidade, área de atuação dos pesquisadores, objetivos do estudo, resultados e evidências e apresentados em quadro, possibilitando uma melhor visualização dos estudos que compõem a revisão da literatura.

Posteriormente, os dados coletados foram agrupados, analisados e interpretados, contemplando a integração de conceitos, pensamentos e outras informações significativas sobre o assunto, tendo como base os vários estudos que formaram a revisão da literatura.

Optou-se pela análise de conteúdo temática para analisar o material selecionado que, para Bardin (2016), “é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados” BARDIN, 2016, p.15).

Inicialmente, foi realizada a leitura flutuante do material, tendo como objetivo a compreensão do seu conteúdo e de seus significados gerais. Em seguida, foram selecionadas as unidades temáticas usando frases e parágrafos como unidades de análise. Na sequência, foram categorizadas segundo o grau de aproximação do conteúdo dos artigos que compuseram a revisão narrativa (BARDIN, 2016; CATÃO, 2001; CAMPOS, 2004). Por fim, foram formuladas as considerações finais provenientes da análise.

Quanto aos anos de publicação, identificou-se que, no ano de 2016, houve maior número de publicações: três publicações (27%); nos anos de 2010, 2012 e 2013, houve uma constância no número de publicações, duas publicações em cada ano (55%). Nos anos de 2017 e 2019, houve uma publicação em cada ano (18%) das publicações.

Em relação ao modo de delineamento dos estudos que compõem a pesquisa apresentada nesta dissertação, destacaram-se os artigos originais, com oito publicações (67%) e artigos de revisão com três (33%). Por conseguinte, a maioria dos artigos selecionados consiste artigos originais que abordam experiências inéditas em humanização e educação permanente.

Em relação à área de conhecimento e de formação dos autores, prevaleceram as áreas da Enfermagem e da Psicologia com cinco e três publicações respectivamente, totalizando percentual de 73%, seguido da Medicina com duas (18%); na sequência a Fisioterapia com uma publicação cada (9%). Esses dados apontam para um maior interesse dos pesquisadores da área da Enfermagem e Psicologia em estudar sobre a temática em questão.

No que se refere ao enfoque temático das publicações a respeito da humanização com ênfase na educação permanente, observaram-se três eixos temáticos. No eixo temático I, os artigos que tratavam das concepções de educação permanente e humanização; no eixo temático II, os estudos relativos às políticas públicas de humanização e educação permanente; e no eixo temático III, humanização e educação permanente: práticas e transformação social. Os quadros 1, 2 e 3 ilustram como foi realizada a distribuição dos artigos por eixos temáticos.

As publicações inseridas no eixo temático I, “Educação permanente em saúde e humanização: concepções”, evidenciadas no Quadro 1, abordam concepções de educação permanente em saúde e humanização.

Quadro 1. Distribuição dos artigos do eixo temático I, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo

Eixo temático I – educação permanente em saúde e humanização: concepções					
Título	Ano	Modalidade	Área de atuação	Objetivos	Resultados e evidências
Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde	2014	Original	Enfermagem	Analisar as concepções e práticas relacionadas à EPS de enfermeiros que atuam na Atenção Básica.	Falta de conhecimento dos enfermeiros sobre a PNEPS e conceitos de educação em saúde tidos como sinônimo, e desconhecem as políticas públicas que regem o SUS.
Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura	2016	Revisão	Psicologia	Investigar as concepções de humanização presentes em artigos publicados no Brasil no campo da formação em saúde no período de janeiro de 2000 a junho de 2012.	A humanização foi vista como um processo complexo e amplo. Na formação, os sentidos da humanização apontam para a importância da relação professor-aluno, o uso de metodologias ativas; no trabalho, envolve conhecimento técnico aliado à sensibilidade, à escuta e ao acolhimento. Aponta a humanização como fundamental nos cursos de formação em saúde.

Fonte: elaborada pela autora (2020)

Estudo realizado por Medeiros e Batista (2016) aponta que, no processo de formação dos trabalhadores da saúde, a educação permanente em saúde se destaca como um dos eixos de ação para implementação da PNH, indicando que a humanização seja instituída nos cursos de graduação e pós-graduação, orienta que estratégias e situações de aprendizagem significativa sejam colocadas em prática, transpondo o simples repasse de conhecimento, sendo necessário investir na capacitação de docentes para que tenham possibilidade de transmitir esses valores.

Referenciam, também, que a formação de profissionais de saúde deve ser ordenada por discussões efetivas sobre humanização nas instituições de ensino e pesquisa no sentido de mudanças de práticas, além de sugerir que o Princípio da Integralidade seja usado como preceito das transformações necessárias nesse processo. No trabalho, os sentidos da

humanização apontam para uma relação dos profissionais de saúde com os usuários, pautada na ética, tendo o saber técnico associado à sensibilidade, ao acolhimento, ao interesse e valorização do outro (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

A educação permanente, em pesquisa realizada por Barth *et al.* (2014), traz concepções que associam seu conceito à educação continuada, apontando a herança de um modelo tradicional de educação, hierarquizado, com conteúdos escolhidos de forma descendente, na forma de cursos e capacitações. Nesse sentido, apontam ser de fundamental importância que a formação dos profissionais de saúde se desenvolva numa perspectiva reflexiva e problematizadora, direcionadas para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Indicam que a educação permanente deve acontecer de forma transdisciplinar, compartilhada, trazendo à discussão o cotidiano dos serviços, com temas relativos às vivências dos profissionais, que façam sentido e sejam significativos, buscando a integralidade e a humanização da assistência à saúde.

A educação permanente em saúde representa um processo inovador para o desenvolvimento dos preceitos do SUS, por se tratar de uma política educacional que envolve, academia, gestão, profissionais e usuários, que acontece em conformidade com princípios democráticos e conduz a mudanças nas práticas de saúde (FERRAZ *et al.*, 2012; COTTA *et al.*, 2013).

A sua implementação e operacionalização emanam de um conjunto de ações por parte do governo federal que articulam financiamento, apoio técnico e a implementação de mecanismos de controle e avaliação, em virtude da sua dimensão e posição de destaque para a promoção de mudanças nas práticas instituídas e que proporcionam melhorias na atenção à saúde (SILVA, SCHERER, 2020).

O estudo realizado por Medeiros e Batista (2016) investigou as concepções do termo humanização, presentes em artigos publicados no Brasil entre os anos 2000 e 2012, e que tivessem relação com a formação em saúde e história da humanização, envolvendo profissionais, estudantes e docentes.

Nessas publicações foram citadas várias concepções de humanização. Os interlocutores teóricos desse estudo abordaram diferentes dimensões conceituais e históricas do termo. Apontam que, historicamente, a humanização tem base no humanismo, corrente filosófica renascentista, que valorizava o ser humano e suas qualidades, evidenciando a humanização como um conceito antigo que vem se modificando ao longo do tempo. Mencionaram, também, a relação que a humanização tinha com a caridade, a filantropia e sua estreita ligação com o cuidado, sendo, nesse sentido, indissociáveis. A partir do momento que

deixamos de cuidar do outro, passamos a assumir uma postura desumana. No entanto, o conceito de humanização vai incorporando valores, atitudes éticas e sociais e hoje é visto como um termo abrangente (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

Atualmente, o conceito de humanização envolve a responsabilização com o outro, a ética nos relacionamentos, a comunicação entre sujeitos, o diálogo, o direito à informação, a educação e valorização dos trabalhadores, trazendo uma transformação na atenção e na gestão dos processos de trabalho. Esse conceito abrangente que a humanização incorpora nos dias de hoje é influenciado pela implantação da PNH que amplia os sentidos da humanização para além do cuidado ofertado com amor, carinho e respeito (FERRAZ *et al.*, 2012).

Ainda nesse estudo, os autores acreditam que refletir e discutir sobre todos os sentidos que envolvem a humanização é justificado pela importância do tema, não como um simples conceito, mas pelo seu potencial transformador das práticas de saúde (FERRAZ *et al.*, 2012).

Os artigos que constituem o eixo temático II, apresentados no quadro 2, têm como enfoque a humanização e educação permanente em saúde como políticas públicas com reflexões e contribuições dessas políticas no preparo de profissionais da saúde para atuar em concordância com os princípios e diretrizes do SUS.

Quadro 2. Distribuição dos artigos do eixo temático II, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo

Eixo temático II – políticas públicas de humanização e educação permanente em saúde					
Título	Ano	Modalidade	Área de atuação	Objetivos	Resultados e evidências
Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização	2012	Revisão	Psicologia	Fazer uma reflexão sobre a importância da inter-relação entre os princípios teórico-metodológicos das políticas de educação permanente em saúde e de humanização para a estruturação das propostas referentes às ações interministeriais e sua contribuição no preparo de profissionais para efetivar a Atenção Básica à Saúde (ABS) com vistas à promoção da saúde.	As estratégias relatadas avivam a participação de gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino a promover mudanças que vão repercutir num SUS mais humanizado, integral e resolutivo, no entanto necessitam de mudanças no setor social e político.

Eixo temático II – políticas públicas de humanização e educação permanente em saúde					
Título	Ano	Modalidade	Área de atuação	Objetivos	Resultados e evidências
Entre políticas (EPS – Educação Permanente em Saúde e PNH – Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS)	2016	Revisão	Psicologia	Refletir sobre formação no/para o SUS a partir de nossas experiências junto à Rede Cegonha, no Ministério da Saúde, especificamente no acompanhamento da implantação dos Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal.	Mostrar a proposta dos centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal, desencadeado pelo Ministério da Saúde/Rede Cegonha, como estratégia formativa e de gestão na atenção obstétrica e neonatal humanizada.
Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica.	2019	Original	Enfermagem	Avaliar os processos de organização e implantação da humanização segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica.	O estudo evidenciou que as premissas da PNEP foram usadas como dispositivo para implantação da PNH, além da importância da integração academia-serviço na implantação da humanização, além da adoção de espaços de diálogo de EP.

Fonte: elaborada pela autora (2020).

Pesquisa realizada por Ferraz *et al.*(2012) apresenta a importância da reciprocidade de ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC) em relação à formação de profissionais aptos a prestarem uma assistência de qualidade e humanizada no âmbito do SUS.

Neste estudo, analisaram-se algumas dessas ações: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde Brasil. Todas essas iniciativas, que o autor chama de “ações estruturantes interministeriais”, agregavam os pressupostos das políticas de humanização e educação permanente, e buscavam integrar a educação ao trabalho em saúde, por meio da inserção de estudantes na realidade dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que promoviam a discussão,

análise e reorientação dos processos de trabalho e ampliação do acesso de trabalhadores a oportunidades de aprendizado (FERRAZ *et al.*, 2012).

O Pró-saúde teve como proposta a reorientação da formação profissional aproximando gestão e educação, desenvolvendo ações de educação permanente por meio de metodologias ativas e investimento em melhorias nas instalações físicas das unidades básica de saúde. Nesse sentido, articulam pressupostos da PNEP e da PNH. A ambiência como dispositivo da PNH, associada ao uso de metodologias ativas, orientava os processos de educação permanente (FERRAZ *et al.*, 2012).

Já o Pet-saúde converge com as diretrizes das políticas de humanização e educação permanente, quando insere estudantes de graduação na realidade dos serviços, com propostas de pesquisa e intervenção, pautadas nas necessidades dos serviços. A UNA-SUS tem como estratégia a união da gestão, serviços de saúde e instituições formadoras, objetivando a aprendizagem profissional, tendo como base a discussão de temas propostos pelos trabalhadores. O Telessaúde serviu de apoio às equipes da atenção básica, em especial àquelas que estão inseridas em locais de difícil acesso, buscando agilizar e melhorar a resolutividade nestas unidades. Enfim, todas essas iniciativas carregam, em seu modo operacional, as diretrizes das PNEP e PNH (FERRAZ *et al.*, 2012).

No entanto, alguns desafios permanecem no que se refere à mobilização social e ao comprometimento real dos gestores, tanto das secretarias municipais de saúde quanto das instituições de ensino em efetivar parcerias entre educação e saúde. Ferraz *et al.* (2012) indicam, também, a importância de o tema estar sendo discutido constantemente em diferentes instâncias para que os princípios e diretrizes da humanização e educação permanente em saúde sejam incorporados nas práticas profissionais.

Incorporar a humanização na realidade do trabalho de profissionais de saúde perpassa processos de formação que colocam as atividades diárias como elementos centrais das práticas educativas (BRASIL, 2010).

As diretrizes dos processos de formação da PNH se debruçam no princípio de que formar é transformar as práticas de gestão e do cuidado, seguindo o caminho dos princípios do SUS, pautados na equidade, solidariedade e inclusão social (BRASIL, 2010).

Outro estudo tratou dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento em Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal, que diz respeito a um movimento formativo sediado em algumas “maternidades de referência”, usado como estratégia para efetivar e divulgar boas práticas na atenção e gestão à saúde materno-infantil, alicerçada na humanização, nas práticas

baseadas em evidências científicas, na cogestão, no controle social, guiados pelas diretrizes da Rede Cegonha, da PNH e da PNEP (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A iniciativa buscou afastar condutas “desumanizadoras”, alicerçada nas propostas educacionais da PNH e da PNEP, apostando na discussão coletiva, na cogestão, na mudança da atenção prestada às usuárias que buscam os serviços de saúde, intervindo para transformar práticas enraizadas histórico e culturalmente, onde o processo de gestação é tido como doença e a mulher como sujeito passivo de condutas e prescrições hierarquizadas (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

As práticas humanizadas na atenção obstétrica, recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), são a oferta de líquidos, o estímulo à adoção de posições verticalizadas, liberdade de movimentação e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, buscando a segurança, humanização e melhor progressão do trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente guiou os processos de implantação e organização da humanização em unidades básicas de saúde de um município do estado do Paraná, Brasil. Nessa experiência, foram utilizadas metodologias ativas, problematizadoras, práticas coletivas, reuniões de trabalho, o matriciamento entre as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Equipe de Saúde da Família (ESF). Além dos recursos como a internet, manuais e protocolos integraram espaços de qualificação para a implantação de práticas humanizadas (LOPES *et al.*, 2016).

As discussões da rotina de trabalho e reuniões foram fundamentais para a transformação e a implantação de novas práticas de gestão e de atenção, proporcionando a humanização do cuidado. Ainda nesse estudo, os participantes reforçaram a importância do uso de estratégias que aproximem os serviços de saúde das instituições formadoras, preparando melhor os profissionais de saúde para trabalhar na atenção básica. Citaram o Pró-saúde, como exemplo, nesse sentido (LOPES *et al.*, 2016).

Os artigos que compõe o eixo temático III, apontado no quadro 3, traz as experiências em humanização e educação permanente que influenciaram a transformação social e de práticas de gestão e atenção à saúde.

Quadro 3. Distribuição dos artigos do eixo temático III, segundo título, ano, modalidade, área de atuação dos autores, objetivos, resultados e evidências das publicações selecionadas para o estudo

continua					
Eixo temático III – Educação permanente em saúde e humanização: práticas e transformação social					
Título	Ano	Modalidade	Área de atuação	Objetivos	Resultados e evidências
Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco	2010	Original	Enfermagem	Apresentar o delineamento das oficinas de formação em saúde sobre a classificação de risco no acolhimento para as equipes de Saúde da Família de uma unidade básica de saúde da cidade de Belo Horizonte/MG. Reconhecer as necessidades do grupo e proporcionar o atendimento ao usuário de forma ágil e efetiva.	As oficinas geraram discussões construtivas e reflexões sobre acolhimento com classificação de risco, dificuldades e desafios enfrentados na sua implantação, importância da participação da academia nas atividades educativas.
Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização	2010	Original	Enfermagem	Relatar a experiência de oficinas de sensibilização aos princípios, diretrizes, dispositivos e método da humanização, ofertadas a dois Colegiados Regionais de Gestão do Departamento de Saúde de Presidente Prudente, apresentando uma breve análise de seu processo que articulou duas políticas: PNH e PNEP.	As oficinas de sensibilização articularam, princípios, diretrizes métodos da PNEP com a PNH e serviu como importante espaço de qualificação dos trabalhadores na consolidação do SUS.
“Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições	2012	Original	Medicina	Analisar a contribuição das Rodas de educação permanente na transformação das práticas de saúde na rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.	As Rodas de educação permanente como destacaram-se como importante espaço de discussão do processo de trabalho das equipes e dispositivo de cogestão.

continuação					
Eixo temático III – Educação permanente em saúde e humanização: práticas e transformação social					
Título	Ano	Modalidade	Área de atuação	Objetivos	Resultados e evidências
Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós?	2013	Original	Medicina	Discutir a experiência do curso de capacitação dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde pública-ambulatorial, com base na perspectiva da humanização, visando à implementação de um modelo sanitário comprometido com os valores essenciais impressos nos ideais do SUS.	A problematização como metodologia ativa propiciou análise crítica, discussão, estimulando o pensamento reflexivo, empoderando profissionais e consolidando a PNH.
Humanização: nós abraçamos esta ideia	2013	Original	Enfermagem	Descrever a utilização de uma metodologia ativa sobre humanização do cuidado em uma atividade de educação permanente em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital universitário público.	A experiência em educação permanente envolvendo uma metodologia ativa, problematizadora suscitou numa reflexão sobre a prática humanizada em UTI.
Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica	2017	Original	Fisioterapia	Apresentar e discutir os resultados do primeiro Fórum Municipal de Humanização, usado como estratégia de educação permanente para os trabalhadores da AB de um município de médio porte do interior gaúcho.	O fórum se constituiu como importante instrumento de educação permanente na efetiva realização de um cuidado humanizado por meio da discussão dos processos de trabalho.

Fonte: elaborada pela autora (2020).

Os estudos que compõe esse eixo temático evidenciaram diferentes experiências nesse sentido, notadamente envolvendo a atenção básica, pela sua importância como porta de entrada e ordenadora das ações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2017). Ações que valorizam e promovem a educação de trabalhadores da saúde, por meio da parceria da educação e da saúde tem sido usado como estratégia na efetivação do SUS.

Nessa perspectiva, Yasui e Santos (2010) relatam a experiência de oficinas de sensibilização, desenvolvidas no Pontal do Paranapanema, extremo oeste do estado de São Paulo, que objetivaram qualificar trabalhadores da saúde articulando humanização com educação permanente. Além disso, inserem o cotidiano do trabalho em análise, por meio de

metodologias ativas propostas pela EPS, evidenciando a importância da união dessas duas políticas como propulsoras na efetivação dos princípios do SUS. Ambas têm objetivos em comum, pregam a inclusão dos sujeitos em seus processos de trabalho e a participação de diferentes instâncias na gestão e atenção à saúde.

Os processos de formação fazem sentido, apenas, quando inserem o cotidiano como ponto central das discussões. “É a partir da problematização do cotidiano das instituições, da organização do processo de trabalho, da produção do cuidado e da atenção à saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação” (YASUI; SANTOS, 2010, p. 37).

Nos preceitos da educação permanente em saúde e da humanização, o processo de ensino-aprendizagem está materializado no exercício diário. Articula a formação com as práticas cotidianas, permite reflexões sobre os processos de trabalho, promove a autogestão, busca a ressignificação e transformação das práticas que envolvem a gestão e a atenção à saúde visando alcançar os objetivos do SUS (BRASIL, 2018).

Outra experiência envolvendo ações em educação permanente e humanização foi abordada no trabalho de Cardoso (2012), que relatou a experiência da Política Municipal de Humanização do Município de Vitória, capital do Espírito Santo, lançada no ano de 2005, que estabeleceu três dispositivos de atuação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde: o Grupo de Trabalho em Humanização, a implantação dos Comitês Gestores Regionais, e como estratégia educacional e de humanização as “Rodas de educação permanente” (REPs).

Na experiência relatada por Cardoso (2012), as REPs, que acontecem na Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória, são espaços onde são discutidos os processos de trabalho, envolvendo profissionais de saúde a nível local, gestores, usuários do SUS e instituições de ensino em saúde (professores e alunos que utilizam as unidades como campo de estágio), objetivando: promover a humanização da assistência, uma gestão participativa, fortalecer o trabalho em equipe, levantar problemas e discutir soluções coletivas, apontar temas a serem aprofundados em fóruns e promover a participação popular.

Os resultados da avaliação apontaram que as REPs constituíram um importante espaço de discussão do processo de trabalho das equipes de saúde, com um aumento na tomada de decisão por parte dos trabalhadores, sendo um instrumento de cogestão e um importante espaço de capacitação (CARDOSO, 2012).

Porém, não houve uma participação efetiva de usuários, gestores, alunos e professores das instituições de ensino, sendo necessário essa maior integração para o alcance na integralidade das ações. No entanto, os profissionais de saúde foram os maiores beneficiados com a primeira experiência de cogestão institucionalizada pela secretaria (CARDOSO, 2012).

As REPs são capazes de impulsionar uma gestão participativa, fazendo com que trabalhadores se apropriem das políticas públicas de saúde, prestando uma atenção integral e humanizada (CAMPOS, 2013).

Nesse sentido, a experiência propiciou que profissionais de saúde pudessem conhecer melhor o trabalho em equipe, discutir a participação e serviu também como espaço de reflexão das práticas envolvidas no cuidado (CARDOSO, 2012).

Nessa mesma linha de pensamento, um estudo realizado por Cotta *et al.* (2013), em uma unidade ambulatorial da Universidade Federal de Viçosa no Paraná, que atende professores, alunos e servidores técnico-administrativo, utilizou metodologias ativas, a exemplo da problematização e das rodas de conversa como forma de incitar o debate, a reflexão e a tomada de decisão, a fim de propiciar uma aprendizagem significativa e empoderar os profissionais de saúde sobre as políticas de saúde, especialmente a PNH, contribuindo para a transformação das práticas no cotidiano do trabalho.

Outro estudo realizado por Casarin *et al.* (2017) apresentou e discutiu os resultados do primeiro fórum municipal de humanização realizado em um município de médio porte no interior gaúcho. Contou com a participação de profissionais da atenção básica, estudantes e residentes da área da saúde e foi utilizado como estratégia de gestão e educação permanente visando provocar mudança nos trabalhadores.

Os fóruns propiciam a discussão em grupo, troca de ideias, reflexões sobre as práticas e processos de trabalho, suscitando transformação nas formas de organização e planejamento dos serviços. Na oportunidade foram discutidos temas envolvendo a humanização, a integralidade e os processos de trabalho, no sentido de melhorar a assistência à saúde naquela realidade (CASARIN *et al.*, 2017).

Os resultados das discussões em grupo apontaram a existência de entraves na integralidade das ações, em virtude do desconhecimento da Rede de Atenção à Saúde do município por parte dos trabalhadores da atenção básica, a necessidade de mudanças nos processos de trabalho, envolvendo equipe multidisciplinar e aproximação da gestão, além da ampliação dos espaços de debate (CASARIN *et al.*, 2017).

Outra pesquisa trouxe uma atividade de educação permanente envolvendo a humanização do cuidado em duas unidades de terapia intensiva de um hospital universitário público, buscando impulsionar a reflexão e conscientização de práticas humanizadas, tendo como essência a empatia (MELO *et al.*, 2013).

A humanização foi trabalhada no sentido de atender aos aspectos biopsicossocioespirituais do ser humano, considerando-se que, no contexto de uma unidade

de terapia intensiva, são essenciais as necessidades fisiológicas como: banho, repouso, alimentação, sono, segurança (MELO *et al.*, 2013).

Esta pesquisa teve como público-alvo os profissionais de enfermagem do setor em questão. Utilizou-se uma metodologia ativa baseada no Arco de Charles Maguerez, que é composto por cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. A atividade proporcionou que os profissionais refletissem sobre a prática profissional humanizada (MELO *et al.*, 2013).

A humanização como política transversal de saúde reafirma a indissociabilidade entre atenção e gestão, aposta na inclusão de diferentes atores no sentido de produzir autonomia, protagonismo e corresponsabilidade nas ações de saúde. Propõe mudanças organizacionais, nas relações de poder, na valorização das pessoas em todas as atividades de atenção e gestão (BRASIL, 2010).

Proporcionar espaços e oportunidades que promovam o debate dos processos de trabalho, com metodologias ativas que favoreçam o diálogo, a inclusão, a troca de experiências, a subjetividade, favorece, assim, a transformação das práticas de saúde em direção a um SUS, mais humano, inclusivo e resolutivo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trabalhou-se com a abordagem da pesquisa qualitativa participante. A abordagem qualitativa busca descrever, explicar e analisar os fenômenos observados (TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa qualitativa tem sua base na antropologia e na sociologia, e, por meio dos estudos acerca da vida em comunidade, percebeu-se a necessidade de interpretá-las com maior profundidade. O pesquisador procura adentrar na realidade a ser pesquisada, no contexto em que as pessoas desenvolvem suas atividades e relações. Dessa maneira, poderá ter uma compreensão mais clara do fenômeno a ser estudado e dos significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto de pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa participante tem sido confundida com a pesquisa-ação e muitas vezes são apresentadas como sinônimo. As duas buscam promover condições de tornar pesquisador e pesquisados capazes de enfrentar situações problemáticas do cotidiano ou realidade social de um grupo específico (FELCHER, FERREIRA, FOLMER, 2017).

A pesquisa participante difere da pesquisa-ação em alguns aspectos. A pesquisa-ação tem como foco central conhecer a realidade, planejar e realizar ações que possibilitem resolver ou amenizar um problema identificado. Nesse tipo de estudo, pesquisador e pesquisados se envolvem, em parceria, na resolução dessa dificuldade, numa ação planejada, e atuam de forma compartilhada. O pesquisador tem uma participação ativa na resolução dessas dificuldades (THIOLLENT, 1986).

Na pesquisa participante, o pesquisador está inserido no campo de estudo buscando mudar a realidade, porém não tem uma participação ativa na resolução do problema, ele conta com a colaboração dos participantes que vão atuar como interlocutores do processo de investigação. Por meio do diálogo, o pesquisador analisa os sentidos e significados atribuídos pelo grupo ao objeto de estudo (SCHMDIT, 2008).

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador, ao mesmo tempo que conhece a realidade, pensa em proposições de ações que possam intervir nessa mesma realidade, porém, sem participar da ação propriamente dita (GIL, 2008; TRIVIÑOS, 1987; BARTELMÉBS, 2012). Pesquisador e pesquisado estabelecem uma relação horizontal, os saberes são compartilhados, ao mesmo tempo que os participantes trazem informações, fornecem suas opiniões e concepções, incorporam os saberes emitidos pelo pesquisador sobre a questão pesquisada (FAERMAN, 2014).

A pesquisa participante contribui para o autoconhecimento e a reflexão dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, numa relação dialógica de troca de saberes que possibilita mudanças nas concepções e práticas de pesquisadores e pesquisados (HEIDEMANN et al., 2017).

No estudo em questão, a pesquisadora estabeleceu um diálogo com os participantes sobre o objeto de pesquisa. Suscitou questionamentos sobre uma proposta de qualificação a ser realizada à luz da educação permanente em saúde e sua implementação como estratégia de avançar na humanização da assistência, promovendo reflexões e discussões entre pesquisador-pesquisado.

3.2 CENÁRIO/CONTEXTO

O estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (convencional e canguru) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), situado no *Campus* Universitário I, no bairro do castelo Branco, na cidade de João Pessoa-PB. O HULW é o hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba. Foi fundado no ano de 1980, para servir

de campo de estágio para os alunos dos cursos da área da saúde da referida universidade. Desenvolve ações de assistência à saúde como também de ensino, pesquisa e extensão (EBSERH, 2018).

Atualmente, é uma filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação. A Ebserh é uma empresa pública de direito privado que tem por finalidade a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), além de colaborar com a formação de estudantes da área da saúde e afins (UFPB, 2013; EBSERH, 2018).

O HULW encontra-se inserido na rede de atenção à saúde do estado da Paraíba como um serviço de referência em média e alta complexidade. Oferece atendimento na área hospitalar e ambulatorial, em todas as especialidades, além de serviços de apoio diagnóstico e consultas em diferentes especialidades (EBSERH, 2018).

Tem seu fluxo de atendimento dividido por linhas de cuidado e conta com 16 unidades: unidade de visão, do sistema cardiovascular, endócrino, digestivo, neuro-músculo esquelético, respiratório, urinário, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde da criança e do adolescente, unidade materno-infantil, de oncologia/hematologia, clínica médica, cirurgia geral, atenção psicossocial, saúde bucal e doenças infecto parasitárias (EBSERH, 2018).

Entende-se por linhas de cuidado a união de recursos e práticas de produção de saúde, guiadas por diretrizes clínicas que têm como propósito a condução oportuna e ágil dos usuários frente às oportunidades de diagnóstico e tratamento em resposta às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2010a).

A Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, convencional e canguru (UCINco e UCINca), cenário da pesquisa, está ligada à Unidade Materno-Infantil, que é composta do serviço de obstetrícia, neonatologia e serviço de assistência especializada familiar.

A UCINco atende recém-nascidos provenientes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), bloco cirúrgico, alojamento conjunto e reguladas de outros serviços para tratamento clínico ou cirúrgico.

Na UCINca, as crianças são admitidas mediante alta da UCINco, UTIN e do alojamento conjunto. Elas ficam nesse setor em companhia da mãe e são supervisionadas pela equipe multidisciplinar. A assistência oferecida é norteadada pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso — método canguru, que é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, que reúne tecnologia e humanização (BRASIL, 2017a).

3.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

A equipe que atua na UCIN é composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e nutricionista. No quadro 4, apresentam-se os profissionais da unidade, especificados por categoria.

Quadro 4. Quantidade de profissionais por categoria profissional da UCIN/HULW que atenderam aos critérios de inclusão e participaram do estudo

Categoria profissional	Quantidade	Atenderam aos critérios de inclusão	Participaram do estudo
Assistente social	02	02	02
Nutricionista	02	02	01
Médico	17	11	04
Enfermeiro	09	06	06
Técnico de enfermagem	23	10	09
Fisioterapeuta	03	03	02
Fonoaudiólogo	01	01	01
Psicólogo	01	01	00
Total	58	36	25

Fonte: elaborada pela autora com base na escala de serviço da UCIN/HULW (2021).

Dos 58 profissionais lotados na unidade, 36 atenderam aos critérios de inclusão relacionados abaixo. Destes, 25 participaram do estudo e 11 se autoexcluíram. Todos os participantes são do sexo feminino. Na unidade há apenas um profissional do sexo masculino que trabalha no turno da noite. A faixa etária predominante é de 40 a 49 anos (52%). Em relação à formação, nove (36%) são técnicos de enfermagem, dois (8%) são fisioterapeutas, seis (24%) são enfermeiros, um nutricionista (4%), dois assistentes social (8%), quatro médicos (16%) e um fonoaudiólogo (4%). O psicólogo não participou da pesquisa por autoexclusão. Dos 25 participantes do estudo, 14 (56%) possuem menos de 10 anos de trabalho no HULW, oito (32%) possuem entre 10 e 19 anos e três (12%), mais de 20 anos de trabalho na instituição.

Como foi possível observar houve uma baixa participação dos médicos no preenchimento do instrumento de pesquisa. 11 médicos atenderam aos critérios de inclusão e apenas quatro (36,4%) responderam ao questionário. Alguns justificaram a não participação

por falta de tempo, outros, aceitaram participar, porém não devolveram o instrumento preenchido.

Esta realidade foi observada em outros estudos que também apresentaram uma baixa adesão dos médicos nas pesquisas desenvolvidas (Brüggemann O.M., *et al.*, 2011; MOTA, 2018). Para Vecina Neto e Malik (2007) o envolvimento dos médicos na solução de problemas e no desenho dos novos processos é uma questão complexa.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: atuação no setor no mínimo há um ano e aceitação para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: atuação na unidade somente em plantões noturnos e profissionais de férias ou licença durante o período de coleta de material.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE MATERIAL

A coleta de material foi realizada por meio da observação participante e da aplicação de um questionário aberto. Inicialmente, foi aplicado um questionário piloto com alguns participantes do estudo sendo, um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.

A observação participante é uma técnica de pesquisa que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, que reúne o objeto de pesquisa e seu contexto, valorizando a interação social, a troca de conhecimentos, as ideias, os sentimentos do grupo para, então, compreender em totalidade o fenômeno estudado (QUEIROZ *et al.*, 2007).

A observação participante é escolhida quando o pesquisador pretende compreender os sujeitos e suas práticas dentro do contexto da ação. Nesse modo de observação, o pesquisador deverá valorizar os diferentes discursos verbais e não verbais, apresentados em gestos, expressões, que retratarão o real cenário social do grupo (FREITAS, 2002).

Sendo a pesquisadora membro do grupo e da instituição, estava inserida no contexto do estudo, fazendo parte do grupo observado, vivenciando a dinâmica da unidade, interagindo com os sujeitos e com o campo da pesquisa, possibilitando conhecer a realidade a ser estudada em detalhes (QUEIROZ *et al.*, 2007).

Na observação participante, foram descritas as práticas humanizadas e como estava acontecendo a qualificação dos trabalhadores da unidade. Aconteceu durante os plantões diurnos, alternando entre turnos matutinos e vespertinos, durante um período de dez dias, totalizando 40 horas. Abrangeu diferentes sujeitos, seus atos e a dinâmica institucional. Procurou-se responder as seguintes questões durante a observação: estão acontecendo atividades educativas em educação permanente em saúde na unidade? Como estas atividades

estão acontecendo? Quais práticas humanizadas estão sendo desenvolvidas pela equipe da UCIN? Como estas práticas estão acontecendo?

Utilizou-se um diário de campo em que registraram-se as vivências e as considerações relevantes para a análise dos dados.

Concomitante à observação participante, realizou-se o convite aos trabalhadores em responder o questionário, que, além de ser entregue pessoalmente, foi enviado para o *e-mail* dos participantes, objetivando ofertar opções no seu preenchimento. Estabeleceu-se um prazo de cinco dias corridos para a sua devolução. No ato da entrega do questionário, a pesquisadora teve a oportunidade de esclarecer dúvidas em relação às perguntas.

O questionário foi testado antes de ser usado definitivamente, objetivando verificar possíveis falhas:

[...] inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou linguagem inacessível; perguntas supérfluas ou que causam embaraço ao informante; se as questões obedecem a determinada ordem ou se são muito numerosas etc. (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.203).

Após a aplicação do questionário piloto, evidenciou-se a necessidade de excluir uma questão em virtude de sua complexidade. Na sequência, iniciou-se a observação participante e a aplicação dos questionários.

Para Lakatos e Marconi (2003, p. 201), “o questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas” [...]. O questionário trouxe questões abertas com dados sociodemográficos e perguntas que buscavam conhecer os significados atribuídos à humanização, à educação permanente em saúde e à sua implementação como proposta de fortalecer a humanização na unidade.

O questionário aberto é aquele que contém, apenas, questões abertas e que permitem que o participante do estudo possa trazer suas próprias respostas, tenham liberdade de usar o seu vocabulário e expor suas opiniões (GIL, 2008).

No questionário, constaram-se dados sociodemográficos como: idade, sexo, área profissional e tempo de serviço no HULW e as seguintes questões:

1. Quando falo “humanização da assistência”, o que lhe vem?
2. Quando falo “humanização da assistência” na UCIN, o que lhe vem?
3. Quais as práticas humanizadas que você observa na rotina da UCIN?
4. Quais as práticas humanizadas que você realiza na sua rotina de trabalho na UCIN?
5. Quando falo “educação permanente em saúde”, o que lhe vem?
6. Quais as práticas de educação permanente em saúde que você observa na rotina da UCIN?

7. Como você vê a implementação da educação permanente em saúde como estratégia de humanização da assistência na UCIN?

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

A análise de conteúdo temática foi o método usado na análise dos questionários aplicados na pesquisa (BARDIN, 2016). Esse método é muito utilizado na análise de dados qualitativos em pesquisas realizadas nas áreas da saúde, ciências sociais e humanas (CAMPOS, 2004; JULIO *et al.*, 2017).

A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações, verbais ou não verbais, presentes de maneira clara, explícitas, ou aquelas que se encontram implícitas, ou seja, aquilo que está aparente ou não na mensagem, dando suporte ao pesquisador para a compreensão dos significados e significantes contidos na sua interpretação e, principalmente, para fazer inferências (BARDIN, 2016; CAMPOS, 2004; CATÃO, 2001).

Esta técnica procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a categorias conceituais ou classes contextuais, que permitam passar dos elementos descritivos à interpretação do sentido do conteúdo (CATÃO, 2001, p. 80).

O plano da análise de conteúdo usado neste estudo assentou-se nas etapas:

1. pré-análise e leitura flutuante de todo material coletado com os questionários, buscando entender de uma maneira geral as ideias principais e os seus significados;
2. constituição do *corpus* textual. O *corpus* geral do estudo foi dividido em dois: o *corpus* I, constituído das respostas das questões 1 e 2 do questionário de pesquisa (1. Quando falo “humanização da assistência”, o que lhe vem? 2. Quando falo “humanização da assistência” na UCIN, o que lhe vem?), e o *corpus* II formado das questões 5 e 7 (5. Quando falo “educação permanente em saúde” o que lhe vem? 7. Como você vê a implementação da educação permanente em saúde como estratégia de fortalecer a humanização da assistência na UCIN?). Os *corpus* formados foram processados pelo software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Eles foram elaborados para alcançar os objetivos propostos da pesquisa.

Este programa informático é uma ferramenta que auxilia diferentes análises de dados textuais, desde a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude), organizando e

distribuindo o vocabulário de forma clara e simples, possibilitando um aperfeiçoamento das análises, especialmente em grandes volumes de textos, [...] “trazendo maior objetividade e avanços às interpretações dos dados de texto”. (CAMARGO; JUSTO, 2013, p. 517).

Para auxiliar a análise dos conteúdos textuais dos questionários, foi utilizada a técnica de classificação hierárquica descendente (CHD) que visa obter classes de segmentos de texto.

Na CHD, o software agrupa os segmentos de texto e as classes semânticas, correlacionando-os por conteúdos, por temas semelhantes num esquema hierárquico de classes, permitindo que o pesquisador, ao olhar o conteúdo das classes formadas, possa, então, categorizá-las em eixos temáticos mediante sua compreensão teórica aliada ao conteúdo que emerge das classes. Os dados são apresentados em um dendrograma que aponta as relações de proximidade e distanciamento entre as classes. O dendrograma é uma representação gráfica que ilustra as partições que foram feitas no *corpus* até que se chegasse às classes finais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

3. Revisão do *corpus* consistiu na correção dos erros de digitação e pontuação, na uniformização das siglas e na junção de palavras compostas por *underline*.
4. Processamento do *corpus* pelo *software*.
5. Construção do modelo analítico composto por eixos temáticos, que corresponderam ao agrupamento das classes de palavras geradas pelo software IRAMUTEQ.
6. Descrição, interpretação e inferências com respaldo do referencial teórico.

3.6 A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção foi elaborada com base em uma práxis educativa construída à luz da educação permanente em saúde, que integre a teoria ao cotidiano do trabalho, e promovam a reflexão e novas formas de agir e pensar (SILVA, DIAS, RODRIGUES, 2009).

Para Semeraro (2005), baseado no pensamento de Marx e Gramsci, a práxis é uma atividade teórico-prática que visa à construção do conhecimento e promove nos sujeitos uma nova concepção de mundo com reflexões que transformem a ação e que possam superar modelos hegemônicos de gestão.

Considerando-se os estudos do teórico marxista Adolfo Sánchez Vázquez, Freitas (2013) aponta que a práxis é a junção da teoria à prática, com vistas a uma ação transformadora da sociedade.

A práxis educativa proposta pela EPS busca promover a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde por meio de ações educativas que tomem como

base o diálogo e sejam promotoras de autonomia, autorreflexão e transformação (SILVA *et al.*, 2010).

Para o desenvolvimento da práxis educativa, serão empregadas as rodas de educação permanente (REPs). Essas rodas são uma das estratégias de desenvolvimento da EPS proposta pelos Polos de Educação Permanente em Saúde. Os polos são dispositivos de gestão das práticas educativas no SUS (BRASIL, 2004).

As rodas de educação permanente tomam como base o Método da Roda ou Método Paidéia que foi desenvolvido por Campos (2013) e consiste em “um método de apoio à cogestão que objetiva ampliar a capacidade de direção dos grupos, aumentando seu poder de análise e de atuar sobre o mundo (práxis)” (CAMPOS, 2013, p.199).

O Método da Roda propõe ativar a produção de subjetividade, potencializa a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, amplia a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos” (CARDOSO, 2012, p. 21).

As rodas serão desenvolvidas entre os membros da equipe multiprofissional, onde o tema será definido com base nas dificuldades e do levantamento de problemas vivenciados pelos trabalhadores, tendo como pano de fundo a humanização da assistência. Em seguida esse tema será discutido, problematizado e relacionado com a teoria, de modo que novos sentidos e significados sejam elaborados pelos participantes, e apontadas soluções e estratégias de enfrentamento que tragam melhorias na humanização, que promovam o trabalho em equipe e a coparticipação dentro da unidade trabalhada.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, localizado no *Campus I*, na cidade de João Pessoa/PB, com o parecer n.º 4.736.275, CAAE: 45322021.5.0000.5188 (ANEXO 2).

Antes da coleta dos dados, prestaram-se aos sujeitos os esclarecimentos pertinentes à natureza e aos objetivos da pesquisa, como também foi assegurada a voluntariedade da participação e a preservação do sigilo quanto à identidade dos informantes. Foi disponibilizado, aos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice A).

Em relação aos riscos que eventualmente possam acontecer durante a coleta de dados, podemos relacionar: o desconforto dos participantes em responder ao questionário e o receio de responder algum questionamento durante a observação participante. Para isso, a

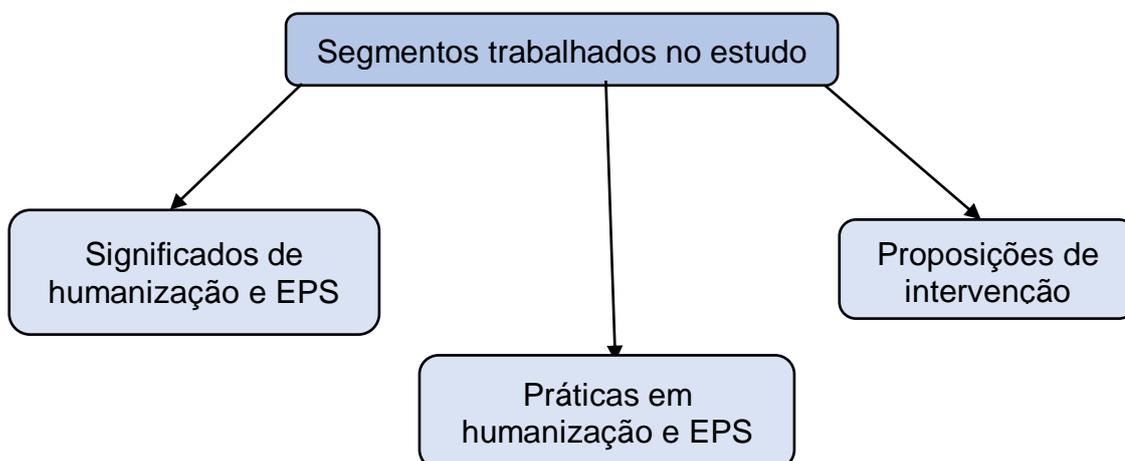
pesquisadora deixou claro que o entrevistado poderá desistir, a qualquer momento, de responder ao questionário ou a qualquer pergunta quando não se sentir confortável.

Esta pesquisa pretende melhorar a assistência prestada aos usuários (recém-nascidos e genitoras) da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (convencional e canguru) do HULW e proporcionar a valorização dos trabalhadores da unidade por meio de ações de educação permanente em saúde pautadas no diálogo, na troca e na transdisciplinaridade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para esta seção, abordaram-se três segmentos trabalhados no estudo: significados da humanização e da educação permanente, elaborados por trabalhadores participantes do estudo; práticas humanizadas e de educação permanente em saúde realizadas na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW; proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor, com base nas reflexões da equipe a ser implantada na UCIN (Figura 2).

Figura 2. Segmentos trabalhados no estudo



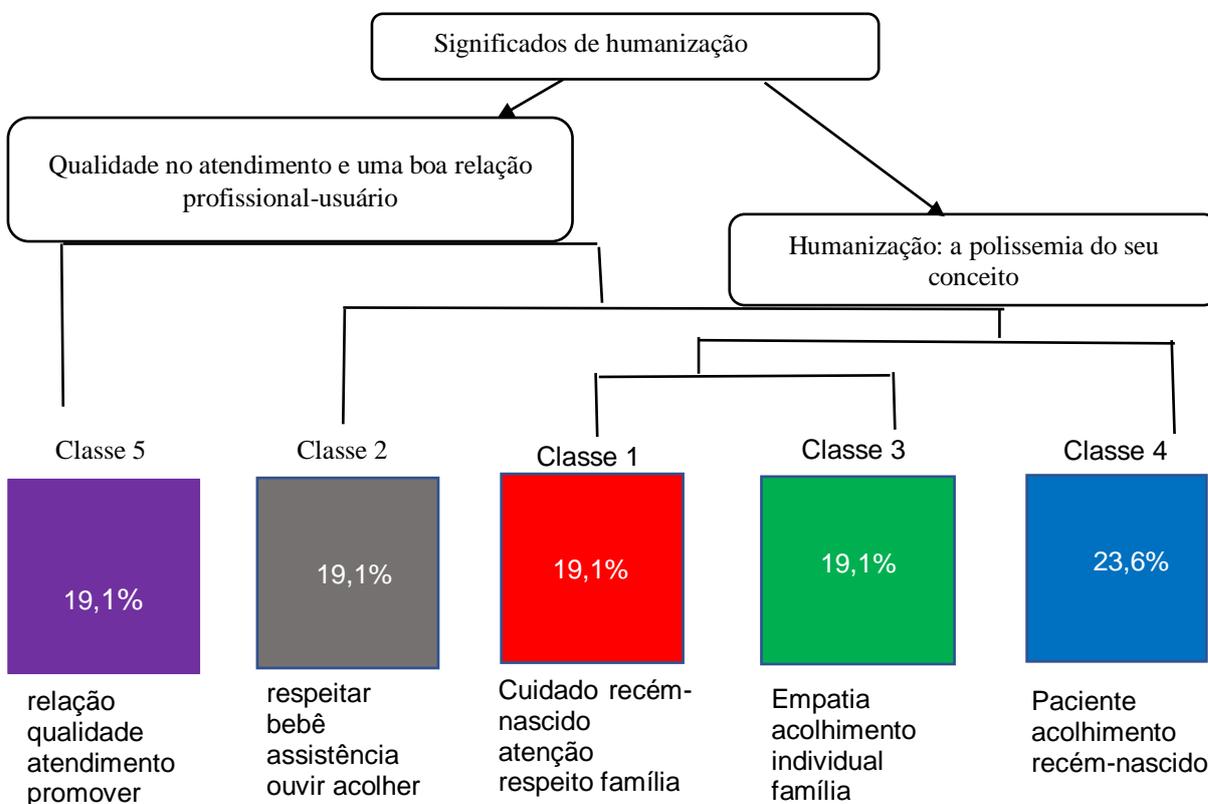
Fonte: elaborada pela autora.

4.1 SIGNIFICADOS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ELABORADOS POR PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dos significados atribuídos à humanização da assistência, foram capturados dois eixos temáticos. O eixo temático I, “qualidade no atendimento e uma boa relação profissional-

usuário”, reuniu 19,1% do total do *corpus* e foi formado da classe 5 do dendrograma e o eixo temático II, “humanização: a polissemia do seu conceito”, englobou 80,9% do *corpus* e foi formado das classes 1, 2, 3 e 4. Os eixos temáticos e suas respectivas classes podem ser observados na figura 3.

Figura 3. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as palavras mais significativas acerca da humanização da assistência produzidas pelos trabalhadores da UCIN/HULW, João Pessoa/PB, Brasil, 2021



Fonte: elaborada pela autora com base no *software* IRAMUTEQ.

No eixo temático I, os trabalhadores apresentaram significados de humanização da assistência, associados a prestar um atendimento de qualidade e ter uma boa relação profissional-usuário. Segundo as falas dos participantes que compõem esse eixo temático:

Melhorar a relação entre a equipe multiprofissional e paciente e acompanhantes também promovendo a qualidade do serviço aos usuários a participação coletiva da equipe envolvida e a

responsabilidade de cada um com as mães e os recém-nascidos promove a excelência no atendimento humanizado. (Q.15)

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH), a humanização envolve um atendimento de qualidade reunindo tecnologia e acolhimento, além de melhoria do ambiente e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Os discursos elaborados pelos profissionais são condizentes com preceitos da humanização contidos na PNH. A qualidade no atendimento citado pelos participantes envolve diferentes nuances e significados como o uso de tecnologias adequadas, associado a um espaço físico acolhedor, além de aspectos que envolvem a relação interpessoal entre trabalhadores e usuários (SERAPIONI, LOPES, SILVA, 2013).

Para Ovretveit (1996, p.2), citado por Serapioni, Lopes e Silva (2013), a qualidade significa “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa dos serviços de saúde e a custos mais baixos para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”.

O conceito de qualidade, trazido por Ovretveit (1996), é interessante por envolver, além da satisfação dos usuários, a eficácia e a eficiência. Traz, também, a equidade inserida no conceito de qualidade por se tratar de uma “[...] dimensão imprescindível para um sistema de saúde pública” já que iniciativas nesse sentido reduziria as desigualdades em saúde (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013, p. 547).

Outro significado atribuído à humanização, trazido pelos profissionais, aponta que a humanização consiste em estabelecer um boa relação profissional-usuário.

Um atendimento voltado para uma boa qualidade na assistência à saúde, inclusive uma boa relação entre o profissional e o paciente [...] (Q.9)

A humanização das práticas assistenciais implica tornar o encontro profissional-usuário um momento de envolvimento e de responsabilização, em que duas pessoas, mesmo que em situações distintas, compartilham conhecimentos, fatos, emoções buscando compreender as necessidades do outro e traçar objetivos em comum que levem a um bem-estar recíproco (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006; BERTACHINI, 2012).

O encontro profissional-usuário, que se processa na prática, é permeado de subjetividade, envolve o diálogo, a escuta, a responsabilização, no sentido de fomentar ações promotoras da integralidade e da humanização da assistência (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Esse encontro é um momento de trocas, de pactuação de possibilidades de tratamento, não da imposição de condutas. “A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, de escutar a voz do outro, e do diálogo com os nossos semelhantes” (BERTACHINI, 2012, p.512).

Discutir, de forma ampla, participativa, os preceitos da humanização, com base na visão dos trabalhadores, auxiliam a elaboração de propostas que possam melhorar as práticas assistenciais humanizadas nas instituições.

Os profissionais incluídos nesse eixo temático, apesar de terem percepções sucintas sobre a humanização, trazem aspectos importantes e necessários para uma assistência humanizada.

O eixo temático II “humanização: a polissemia de seu conceito” trouxe significados diversos acerca da humanização da assistência. Foi percebido como um ato de amor, respeito, carinho, atenção, que envolve empatia, acolhimento, e um cuidado ofertado de forma integral, holística, valorizando o ser humano e sua subjetividade. Trouxe, também, a importância de uma estrutura física adequada, além de relacionar-se à humanização com as ações norteadoras da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso — método canguru.

A humanização tem um conceito amplo, polissêmico, envolve várias significações, abrange a comunicação, o respeito à vida, ao ser humano, a responsabilização com o outro, e o comprometimento ético e político (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

O discurso de alguns participantes do estudo indicou que a humanização significa ter uma relação de afeto, amor, carinho e cuidado com o usuário, ofertados com competência e ética.

Assistência com cuidado respeito amor profissionalismo competência e ética uma assistência ao recém-nascido e a mãe um cuidado amoroso com competência técnica profissionalismo e respeito ao recém-nascido e sua família [...] (Q.13)

Humanização da assistência é um ato de amor contínuo [...] (Q.22).

Esses sentimentos estão associados a uma condição humanística do termo humanização, condizentes com a ideia de que o homem é essencialmente bom, desconsiderando-se que, no relacionamento com o outro, tanto sentimentos conflituosos, cruéis, desumanos quanto de cooperação, ajuda, amor podem ser desencadeados (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Para Rios (2009), a humanização envolve reconhecer essas características no ser humano e colocar em discussão aspectos morais, éticos que direcionem o agir em prol da humanização do cuidado.

A atenção humanizada necessita da discussão coletiva do exercício da ética nas relações no ambiente de trabalho, como um princípio para nortear a ação, podendo ser usada como um instrumento que vai demarcar os comportamentos em favor de uma atenção à saúde prestada de maneira justa, solidária e responsável (RIOS, 2009).

Um olhar humanizado que esteja presente respeito empatia acolhimento e ética [...] (Q. 7)

Uma pequena parcela dos profissionais citou a ética como parte de uma atenção humanizada. O termo esteve presente no discurso de dois participantes (Q. 7 e Q.13) num universo de 25.

A humanização abrange uma complexidade maior, envolve, além de ações humanas e sentimentos como o amor, carinho e a atenção. Envolve, também, intervenções nas instituições, vai da interface da ética com os direitos à saúde postos na Constituição Federal, sendo enxergada, também, como direito e cidadania (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Nesse sentido, se faz necessário que o debate e a discussão reflexiva sejam incentivados nos serviços de saúde, envolvendo diferentes nuances para que a humanização, em sua dimensão transformadora, seja usada na prática e em especial nas instituições hospitalares que advêm de uma cultura de práticas normativas, verticalizadas e hierarquizadas (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Outro significado atribuído à humanização, apresentado pelos profissionais, aponta que a humanização envolve empatia e acolhimento.

Promover cuidado à atenção de saúde com mais empatia, carinho, colocando a pessoa como protagonista do cuidado e não a doença colocar o recém-nascido no centro da atenção e cuidado juntamente com sua mãe binômio mãe-filho e pai (Q. 21)

A humanização da assistência se inicia na etapa da escuta da família do paciente, o saber ouvir e se posicionar no lugar do outro o acolhimento das mães dos recém-nascidos que na maioria das vezes tem uma permanência hospitalar longa [...] (Q. 6)

Penso em atenção acolhimento identificação com a dor do outro, empatia acolher a mãe explicando a necessidade do recém-nascido

entender as condições-socioeconômicas da família atender o recém-nascido minimizando a dor e o sofrimento (Q. 5)

É intervir de forma gentil e acolhedora respeitando as questões pessoais sociais psicológicas familiares e religiosas tentando compreender ouvir as necessidades e queixas com respeito e empatia a humanização acontece a partir de simples gestos e atitudes de acolher o bebê e sua genitora na unidade onde se prolonga com uma assistência peculiar complexa e multidisciplinar com a participação dos pais no desenvolvimento do bebê (Q. 24).

A empatia e o acolhimento são inerentes a uma atenção humanizada. O conceito de acolhimento encontra-se incorporado ao conceito de humanização (CALLEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015). O acolhimento pressupõe uma atitude de receber, escutar, criar vínculo, responsabilizar-se, trazer respostas às necessidades do usuário, buscando estratégias para dar continuidade e resolução aos problemas de saúde, sendo percebida como uma das diretrizes de maior visibilidade da PNH.

Para Arruda e Silva (2012),

o acolhimento caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada ao serviço de saúde quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais. O vínculo, por sua vez, expressa-se na atenção humanizada, com compartilhamento de saberes, na convivência, na ajuda e no respeito recíprocos entre profissional e usuário. (ARRUDA e SILVA, 2012, p. 760).

O acolhimento envolve uma escuta qualificada, que implica a disponibilidade do profissional em comprometer-se com a história do usuário, suas dificuldades, necessidades, estabelecendo uma comunicação que reconheça as diferenças, buscando a resolução dos problemas evidenciados (CALLEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

A empatia pode ser interpretada como a capacidade de se colocar no lugar do outro, de envolver-se com a dificuldade enfrentada de forma que consiga entender as vivências e sentimentos compartilhados pelo usuário (SOUSA, 2020).

Os profissionais trouxeram também significados da humanização com sendo um cuidado prestado de forma integral, holística que valorize o ser humano e sua subjetividade, envolvendo o recém-nascido e a família, conforme os discursos:

uma assistência baseada nas especificidades do paciente de uma forma integral e individualizada com respeito e dignidade tratar o recém-nascido de forma individualizada integral e respeitosa, e incluir sua família na atenção e no cuidado (Q. 18)

Ver o paciente como um todo procurando atender todas as suas necessidades [...] (Q. 20)

Pensar no outro ser humano de forma individual com suas particularidades no âmbito da assistência [...] (Q. 2)

Atender acolher de forma holística e humana entendendo as experiências e sentimentos dos outros [...] (Q. 10)

Humanização da assistência me remete à práticas assistenciais planejadas de forma a proporcionar um cuidado individualizado seguro que vá de acordo com as necessidades do cliente contextualizando em cuidado no aspecto biopsicossocial [...] (Q. 16)

A humanização nos remete a reconhecer o outro em sua integralidade, especificidade, valorizando não somente o corpo, mas a mente, o espírito, a emoção, contextualizando histórico, social e culturalmente (CHERNICHARO *et al.*, 2013; BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Atendimento individualizado visando o paciente e todo o contexto familiar e social [...] (Q.14)

O cuidado holístico implica atentar para o que realmente importa para o usuário no seu cuidado em saúde, contextualizando diferentes aspectos para a promoção da saúde, evitando uma atenção fragmentada, valorizando a vida humana, articulando equidade com integralidade (DESLANDES, 2006).

A integralidade das ações de saúde envolve enxergar o ser humano para além da doença, abrangendo, também, além desse cuidado holístico, a continuidade e a transversalidade das ações de saúde em toda rede, de forma plena, atingindo inúmeros serviços, até a resolução das dificuldades do usuário (CECÍLIO; MERHY, 2007). Os discursos dos trabalhadores trouxeram uma visão da integralidade apenas na dimensão que envolve o cuidado holístico, não foi dito a dimensão que abrange uma continuidade nas ações de saúde em todos os níveis de atenção

Nas unidades neonatais, o cuidado holístico envolve, além de aspectos clínicos do recém-nascido, aspectos relacionados a sua família, e todo contexto relativo ao nascimento de

um bebê prematuro, não podendo ser compreendido de maneira fragmentada (BRASIL, 2017a). Os trabalhadores foram condizentes com as orientações da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, e apontaram que a assistência holística, humanizada ao recém-nascido não pode ser desvinculada do contexto familiar.

Uma assistência baseada nas especificidades do paciente de uma forma integral e individualizada com respeito e dignidade tratar o recém-nascido de forma individualizada integral e respeitosa e incluir sua família na atenção e no cuidado (Q. 18)

Os profissionais trouxeram, em seus discursos, que a humanização envolve um ambiente com estrutura física em boas condições e adequada para atender o binômio mãe-bebê.

Um ambiente apropriado para o cuidado levando em consideração iluminação acústica equipamentos em boas condições de uso equipe multiprofissional habilitada e comprometida [...] (Q.1)

Respeitar acolher ouvir construir possibilidades de intervenção que possam beneficiar o usuário da saúde proporcionar estrutura física adequada ao binômio mãe e bebê corpo técnico qualificado [...] (Q. 11).

Além de um espaço físico adequado, com boa iluminação, acústica, climatização, a PNH acrescenta que esse espaço seja um local promotor de subjetividade, e favorável ao desenvolvimento dos processos de trabalho (BRASIL, 2010).

Esse tratamento dado ao espaço físico, visto como um local acolhedor e promotor de subjetividades, traz a denominação de ambiência (BRASIL, 2010).

A ambiência é um dispositivo da PNH que trata da melhoria do espaço físico das unidades de saúde, como uma “ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo” (BRASIL, 2010, p. 61).

Quando falamos em ambiência, pensamos em humanização por meio do equilíbrio de elementos que compõem os espaços, considerando fatores que permitam o protagonismo e a participação. Pressupõe o espaço como cenário onde se realizam relações sociais, políticas e econômicas de determinados grupos da sociedade, sendo uma situação construída coletivamente e incluindo as diferentes culturas e valores (BESTETTI, 2014, p. 602).

A ambiência nas unidades neonatais envolve, além de um espaço acolhedor, um local de cuidado individualizado que promova a recuperação dos recém-nascidos buscando reduzir estímulos que interferirão, negativamente, na recuperação e no desenvolvimento desses bebês (BRASIL, 2017a).

Envolve, também, um ambiente que favoreça o acolhimento da mãe e sua permanência junto ao filho, buscando fortalecer o vínculo mãe-bebê, corroborando a fala dos trabalhadores (BRASIL, 2017a).

Outro significado de humanização, apontado pelos trabalhadores da unidade, refere-se à sua associação às ações que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso — método canguru. Como indica os discursos dos participantes:

[...] oferecer medidas de conforto para que o recém-nascido tenha melhora na sua necessidade (Q. 4)

[...] fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e bebê estimular a amamentação tentar dissipar a insegurança das mães em relação a amamentação e os cuidados com os bebês (Q. 12)

[...] tratar o recém-nascido de forma individualizada integral e respeitosa e incluir sua família na atenção e no cuidado (Q. 18)

As práticas de atenção à saúde, ofertadas pelos trabalhadores da UCIN, são orientadas pela norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso — Método canguru.

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família (BRASIL, 2017a, p. 23).

Os participantes trouxeram como significado de humanização uma série de práticas e recomendações da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método canguru) como: a oferta de medidas de conforto ao recém-nascido, o fortalecimento do vínculo, e o tratamento individualizado, integral e respeitoso envolvendo além do recém-nascido à sua família.

Esse modelo de atenção recomenda uma série de ações que nortearão a prática da humanização nas unidades neonatais, dentre elas: o incentivo à participação dos pais nos cuidados com o bebê e ao aleitamento materno, medidas que reduzem o estresse e a dor, respeito ao horário do sono do recém-nascido, controle da luminosidade e do barulho, dentre outros (BRASIL, 2017a).

Os significados atribuídos à humanização pela equipe da UCIN permearam desde aspectos sociais, humanos e subjetivos (relacionamento profissional/usuário, a empatia, o amor, o cuidado, o acolhimento, a subjetividade) a questões que envolvem a infraestrutura e o ambiente, além de ações que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Entretanto, percebeu-se que a equipe não fez alusão a alguns aspectos e diretrizes apontados na PNH como a valorização do trabalho e dos trabalhadores, a gestão participativa e a participação social.

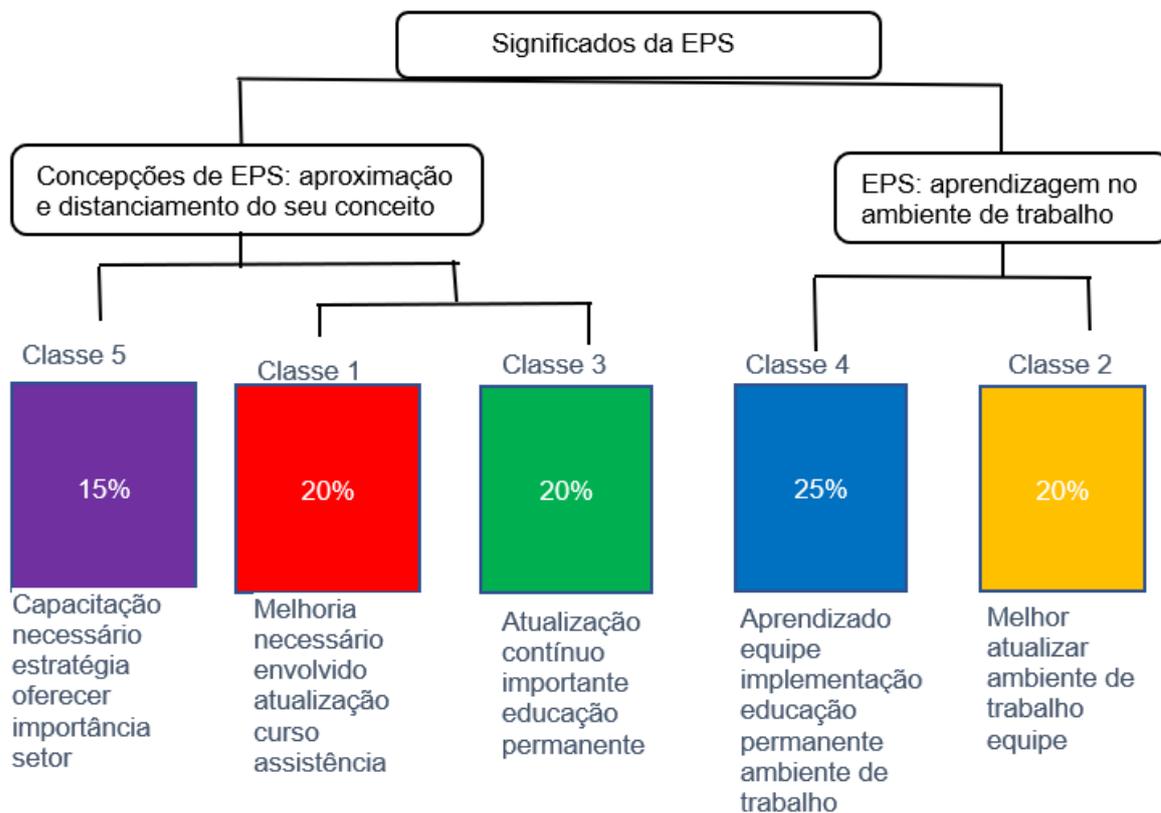
Associada aos aspectos citados pelos participantes do estudo, a PNH traz, também, em suas diretrizes, a valorização do trabalho e dos trabalhadores, orienta a formação de espaços que promovam a gestão participativa, a discussão e reflexão dos processos de trabalho como forma de motivar a equipe, estimular a autonomia e a autoestima dos trabalhadores contribuindo na formação [...] “de um desenho favorável à humanização” (CUNHA, MAGAJEWSKI, 2012).

A gestão participativa, a coletividade, as questões que envolvem a valorização do trabalhador são aspectos necessários para avançar na humanização (RIOS, 2009).

Para Ferraz et al. (2012), a humanização precisa ser discutida constantemente em diferentes instâncias para que seus princípios e diretrizes sejam incorporados nas práticas profissionais.

O *corpus* II, teve como bloco temático os significados de educação permanente em saúde e a sua implementação como estratégia para fortalecer a humanização da assistência na UCIN. Foram identificados dois eixos temáticos. O eixo temático I, “concepções de educação permanente em saúde: aproximação e distanciamento do seu conceito”, reuniu 55% dos significados elaborados, e foi formado pela classe 5 e pela ramificação das classes 1 e 3 do dendrograma. O eixo temático II, “educação permanente em saúde: aprendizagem no ambiente de trabalho”, englobou 45% dos significados, e foi formado das classes 2 e 4. Na figura 4, apresentam-se os eixos temáticos e suas respectivas classes .

Figura 4. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente com as palavras mais significativas acerca da educação permanente em saúde produzidas pelos trabalhadores da UCIN/HULW, João Pessoa/PB, Brasil, 2021



Fonte: elaborada pela autora com base em IRAMUTEQ

No eixo temático I, 15% do total do *corpus*, referente à classe 5 do dendrograma, apontou-se que os trabalhadores apresentaram significados de educação permanente em saúde (EPS) que se aproximam do seu conceito. Entenderam ser uma estratégia de capacitação alicerçada no processo de trabalho diário e na realidade do serviço envolvendo a equipe multiprofissional, sendo necessária e importante para a melhoria da qualidade do serviço prestado e para humanização dos cuidados com a família e com o recém-nascido. Foi possível perceber que uma pequena parcela dos trabalhadores apresentou um discurso que se assemelha aos preceitos da EPS.

Educação baseada no processo de trabalho do dia a dia. Qualificação/capacitação voltadas para as demandas que surgem no dia a dia do trabalho em saúde, da realidade assistencial. Acredito que estratégias que tenham relação com nosso processo de trabalho são necessárias para qualificar o cuidado oferecido. (Q. 4)

Processo de aprendizado contínuo. Com reunião e atendimento multiprofissional. Todas as estratégias que enfatize a humanização na assistência são de extrema importância [...]. (Q. 13)

As falas dos trabalhadores trouxeram alguns pontos condizentes com as informações contidas na literatura, como uma qualificação que discute os processos de trabalho, pautada nas necessidades e dificuldades. Para Ceccim (2005), a EPS enfoca a vivência diária das equipes, as dificuldades, demandas e necessidades dos atores envolvidos no processo de produção da saúde. Agrega conhecimentos teóricos às práticas organizacionais, com ações educativas interdisciplinares e multiprofissionais, realizadas na coletividade, valorizando os saberes e experiências do grupo.

Em outra fala os trabalhadores trouxeram significados da EPS como uma estratégia educativa que une a formação e a prática, buscando solucionar problemas do ambiente de trabalho.

É um processo educativo que possibilita o encontro da formação e da prática para detectar ou solucionar problemas do ambiente de trabalho, vejo como uma estratégia transformadora, diferenciada, inovadora e integrativa para a equipe multidisciplinar do setor como para todos os nossos usuários [...] (Q. 24)

Schweickardt *et al.* (2015) mencionam que a proposta da EPS é unir o conhecimento teórico às reflexões das práticas diárias, superando o tecnicismo das práticas educativas centradas no repasse de conhecimento, possibilitando que os trabalhadores possam trazer seus saberes e vivências, assumindo uma posição ativa no processo de ensino-aprendizagem, por meio de espaços inclusivos e participativos de troca de saberes unindo gestores, trabalhadores, usuários e as instituições formadoras.

A EPS aposta na coparticipação das equipes, na potência das relações entre sujeitos, em que a produção do conhecimento aconteça de forma multi e interdisciplinar, propiciando condições para que os trabalhadores possam discutir, criar e trazer soluções compartilhadas (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Ainda no eixo temático I, 40% dos discursos produzidos pelos trabalhadores indicaram que eles não reconhecem a proposta da EPS e trouxeram significados que indicam uma maior proximidade com a educação continuada, expressaram ser uma prática educativa que tem como finalidade atualizar conhecimentos de forma contínua, promovida pela gestão e desenvolvida na forma de cursos, capacitações e treinamentos. Conforme observado nas falas dos pesquisados a seguir:

Interesse da gestão em promoção de atualizações teóricas e práticas para melhoria do conhecimento dos profissionais [...]. (Q 21)

Tem sido oferecido alguns cursos, mas só consegui fazer o de aleitamento materno e de bomba de infusão [...] (Q. 20)

[..] é importante proporcionar aos profissionais novas capacitações e atualizações para que a assistência seja plena. (Q. 6)

A educação continuada traz uma proposta educativa que se desenvolve por meio de metodologias tradicionais, com repasse de conteúdo, objetivando a atualização de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades necessárias para o desempenho de atividades diárias inerentes ao trabalho e direcionada a segmentos específicos de profissionais (BRASIL, 2004). O discurso abaixo está condizente com a proposta da educação continuada.

A utilização rotineira e contínua de práticas educativas que visem a atualização profissional o aprimoramento de técnicas e práticas assistenciais. Acho uma estratégia importante tendo em vista que a educação permanente permite a atualização dos profissionais envolvidos na assistência quanto às práticas mais atualizadas que naturalmente tendem a evoluir cada vez mais para um cuidado cada vez mais próximo às necessidades dos recém-nascidos e também livre dos riscos de imperícia e ou da imprudência sempre existentes. (Q 16)

Percebe-se que a ideia de treinamentos e capacitações foi bastante evidenciada nos discursos dos profissionais participantes do estudo.

Treinamento e capacitação de funcionários do setor, estipular e discutir metas a serem alcançadas [...] (Q. 12)

Cursos, palestras, workshop de atualização na área. Algo necessário e positivo para a constante melhoria da assistência. (Q. 8)

[...] treinamentos dentro do que pratico e de forma constante é o casamento perfeito o conhecimento associado a humanização (Q.14)

Os discursos são condizentes com a perspectiva da educação continuada, onde os profissionais são treinados para que possam desenvolver melhor suas habilidades profissionais. Os cursos, capacitações não deixam de ser importantes, e, em alguns casos, são necessárias, como para treinar profissionais sobre o uso adequado de novas tecnologias e ou equipamentos.

No entanto, esses espaços de treinamentos e capacitações podem ser aproveitados para promoção de discussões e de troca de experiências entre as equipes de trabalho, fazendo emergir a EPS nos ambientes que teoricamente seriam usados de uma forma tradicional de transmissão de conhecimentos (SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Para Bath *et al.* (2014), essa visão de educação que acontece por meio do repasse de conhecimentos é fruto da herança de um modelo tradicional de educação, fragmentado, vivenciado por esses profissionais em sua formação acadêmica que refletirá na prática e na integralidade da atenção à saúde.

Os processos educativos dos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde devem acontecer numa lógica que desenvolva o poder de questionamento, de discussão e transformação nas práticas de saúde, buscando prestar uma assistência à saúde que fortaleça os princípios do SUS (BATH *et al.*, 2014).

Evidenciando, assim, a importância da discussão e implementação de outras formas de desenvolver a qualificação dos trabalhadores.

O eixo temático II “Educação permanente em saúde: aprendizagem no ambiente de trabalho” totalizou 45% do *corpus* e foi constituído das classes 2 e 4. Os significados atribuídos pelos trabalhadores à EPS apontaram a existência de uma relação da educação permanente em saúde com o ambiente de trabalho e sua capacidade em fortalecer os laços da equipe.

Entendo que é a aprendizagem no trabalho. Incorporar o aprendizado no ambiente de trabalho para melhorar a assistência continuamente com a implementação de projetos de educação permanente fortaleceria os laços entre a equipe e o crescimento dos saberes faria melhorar a assistência inclusive de uma forma mais humanizada. (Q. 18)

O ensino no ambiente de trabalho com o objetivo de atualizar a equipe implementando novas práticas vejo como algo imprescindível para uma prática organização e planejamento da assistência minimizando os possíveis danos e otimizando o trabalho. (Q. 1)

A proposta da educação permanente em saúde indica que é, no ambiente do trabalho, nas relações entre sujeitos, nos processos de enfrentamento de dificuldades que são construídos os processos de aprendizagem (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Os processos de ensino-aprendizagem que acontece no âmbito dos serviços de saúde, têm como objetivo mudar práticas de atenção e gestão. Nesse sentido, a educação permanente em saúde aponta que as ações pedagógicas que se realizam no ambiente de trabalho tendem a

ser mais potentes, pois partem da realidade vivenciada por esses trabalhadores com base nos problemas e dificuldades apresentados, por meio de práticas que promovam o encontro, a troca de experiências (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Os relatos presentes nesse eixo temático trouxeram significados que tinham uma associação com a proposta da educação permanente em saúde, quando apresentam o ambiente de trabalho como cenário dos processos educativos e a sua capacidade em promover a interação da equipe, melhorar o cuidado e a humanização da assistência.

A fala dos participantes indicou que a EPS favorece a interação da equipe e garante um cuidado humanizado. Esse significado atribuído a EPS pelos trabalhadores da UCIN foi evidenciado em um estudo desenvolvido por Sarreta (2009). Nessa pesquisa, o autor concluiu que a EPS atuou como uma via para humanização, para melhoria e para a qualidade da atenção à saúde, além de servir para integrar a equipe, a gestão, as instituições formadoras e os usuários.

Outro estudo realizado por Lima *et al.* (2010), que analisou a política de educação permanente de um município no interior do Paraná/Brasil, à luz dos facilitadores de educação permanente, evidenciou que a estratégia problematizadora e crítico-reflexiva da EPS suscitou mudanças no modelo de atenção no município. Dentre as mudanças reveladas no estudo, a EPS foi vista por 84,9% dos participantes do estudo como indutora da ampliação de vínculo entre os profissionais, seguido de melhorias no acolhimento e na humanização.

Nesse sentido, as considerações dos participantes estão concordantes com estudos realizados que abordaram as estratégias de EPS como elemento capaz de integrar a equipe e melhorar a humanização.

Os participantes da pesquisa incluídos nesse eixo temático, em suas falas, reproduziram, também, abordagens tradicionais de ensino-aprendizagem, como as capacitações e atualizações de conhecimentos sem citarem as práticas que envolvem a problematização e a aprendizagem significativa.

Capacitação e atualização da equipe assistencial de maneira contínua contemplando as ações desenvolvidas no seu ambiente de trabalho uma ação necessária para melhoria da assistência já que poderá sensibilizar todos os envolvidos (Q. 23)

Vejo atualização quanto a protocolos reuniões para melhoria da assistência no serviço acredito que a educação é o rumo da humanização (Q. 25)

Na EPS “a atualização de conhecimentos técnicos-científicos é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central” (BRASIL,2004, p.10).

A essência da educação permanente em saúde está na problematização das dificuldades enfrentadas nos processos de trabalho. É a partir dessas dificuldades que surgem os temas a serem abordados nas qualificações (BRASIL, 2004).

Nos discursos produzidos pelo grupo, não foram observados aspectos que tratavam da problematização e da aprendizagem significativa nas atividades de qualificação.

Para Schweickardt *et al.* (2015), as qualificações dos profissionais da saúde devem acontecer por meio de processos democráticos de ensino-aprendizagem, construídos em equipe, com temas significativos, que sejam relevantes para os sujeitos envolvidos na produção da atenção à saúde.

A aprendizagem, para ser significativa, precisa estar alicerçada na produção de conhecimentos que tragam respostas a situações vivenciadas no universo de quem aprende e que produza novos questionamentos sobre o seu papel enquanto sujeito ativo, participante e inserido em um contexto social (FERREIRA, 2015).

A EPS propõe uma reflexão sobre os processos de trabalho, buscando intervir para melhorar a qualidade do serviço prestado. Nesse sentido, tem sido usada como estratégia de humanizar o cuidado, tomando como base o diálogo e a autorreflexão com práticas educativas democráticas, problematizadoras capazes de transformar a práxis do grupo (COTTA *et al.*, 2013).

No que se refere aos significados atribuídos à educação permanente em saúde como estratégia de fortalecer a humanização da assistência na UCIN, percebeu-se, por meio dos vocábulos e dos segmentos de texto contidos em todo o *corpus* textual, distribuídos em todas as classes, e presente nos eixos temáticos, que os participantes da pesquisa percebem que as atividades de educação permanente em saúde são importantes e necessárias para organizar, qualificar o cuidado e melhorar a humanização da assistência. Apontam que estratégias que tenham em seu foco a humanização articulada ao processo de trabalho são de extrema importância, devendo ser implementada e colocada no planejamento anual da unidade. Apontaram também ser uma atualização importante e necessária para organizar e planejar a assistência inclusive de forma mais humanizada. Os segmentos de texto a seguir corroboram esse enunciado:

[...] vejo como algo imprescindível para uma prática, organização e planejamento da assistência, minimizando os possíveis danos e otimizando o trabalho (Q. 1)

[...] acredito que estratégias de educação que tenham conexão com o nosso processo de trabalho são necessárias para qualificar o cuidado oferecido (Q. 3)

[...] acredito que é fundamental na promoção do conhecimento e fortalecimento dessa estratégia, a educação permanente deve ser incluída no planejamento anual do setor (Q. 5)

Uma prática para que tudo funcione da melhor maneira possível uma educação positiva para uma assistência humanizada (Q. 7)

[...] algo necessário e positivo para a constante melhoria da assistência (Q. 8)

Atualização para prestar uma assistência de qualidade e humanizada para os bebês pais e familiares acho super importante e necessário [...] (Q.10)

[...] todas as estratégias que enfatize a humanização na assistência são de extrema importância, o período que a família e o recém-nascido fica na unidade neonatal tem um impacto significativo para toda uma vida (Q. 13)

[...] vejo como uma boa ferramenta de capacitação para a equipe e garantia de atendimento humanizado (Q.15)

[...] o crescimento dos saberes faria melhorar a assistência inclusive de uma forma mais humanizada (Q.18)

[...] a implementação da educação permanente em saúde irá fortalecer a humanização da assistência pois manterá todos da equipe atualizados e informados e isso fará com que cada um se comprometa no trabalho humanizado (Q.19)

[...] uma ação necessária para a melhoria da assistência já que poderá sensibilizar todos os envolvidos (Q. 20)

Quando se pretende humanizar e melhorar a qualidade da atenção à saúde, se faz necessário promover o desenvolvimento dos profissionais para além do domínio de técnicas, por meio de propostas que amplie a capacidade de lidar com a subjetividade e singularidade que emana da especificidade do cuidado em saúde (CARDOSO, 2012).

Observou-se, com base nas falas dos trabalhadores da UCIN, que, apesar de uma grande parte dos participantes do estudo não estarem familiarizados com a proposta

pedagógica da EPS, eles entendem a importância e a necessidade de serem desenvolvidas na unidade atividades educativas que tenham como foco a humanização e os processos de trabalho, como uma maneira de melhorar a assistência e a humanização no setor.

A proposta da EPS é unir os processos formativos com as práticas diárias, tendo como objetivo a produção de novas formas de fazer saúde elaboradas com base na reflexão, no diálogo e na criação de estratégias que tragam mudanças nos modelos de assistência e do cuidado em saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Promover mudanças com vistas a uma atenção à saúde humanizada requer que profissionais e gestores possam se despir de formas hegemônicas de cuidar, de gerir e de promover processos de qualificação de seus trabalhadores, apostando numa construção coletiva, com processos de ensino/aprendizagem horizontais que tragam mudanças nas relações, nas práticas e que possam incorporar novas formas cuidar, de gerir e de formar na e para a realidade dos serviços de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A EPS tem o potencial de promover mudanças e fortalecer a humanização quando favorece a troca de experiências e a participação, promovendo espaços compartilhados de discussão e possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que possam de fato intervir e trazer mudanças no trabalho em saúde no sentido de ofertar uma atenção à saúde mais humanizada (SILVA; MATOS; FRANÇA; 2017).

4.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA UCIN

Essa fase da pesquisa possibilitou conhecer as práticas em humanização da assistência e educação permanente em saúde desenvolvidas na UCIN.

A PNH traz a humanização para um campo amplo de ações articuladas envolvendo os serviços, a gestão, os trabalhadores e usuários. Transcende as práticas que associam humanização à filantropia, à bondade, focadas, predominantemente, no usuário, para estratégias que apontam a humanização como uma política transversal, com um conjunto de princípios e diretrizes que englobam as diferentes instâncias envolvidas na produção da saúde (BRASIL, 2004).

Tem como princípios e diretrizes a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a defesa dos direitos dos usuários, a valorização dos trabalhadores, dentre outras (BRASIL, 2010).

Seus princípios e diretrizes orientarão as práticas e as [...] “relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS” (BRASIL, 2004, p.7).

As práticas em humanização da assistência desenvolvidas pela equipe da UCIN foram categorizadas em práticas que envolviam a relação entre profissional-usuário, entre os profissionais e aquelas que envolviam a gestão, usuários e trabalhadores.

- Práticas que envolviam as relações entre profissionais e usuários:

as práticas humanizadas, observadas na unidade que envolviam os profissionais e usuários, foram o acolhimento, a clínica ampliada, e as práticas que orientam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Nas unidades neonatais, as práticas que envolvem a relação profissional-usuário visam promover uma atenção integral, individualizada e humanizada aos recém-nascidos e sua família e envolvem: o acolhimento do recém-nascido e dos pais; a manipulação mínima dos recém-nascidos; ações que minimizam a dor nos procedimentos; estímulo ao contato dos pais com o bebê; procedimentos invasivos realizados em dupla; o banho humanizado; a pesagem com o bebê envolto em lençóis; cuidados com o ambiente, como a redução da luminosidade e do barulho; estímulo à amamentação, criação de vínculo e autonomia dos pais nos cuidados do bebê, dentre outras (BRASIL, 2017a).

Todas as práticas supracitadas, específicas do cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso, foram observadas na UCIN.

Foram observadas o desenvolvimento de ações que minimizam a dor e o *stress* na hora de procedimentos dolorosos como: a oferta de solução glicosada antes de coleta de exames ou de punção venosa, a sucção não nutritiva, os procedimentos, sendo realizados em dupla, para que um dos profissionais possa conter e oferecer conforto ao bebê, o uso mínimo de fitas adesivas na fixação de dispositivos como sondas e cateteres, dentre outras.

Verificou-se, também, que o banho dos recém-nascidos é realizado de forma humanizada (envolto em lençóis, sendo despido aos poucos, com o ar-condicionado desligado, com estímulo da participação da mãe). A mãe é estimulada a participar favorecendo a sua aproximação e criação de vínculo, além de promover a sua autoconfiança nos cuidados com o bebê.

Percebeu-se, também, que a pesagem dos bebês é realizada com o recém-nascido envolto em lençol, como orienta a norma citada; e, quanto à frequência, acontece em dias alternados.

No que se refere ao controle de luminosidade e barulho, observou-se que a equipe tenta proteger os bebês do excesso de luminosidade, todas as incubadoras estão cobertas com tecido de cor escura. No entanto, a respeito do controle do barulho, na unidade, foi presenciado um excesso de ruídos, e não houve um controle mais efetivo desse estímulo.

Outra prática humanizada observada na UCIN/HULW refere-se ao estímulo ao contato pele a pele por meio da posição canguru, assim que seja possível para o bebê e para a mãe ou o pai. A posição canguru consiste em colocar o bebê em posição vertical, com o peito desnudo, em posição prono, com a cabeça lateralizada e pernas e braços flexionados e aduzidos, por um período de, pelo menos, uma hora (BRASIL, 2017a).

Essa posição traz inúmeros resultados positivos para a recuperação do recém-nascido: favorece o seu desenvolvimento, o equilíbrio dos sistemas tátil, auditivo e visual, diminui o estresse, minimiza a sobrecarga de estímulos provenientes do ambiente, dentre outros (BRASIL, 2017a).

O acolhimento realizado na unidade acontece por meio de uma postura empática, acolhedora dos profissionais em relação aos pais dos recém-nascidos que são internados na unidade.

Percebeu-se a admissão de um bebê na UCIN, oriundo do bloco cirúrgico em incubadora de transporte, acompanhado dos profissionais de saúde (pediatra, enfermeiro) e do pai. Nesse momento, o recém-nascido foi recebido pela equipe do setor que providenciou sua acomodação, e solicitou-se que o pai aguardasse um pouco até que a admissão do bebê fosse realizada. Na sequência a enfermeira da unidade convidou o pai a entrar e estabeleceu um diálogo, disponibilizando as orientações acerca das rotinas da unidade. As informações do quadro clínico foram repassadas pela médica.

A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso aponta para a importância que, nesse primeiro contato do pai com o seu bebê, a equipe espere que ele apresente suas dúvidas no lugar de ofertar informações (BRASIL, 2017a).

Percebeu-se que houve um certo distanciamento na conduta dos profissionais às orientações contidas na norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, os profissionais não aguardaram que o pai trouxesse suas dúvidas. A equipe já foi trazendo as informações acerca do quadro de saúde e das rotinas da unidade.

A comunicação da equipe com a família precisa estar pautada na escuta, com disponibilidade para entender as dificuldades vivenciadas pela família durante a internação, com atitudes empáticas, acolhedoras que favoreçam a criação de vínculo e a inclusão da família como parte importante da integralidade da assistência (MARTINS *et al.*, 2017).

Observou-se também que, no momento em que a mãe adentrou a unidade para visitar o bebê, foi recepcionada pela enfermeira plantonista que perguntou seu nome e, em seguida, a direcionou para o leito do seu bebê, forneceu informações, em seguida foi oferecido um lugar para sentar ao lado do leito, em que aguardou até que o médico explicasse o quadro clínico da criança.

Presenciou-se que as mães têm livre acesso na unidade, entram e saem, e, se desejarem, podem permanecer por mais tempo e participar dos cuidados do bebê (acalantar, trocar fraldas, colocar no colo e em posição canguru).

A cada dia, a equipe buscava envolver a mãe nos cuidados do seu filho, iniciando com o toque e gradativamente ia sendo inserida nos cuidados, como na troca de fraldas, no consolo, na hora do banho, promovendo a autonomia e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê. A aproximação dos pais na unidade e sua participação cada vez mais ativa nos cuidados é fator decisivo para a sua recuperação e o empoderamento e segurança dos pais após a alta hospitalar (BRASIL, 2017a).

Percebeu-se que os trabalhadores da unidade se apresentavam solícitos e procuravam esclarecer e atender a possíveis questionamentos trazidos pelas mães durante o período de internação. Diariamente, ao final da manhã, o médico conversava com a mãe e passava informações acerca da evolução do quadro clínico do bebê. No entanto, não existia espaços de discussão que envolvesse mais ativamente as famílias e promovessem uma apropriação dos princípios e diretrizes da PNH.

Observou-se que os profissionais apresentavam atitudes que tentavam fazer com que as mães se sentissem confortáveis e acolhidas na unidade.

Em relação aos profissionais do serviço social, psicologia e nutrição, estes realizavam seu atendimento individual com condutas e orientações elaboradas de acordo com a atuação de cada profissão conforme as necessidades de cada usuária.

O acolhimento nas unidades neonatais tem uma importância significativa à situação considerada de crise, que é o nascimento e internação de um bebê que necessita de cuidados especiais. Acolher à família pressupõe garantir um espaço saudável de desenvolvimento deste bebê (BRASIL, 2017a).

De acordo com Costa, Klock e Locks (2012), o momento do nascimento e internação de um bebê, em uma unidade de cuidados neonatais, é uma situação considerada de crise, que traz aos pais medo e insegurança sendo necessário que sejam acolhidos, escutados, apoiados, ao mesmo tempo em que sejam informados acerca da real situação de saúde do seu filho, bem como da rotina da unidade como estratégia de minimizar a situação de incertezas em que os pais se encontram.

Observaram-se práticas desenvolvidas à luz da clínica ampliada. Essas práticas aconteciam por meio de ações que incentivavam a aproximação dos pais ao bebê e a participação nos cuidados, no apoio dos profissionais durante a amamentação, buscando que a mãe adquirisse autonomia gradativa e corresponsabilidade nos cuidados.

A ampliação da clínica pressupõe integrar a subjetividade e redes sociais dos sujeitos para além dos processos de adoecimento, trata de potencializar a produção de autonomia, no sentido de compreender e buscar estratégias de atuação frente à realidade vivenciada, responsabilização e autocuidado dos sujeitos (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

A clínica ampliada busca transformar a atenção à saúde, por meio da promoção de estratégias que ampliem a visão que temos do usuário para além da doença, colocando ênfase na sua subjetividade, buscando ampliar a autonomia e o poder de lidar com seu processo de saúde/doença (BRASIL, 2009).

Para Campos e Amaral (2007), esse novo objeto do cuidado, proposto pela clínica ampliada, centrado no ser humano enquanto um ser social, histórico e cultural, estende o tratamento para além de prescrições e procedimentos médicos, requer intervenções que envolvam a escuta, a palavra, se fazendo necessário um trabalho em equipe multiprofissional e ações de intersetorialidade.

- Práticas que envolvem as relações entre trabalhadores:

a PNH orienta que as práticas da equipe multiprofissional aconteçam por meio de relações horizontais de caráter questionador das verticalidades por meio da criação de espaços de discussão e compartilhamento de saberes (BRASIL, 2004).

A unidade é composta de equipe multidisciplinar, com algumas atividades sendo desenvolvidas em grupo. Percebeu-se que, durante as atividades diárias, houve uma união e cooperação dos profissionais que prestavam assistência direta aos bebês da unidade (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia) na realização de diferentes atividades diárias: na hora do banho, na coleta de exames, no estímulo ao aleitamento materno, dentre outras.

O trabalho em equipe foi observado também no momento da admissão de um bebê na unidade, onde aconteceu o contato prévio da médica plantonista com a equipe de enfermagem que repassou o estado de saúde do bebê e os insumos que seriam necessários para sua admissão. A equipe se mobilizou para preparar o leito com tudo que fosse necessário para receber o paciente. Na sua chegada, aconteceu uma ação rápida e ágil de todos os membros da equipe, enquanto o médico examinava o paciente, o profissional de enfermagem realizava algumas atividades condizentes com seu campo de atuação, como a acomodação do bebê na incubadora, passagem de sonda, dentre outras. O fisioterapeuta cuidava da parte respiratória, objetivando estabilizar o recém-nascido o mais breve possível.

Percebeu-se que há atividades sendo desenvolvidas em conjunto, no entanto, não foram observadas a ocorrência atividades que envolvessem discussões multidisciplinares, apenas tarefas sendo desenvolvidas em parceria entre os membros da equipe envolvidos diretamente na assistência. O trabalho em equipe envolve discussões, conversas que favoreçam o desenvolvimento de ações interdisciplinares que disparem uma maior cooperação e corresponsabilização (PASCHE, 2011).

Na UCIN perceberam-se, apenas, pequenas reuniões pontuais entre alguns profissionais. A PNH traz, em sua proposta, a inclusão e a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na promoção da saúde. Indica a promoção de espaços coletivos de discussão, que envolvam a problematização, a reflexão e transformação de práticas, tendo a educação permanente como eixo de ação neste sentido (BRASIL, 2010).

A educação permanente em saúde é um dos dispositivos apontados pela PNH como estratégia de valorização do trabalho e do trabalhador, mediante práticas que coloquem em discussão os processos de trabalho, por meio do diálogo e da problematização entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2016; BRASIL, 2010).

Observaram-se pequenas discussões realizadas entre a enfermeira, a médica, a fisioterapeuta e a fonoaudióloga. Essas reuniões não envolviam todos os membros da equipe, as condutas estabelecidas foram definidas pelo profissional médico, indicando uma necessidade de projetos que potencializem a grupalidade.

Pasche e Passos (2008) apontam que a Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas prioridades o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

A grupalidade proposta pela PNH trata de uma troca de saberes, do diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Não pode ser pensada, apenas, como encontros

pontuais que buscam resolver problemas, mas uma construção coletiva que promova transformação de práticas (BRASIL, 2004).

A PNH tem como uma de suas prioridades a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Valorizar é produzir inclusão, é proporcionar espaços de discussão, que favoreçam o crescimento da autonomia e protagonismo desses trabalhadores no ambiente do trabalho (COTTA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, é necessária a construção de uma proposta que resgate e impulsione a coletividade, que traga mudanças e proporcione mais satisfação aos trabalhadores em seu ambiente de trabalho.

- Práticas que envolvem a relação gestão-profissionais-usuários:

as práticas humanizadas, recomendadas pela PNH, estão pautadas no método da tríplice inclusão: gestores, trabalhadores e usuários. A política de humanização orienta a promoção de práticas de gestão participativa, com ampliação dos espaços que assegurem a participação dos trabalhadores e do controle social nos processos de discussão e decisão, a implementação de estratégias de educação permanente em saúde como método de qualificação e valorização dos trabalhadores envolvendo temas que abordem a humanização e melhorias no ambiente de trabalho (BRASIL, 2004).

Observou-se que, na UCIN, as práticas humanizadas que envolvem a gestão da unidade, em nível micro, aconteceram de maneira incipiente, por meio de uma reunião com algumas categorias profissionais acerca de um problema específico enfrentado pela equipe. Nessa reunião os profissionais que estavam presentes trouxeram dificuldades pontuais que foram discutidas pelo grupo e definidos alguns direcionamentos.

O pesquisador como membro da equipe percebeu que essas reuniões são pontuais e acontecem apenas para resolução de algum problema específico. Na unidade não foi observada a existência de rodas de conversa entre gestão, trabalhadores e usuários.

As práticas humanizadas que envolvem a gestão da instituição e sua relação com profissionais e usuários não foram observadas, já que o universo da pesquisa abrangeu apenas a UCIN da instituição.

Práticas humanizadas que envolvem a gestão foram citadas por Madeira e Duarte (2006). Essas práticas foram desenvolvidas no Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, Brasil, que é referência na assistência humanizada ao parto e nascimento. As práticas envolviam: o controle social inserido na gestão hospitalar, por meio da participação de

lideranças comunitárias, dos conselhos de saúde, de voluntários e trabalhadores, além da iniciativa da gestão em instituir as linhas de cuidado, que tinham uma coordenação colegiada com representantes dos trabalhadores e usuários.

A linha de cuidado é entendida como o planejamento, organização e prestação de assistência à saúde a determinados indivíduos e/ou grupos populacionais, de acordo com os riscos e/ou agravos à saúde enfrentados por estes, baseados na integralidade dos cuidados e envolvendo múltiplos saberes e disciplinas (MADEIRA; DUARTE, 2006).

Pasche (2011) afirma que melhorar as práticas humanizadas nos hospitais envolve novas formas de organização e de gestão dos processos de trabalho. Orienta a promoção das rodas de conversa entre gestores, trabalhadores e usuários; o incentivo a interação multiprofissional, por meio da construção do conhecimento envolvendo o saber científico associado ao saber construído no processo de trabalho, e, por último, desenvolver estratégias que possibilitem a inclusão de usuários e familiares na gestão do cuidado, promovendo a corresponsabilização.

Práticas em educação permanente em saúde

As práticas de educação permanente em saúde são utilizadas como estratégia para a promoção de mudanças na atenção e na gestão, une os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, se desenvolve em conformidade com princípios democráticos e conduz a mudanças nas práticas de saúde (FERRAZ *et al.*, 2012; COTTA *et al.*, 2013).

O processo de ensino-aprendizagem, proposto pela educação permanente, tem como cenário ideal de sua prática o grupo de trabalho de um determinado serviço de saúde que se apresenta com necessidades e dificuldades, sejam elas individuais ou coletivas, que são trabalhadas na grupalidade a partir dos saberes que emanam dos sujeitos, dialogando com os saberes formais, e na coletividade, são construídas estratégias de enfrentamento dessas dificuldades (MOTTA, 2021).

Esse método de educação traz, em sua proposta, promoção da reflexão dos processos de trabalho e dos problemas que acontecem nele, buscando intervir para melhorar a qualidade do serviço prestado (CAVALCANTI; GUIZARDI, 2018).

A educação permanente é uma das estratégias de valorização dos trabalhadores contidas no documento “Diretrizes Ebserh de Humanização: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde”. Esse documento tem como objetivo direcionar as ações de

humanização da atenção hospitalar à rede de hospitais universitários que compõe a Ebserh e aponta que essas instituições devem dispor de um plano de educação permanente para os trabalhadores com base na humanização (EBSERH, 2018a).

Na UCIN do HULW não foi observado o desenvolvimento de estratégias de qualificação, sendo desenvolvidas à luz da educação permanente em saúde no momento da observação participante. Quais seriam as dificuldades para sua implementação?

A implementação da EPS está permeada por entraves de várias ordens, dentre eles, destaca-se a influência de um modelo tradicional de educação dos profissionais da saúde fragmentado, centrado na doença, desenvolvido numa lógica de repasse de conhecimentos, aliada a falta de conhecimento dos profissionais da saúde e das instituições formadoras acerca de como essa estratégia educativa se desenvolve (LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020; ANDRADE *et al.*, 2020).

Outra dificuldade na implementação da EPS foi identificada em um estudo desenvolvido em hospital universitário do estado de Minas Gerais que buscou verificar as necessidades de qualificação dos profissionais da enfermagem e as possibilidades da implantação de um núcleo de educação permanente naquela instituição, onde foi apontado que a gestão das práticas e a política institucional que direcionam o trabalho da equipe de enfermagem são fatores que interferem e dificultam o desenvolvimento de ações educativas na instituição pesquisada. O estudo foi desenvolvido envolvendo apenas a equipe de enfermagem (JESUS *et al.*, 2011).

Em diálogo com os trabalhadores da UCIN/HULW houve relato da ocorrência de três capacitações nos últimos três anos que envolveram a equipe multiprofissional. Os temas abordados foram pensados e planejados pela chefia médica e de enfermagem visando capacitar a equipe. Essas capacitações abordaram a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, o aleitamento materno e a reanimação cardiopulmonar do bebê em sala de parto. Aconteceram na lógica da educação continuada por meio do repasse de conhecimentos e aulas práticas. Foram realizadas nas dependências do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba.

Os fisioterapeutas da unidade desenvolveram uma qualificação envolvendo apenas os profissionais dessa categoria, com tema que emergiu da necessidade do grupo, buscando aprimorar conhecimentos técnico-científicos.

De acordo com os participantes do estudo, aconteceram algumas reuniões envolvendo membros da equipe multiprofissional para discussão de problemas pontuais que surgem na unidade, como: falta de equipamentos e materiais, alguma norma instituída pela direção a ser

implantada, um novo dispositivo a ser colocado em uso na instituição, dificuldades de relacionamento com familiares dos pacientes e entre a equipe.

A responsabilidade de planejar, executar e avaliar as capacitações dos trabalhadores do HULW é da Divisão de Gestão de Pessoas (DIVGP). As demandas são solicitadas pelas gerências das unidades, inseridas em um planejamento, e estão sujeitas a liberação orçamentária para então serem realizadas (EBSERH, 2014).

Atualmente, em virtude da pandemia por COVID-19, os cursos têm sido disponibilizados por via *online*, por meio das plataformas *google Meet*, *you tube*, e de *web palestras*.

Percebeu-se uma carência de processos educativos sendo desenvolvidos na UCIN, tanto nos moldes da educação continuada como da educação permanente.

A educação continuada e a educação permanente em saúde são estratégias de qualificação dos trabalhadores da saúde que, embora objetivem manter um processo formativo contínuo, possuem especificidades e peculiaridades que as diferenciam entre si. Na educação continuada, o projeto pedagógico acontece com base em temas pontuais, de forma vertical, por meio do repasse de conhecimentos, na forma de cursos e treinamentos com a finalidade de desenvolver tecnicamente o profissional em suas especificidades. É construído de maneira desarticulada da gestão, da realidade local e do controle social (FARAH, 2003; CECCIM, 2018).

Na educação permanente em saúde, as atividades educativas acontecem com base na realidade e dos problemas vivenciados no cotidiano dos serviços, com temas apontados pelos sujeitos envolvidos no cuidado (gestores, trabalhadores, usuários e instituições formadoras) pautado na problematização, na coletividade e na transdisciplinaridade, buscando promover mudanças nos processos de gestão e de atenção à saúde (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

Uma metassíntese da literatura realizada por Miccas e Batista (2014) abordou as principais concepções e práticas relacionados à educação permanente em saúde. As práticas citadas nesse estudo envolviam as rodas de conversa, tendo a problematização como eixo principal, trazendo a realidade do serviço para discussão, sendo enxergada como fundamental nas relações de trabalho e na articulação da equipe. Estratégias de educação permanente, citadas em outros estudos dessa metassíntese, traziam as atividades de capacitação, realizadas por meio de treinamentos que abordavam questões relacionadas ao processo de trabalho.

As rodas de conversa e a problematização também foram citadas em estudo realizado por Cotta *et al.* (2013) como estratégia de educação permanente em saúde capaz de incitar o

debate, a reflexão, a tomada de decisão e contribuir para a transformação das práticas no cotidiano do trabalho.

Pesquisa realizada por Casarin *et al.* (2017) trouxe a experiência do primeiro Fórum Municipal de Humanização realizado em um município de médio porte no interior gaúcho. Nesse fórum utilizaram-se estratégias de educação permanente que proporcionaram a discussão em grupo, a troca de ideias, reflexões sobre as práticas e processos de trabalho suscitando em transformação nas formas de organização e planejamento dos serviços.

As práticas de educação permanente são realizadas usando estratégias diversas, como os fóruns, as rodas de educação permanente, no entanto pode-se inferir que a essência da educação permanente está na problematização das dificuldades vivenciadas na realidade dos serviços, aliada a conteúdos que sejam significativos.

4.3 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECER A HUMANIZAÇÃO NA UCIN

A educação permanente em saúde favorece mudanças na rotina dos serviços e na formação em saúde, atuando na gestão do trabalho e da educação, articulando a teoria com as vivências e práticas cotidianas, qualificando os trabalhadores para ofertar uma atenção mais humanizada, dentro dos princípios do SUS (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

A humanização da assistência à saúde tem sido uma preocupação das instituições vinculadas ao SUS. Sua implantação tem como um dos eixos de ação a educação permanente dos profissionais da saúde, como forma de “promover a transformação das práticas do trabalho em saúde” (BRASIL, 2018, p. 7).

A humanização envolve a responsabilização com o outro, a ética nos relacionamentos, a comunicação entre sujeitos, o diálogo, o direito à informação, a educação e valorização dos profissionais, trazendo uma transformação na atenção e na gestão dos processos de trabalho (MEDEIROS, BATISTA, 2016).

Humanizar a assistência perpassa, obrigatoriamente, pela educação de profissionais de saúde em relação a princípios da humanização e tem na educação permanente importante instrumento de transformação nas práticas de gestão, formação e atenção à saúde (RIOS, 2009).

O interesse em desenvolver a pesquisa partiu da vivência da autora enquanto enfermeira da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do HULW, e de ter percebido na sua atuação profissional, a carência de processos de educação permanente em

saúde acontecendo naquele setor, além de acreditar na relevância desta proposta como mecanismo de avivar as práticas humanizadas dentro da unidade pesquisada, bem como contribuir com as metas do Plano Diretor Estratégico (PDE) do HULW, que objetivou implantar as diretrizes da PNH de forma contínua e sistemática em todo o hospital (EBSERH, 2018).

Mediante a revisão da literatura, foi possível identificar concepções e práticas em humanização da assistência e a educação permanente em saúde, sendo utilizada como estratégia para implementar e avançar na humanização em diferentes serviços.

O estudo oportunizou conhecer os significados e as práticas em humanização e educação permanente pelos trabalhadores da UCIN/HULW. Os significados atribuídos à humanização permeiam desde aspectos sociais, humanos e subjetivos (relacionamento profissional/usuário, a empatia, o amor, o cuidado, o acolhimento, a subjetividade) até questões que envolvem a infraestrutura e o ambiente, além de ações que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Entretanto, percebeu-se que a equipe não fez alusão a alguns aspectos importantes apontados na PNH como a valorização do trabalho e dos trabalhadores, a cogestão e a participação social. Apontando existir uma lacuna nos significados atribuídos pelos profissionais à humanização, considerando-se como parâmetro os preceitos e diretrizes propostos pela PNH, que ampliam a humanização para além do cuidado ofertado com amor, carinho e atenção, para uma proposta inclusiva, participativa, que contempla a autonomia, a participação e a corresponsabilidade, trazendo para um mesmo patamar gestores, trabalhadores e usuários (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

As práticas em humanização da assistência, desenvolvidas pela equipe da UCIN, foram categorizadas em práticas que envolvem a relação profissional-usuário, a relação entre os profissionais e aquelas que envolvem a gestão e sua relação com usuários e trabalhadores.

As práticas observadas envolveram, principalmente, a relação profissional-usuário, como o acolhimento, a empatia, a clínica ampliada, e as que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

A respeito das práticas que envolvem a relação entre profissionais, foi observado o trabalho realizado em equipe, com ações desenvolvidas em grupo, numa cooperação mútua relativa ao desenvolvimento das tarefas diárias e reuniões pontuais envolvendo alguns membros da equipe, geralmente aqueles de nível superior. Nessas reuniões, os participantes expuseram suas opiniões, porém prevaleceu a hegemonia de determinadas profissões. Na unidade não há espaços institucionalizados de discussão multiprofissional, se fazendo

necessário avançar na implementação de espaços e estratégias mais democráticas, e que promovam a divisão de poder e de responsabilidades e possam incluir o controle social (BRASIL, 2010).

As práticas que envolvem a relação gestão-profissionais-usuários são incipientes, não há uma política de incentivo à participação dos trabalhadores da UCIN nem de representantes dos usuários na gestão da unidade materno-infantil. Em nível macro, algumas estratégias são desenvolvidas com o apoio da gestão da instituição: o grupo de trabalho em humanização, a ouvidoria, a brinquedoteca e o direito ao acompanhante.

A gestão participativa, a coletividade, as questões que envolvem a valorização do trabalhador são aspectos necessários para avançar na humanização. A PNH aponta para mudanças no modo de gerir e cuidar, por meio de ações educativas que envolvam trabalhadores, gestores e usuários (RIOS, 2009; BRASIL, 2010).

A EPS tem a potência de promover a democratização e aumentar a autonomia dos sujeitos envolvidos, com base em práticas educativas dialógicas que tenham em seu cerne, a problematização da experiência vivenciada no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2009).

Os significados atribuídos à educação permanente em saúde apontaram que uma pequena parcela dos participantes (15%) apontou a EPS como uma estratégia de educação alicerçada no processo de trabalho diário e na realidade do serviço envolvendo a equipe multiprofissional. 40% expressaram ser uma prática educativa que tem como finalidade atualizar conhecimentos de forma contínua, promovida pela gestão e desenvolvida na forma de cursos, capacitações e treinamentos, e 45% perceberam como uma aprendizagem que acontece no ambiente do trabalho.

Apresentaram, também, que as atividades de EPS são importantes e necessárias para organizar, qualificar o cuidado e melhorar a humanização, devendo ser implementada e colocada no planejamento anual do setor.

As qualificações dos trabalhadores desenvolvidas na unidade acontecem na lógica da educação continuada, por meio de repasse de informações e aulas práticas buscando desenvolver habilidades técnico-científicas dos trabalhadores. Apontam que há fragilidades em relação ao desenvolvimento da EPS na UCIN/HULW, por meio de mecanismos que envolvam discussões em equipe multiprofissional, a problematização e a aprendizagem significativa.

A EPS é a estratégia adotada pela PNH para qualificar os trabalhadores, acontece por meio de discussões em equipe, com base em temas, situações e problemas vivenciados na rotina diária de trabalho, respeitando a individualidade dos sujeitos e particularidades da

realidade local, estimulando a reflexão crítica dos profissionais, a autogestão, integrando educação, trabalho e comunidade, efetuando-se como uma linha transformadora nas ações preconizadas pelo SUS (FERRAZ *et al.*, 2012).

Ferraz et al., 2012, indicam, também, a importância de discutir a humanização, constantemente, em diferentes instâncias para que seus princípios e diretrizes sejam incorporados nas práticas profissionais.

Com um diagnóstico da situação do serviço em relação às práticas e aos significados atribuídos pela equipe à humanização e a educação permanente em saúde, foi possível construir uma proposta para implantar práticas de educação permanente em saúde que fortaleçam a humanização na unidade. A proposição é, inicialmente, a formação de um grupo com alguns trabalhadores da unidade para apresentar os resultados do trabalho realizado na unidade e discutir como se desenvolve a educação permanente em saúde. Esses grupos deverão ter uma rotatividade para que a proposta seja conhecida por todos os trabalhadores da unidade. Essas reuniões acontecerão por meio de rodas de educação permanente. A intenção é capilarizar a EPS como estratégia de qualificação da equipe.

Em seguida, após a aproximação da equipe com os preceitos da educação permanente, iniciar-se-á uma programação de encontros mensais com temas que envolvam a humanização da assistência procurando avançar nas práticas humanizadas no setor e ressignificar a humanização. Nesses encontros, o grupo lançará a temática a ser discutida nas reuniões subsequentes.

Os encontros poderão acontecer na sala de aula existente no mesmo pavimento da UCIN, que será previamente agendada para essa finalidade.

As rodas de educação permanente acontecerão com base em uma dificuldade vivenciada pelo grupo em seu cotidiano de trabalho, que será discutida, problematizada e realizada uma aproximação com o referencial teórico. Na sequência serão elaboradas propostas pela coletividade que possam trazer novos significados, e melhorar as práticas humanizadas que já estão sendo realizadas, bem como avançar em aspectos da PNH que ainda não estão implantados na UCIN.

A EPS tem como proposta a problematização e a discussão das dificuldades enfrentadas pela equipe em seu cotidiano de trabalho, buscando promover a mudança nas práticas instituídas no sentido de promover uma atenção à saúde mais humanizada e com uma maior aproximação dos preceitos do SUS.

O produto da dissertação também será encaminhado à gestão, especificamente à gerência da divisão de pessoas (DIVGP) que é responsável pela qualificação dos

trabalhadores do HULW, buscando semear a proposta da EPS e sua implementação como prática educativa a ser adotada na instituição, em virtude da sua força em promover transformações nas práticas de gestão e de atenção.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em questão teve como objetivo geral realizar juntamente à equipe da UCIN, diagnóstico da situação atual com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor e como objetivos específicos identificar os significados da educação permanente em saúde e da humanização, elaborados pelos trabalhadores da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW, descrever e refletir sobre as práticas de educação permanente em saúde e de humanização da assistência, realizadas na unidade e encaminhar a gestão e a equipe proposições de intervenção frente à educação permanente em saúde e humanização com base no estudo realizado.

O estudo foi desenvolvido com base em quatro focos de análise: a revisão da literatura, os significados e as práticas em humanização e educação permanente desenvolvidas na UCIN, e a proposta de implementação da EPS como estratégia de humanização da assistência.

No decorrer da pesquisa, foi realizada uma revisão da literatura acerca da humanização e da educação permanente em saúde, bem como sobre a humanização com ênfase na educação permanente de trabalhadores da saúde. Neste estudo foi possível conhecer concepções de humanização e educação permanente em saúde, as políticas públicas e diferentes experiências que usaram as metodologias propostas pela educação permanente como estratégia de implantação, organização e desenvolvimento da humanização em diferentes serviços e que influenciaram na transformação de práticas de atenção à saúde e de gestão.

Os significados atribuídos à humanização, elaborados pelos trabalhadores da unidade, permeiam desde aspectos sociais, humanos e subjetivos (relacionamento profissional/usuário, a empatia, o amor, o cuidado, o acolhimento, a subjetividade) até questões que envolvem a infraestrutura e o ambiente, além de ações que norteiam a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

O estudo apontou que a equipe não fez alusão a aspectos importantes da PNH como a valorização do trabalho e dos trabalhadores, a cogestão e a participação social, indicando um

significado de humanização centrado, prioritariamente, no cuidado, não valorizando o âmbito da gestão que envolve relações de trabalho mais democráticas, com participação de usuários e trabalhadores na tomada de decisão, criação de espaços de fomento de uma cultura de valorização da subjetividade e produtora de reflexão (DORICCI, 2018).

A PNH pretende, em especial, reconhecer e valorizar os sujeitos envolvidos no cuidado, estimulando a corresponsabilização nas ações, a cogestão, a valorização dos trabalhadores por meio de melhorias nas condições de trabalho e de ações de educação permanente que promovam o trabalho em equipe multiprofissional, transversal e fortalecendo a produção de saúde com qualidade (BRASIL, 2010).

As práticas humanizadas, desenvolvidas na unidade, reafirmam os significados atribuídos à humanização pelos trabalhadores. Embora aspectos que envolvem a humanização como o acolhimento, a escuta, o cuidado, sejam importantes, considerá-los apenas, seria [...] “reduzi-la em seu conteúdo e sua potencialidade para transformação almejada nos modelos de gestão e atenção à saúde” (DORICCI, 2018, p. 25).

A PNH traz a indissociabilidade entre atenção e gestão com propostas que tragam mudanças no modo de gerir e de cuidar, uma interferindo diretamente na outra, propõe uma construção coletiva, centrada no trabalho em equipe, com compartilhamento de poderes e decisões coletivas, incluindo trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2010).

Os significados atribuídos à educação permanente em saúde pelos trabalhadores da UCIN/HULW trouxeram uma proximidade com a educação continuada e a educação em serviço. Os discursos dos trabalhadores foram marcados, fortemente, por expressões como capacitação, cursos e treinamentos. Uma pequena parcela dos entrevistados trouxe uma aproximação dos preceitos da EPS.

As atividades educativas são desenvolvidas na unidade por meio de repasse de informações e aulas práticas buscando desenvolver as habilidades técnico-científicas dos trabalhadores, apontando que há fragilidades em relação ao desenvolvimento de processos educativos que tenham, em seu cerne, a problematização e a aprendizagem significativa que caracterizam a práxis da EPS.

Apesar de os significados atribuídos à educação permanente em saúde, em sua maioria, não se aproximarem dos preceitos que a orientam, os trabalhadores da UCIN consideraram uma estratégia importante e necessária para qualificar o cuidado e melhorar a humanização. Apontam que os processos educativos que tenham em seu foco a humanização articulada ao processo de trabalho são de extrema importância, devendo ser implementada e colocada no planejamento anual da unidade.

Dessa maneira, foi possível perceber a necessidade da implementação de estratégias educativas que promovam a discussão e transformação dos processos de trabalho que valorizem os trabalhadores e possam instituir relações mais horizontais entre trabalhadores, usuários e gestão.

Nesse sentido, construiu-se uma proposta para implantar a educação permanente em saúde como estratégia de fortalecer a humanização na UCIN. A proposta foi a implementação das rodas de educação permanente como uma práxis educativa reflexiva e com potencialidade de transformar a ação. O método da roda funciona como um espaço democrático de construção do conhecimento, dando possibilidade que os sujeitos possam expressar saberes, dificuldades e, por meio da problematização, construir propostas de transformar a realidade vivenciada, numa construção coletiva, pactuada entre todos os sujeitos envolvidos nas rodas (CARDOSO, 2012).

O produto da dissertação será encaminhado à gestão de pessoas e aos trabalhadores da unidade para que possam se apropriar dos resultados da pesquisa, além de divulgar a proposta da EPS e sua implementação como prática educativa a ser adotada e usada como estratégia de humanização na unidade.

A pesquisa dá visibilidade aos significados atribuídos e às práticas de educação permanente em saúde e humanização pelos trabalhadores da UCIN do HULW. Além disso, apontou a necessidade de adotar processos educativos que possam contribuir na melhoria da humanização no setor, especialmente no que se refere à valorização dos trabalhadores, a gestão participativa e ao controle social.

Não encontramos muitos estudos envolvendo a educação permanente e a humanização desenvolvidos no ambiente hospitalar. Em uma busca *on-line* realizada na base de dados do Portal CAPES de periódicos e da Biblioteca Virtual em Saúde sobre humanização com ênfase na educação permanente de profissionais da saúde, publicados no período de 2010 a 2020 foram selecionados 11 estudos, e destes, apenas um foi desenvolvido no contexto da atenção hospitalar, os demais, aconteceram na atenção básica. O estudo desenvolvido por Melo *et al.* (2013) que teve como cenário uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital universitário, envolveu apenas a equipe de enfermagem e buscou descrever uma experiência em educação permanente que suscitou em reflexões sobre as práticas humanizadas na unidade pesquisada.

O estudo realizado avançou no sentido de ter sido desenvolvido com diferentes categorias profissionais, e ter abordado os significados, as práticas e a proposição da implementação de processos educativos mais democráticos, com potência para promover

transformações no campo das práticas e das relações entre trabalhadores, gestores e usuários.

O estudo atingiu a proposta do Programa de Pós-graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes (PPGOA), que tem como uma de suas missões desenvolver o estudo e a pesquisa dos processos de aprendizagem nas organizações como fator de desenvolvimento humano, social e institucional. O estudo trouxe a proposta da educação permanente em saúde como meio de melhorar a humanização na unidade pesquisada. A EPS é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para qualificar trabalhadores da saúde no âmbito do SUS e um eixo de ação da PNH para implementar e desenvolver a humanização nas diferentes instâncias da rede de atenção à saúde. Trata de uma proposta educativa democrática, inclusiva, pautada na problematização, na reflexão, na discussão coletiva e na aprendizagem significativa com vistas a transformar as práticas de atenção e gestão, contribuindo, assim, para o desenvolvimento dos trabalhadores, da instituição e da população usuária do SUS.

O trabalho atingiu os objetivos propostos, identificando os significados e práticas em humanização e educação permanente, bem como a construção de uma proposta de implantação da educação permanente em saúde como estratégia de melhorar a humanização no setor pesquisado. Realça-se a necessidade da ampliação do estudo para outros setores da instituição, além do envolvimento da gestão, visto que a PNH tem, em seus preceitos, a transformação de práticas de gestão e atenção à saúde.

Espera-se que o estudo sirva para ressignificar e transformar práticas de humanização e que a educação permanente em saúde possa dar seus primeiros passos na instituição, contribuindo para a consolidação dos preceitos que norteiam a proposta da PNH.

As dificuldades são muitas em se pensar humanização no contexto político atual que estamos vivenciando no Brasil, com perda de direitos trabalhistas, sociais, da precarização e risco de privatização do SUS, agravados pela pandemia de COVID-19.

De acordo com Ramos et al (2021), a pandemia deu visibilidade as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores da saúde e fragilidades no SUS. Adversidades de ordem estrutural, como falta de leitos hospitalares e de equipamentos de proteção individual; de ordem organizacional, com dificuldades no planejamento dos processos de trabalho e também nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários se fizeram mais perceptíveis em meio a atual situação sanitária. Esse cenário, trouxe à tona a importância no fortalecimento do SUS e na valorização de seus trabalhadores

Nesse sentido, se faz necessário que propostas democráticas e inclusivas, contidas na proposta da PNH e da PNEPS e do próprio SUS, estejam em discussão em diferentes instâncias, em especial nas instituições formadoras. Nesse caso, inclui-se o HULW como o hospital-escola da Universidade Federal da Paraíba com papel de destaque para a formação dos futuros trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; CAVALCANTI, C. G. C. S. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 473-479.
- ANDRADE, L. O. M. de; SANTOS, L.; RIBEIRO, K. G. Política de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 481-492.
- ANDRADE, K. G. M.; CORTEZ, E. A.; PEREIRA, A. V.; CASTRO, J. A. A implantação do programa de educação permanente em saúde: uma contribuição para o fortalecimento do SUS. **Debates em Educação**, [S. l.], v. 12, n. 26, p. 97–108, 2020. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/8034>. Acesso em: 29 nov. 2021.
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 758-766, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.
- AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Tradução de Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano, 2003.
- BARBOSA, E. da S. *et al.* A poesia Pneumotórax de Manuel Bandeira: reflexões sobre o cuidado em saúde a partir da Clínica Ampliada. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, [S.l.], v. 9, p. 107-112, nov. 2019. ISSN 2594-7524. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/4599/3999>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARTH, P. O. *et al.* Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 604-11, 30 set. 2014. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/22020>. Acesso em: 02 jul. 2020.
- BARTELMEBS, R. C. A pesquisa participante e seus pressupostos teórico-metodológicos. In: BARTELMEBS, R. C.; THUM C.(org.) **Metodologia de Pesquisa em Educação**: pressupostos e experimentações. Rio Grande: Editora da FURG, 2012. p. 53-64.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>. Acesso em: 12 set. 2021.
- BERTACHINI, L. A comunicação terapêutica como fator de humanização da atenção primária. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 36(3), p. 507-520, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_terapeutica_fator_humanizacao_atencao.pdf Acesso em: 20 abr. 2021.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2014, p. 601-610. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>. Acesso em: 2 ago. 2021.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. I.; Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, abr/jun 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da IV Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 1967. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oitava Conferência Nacional de Saúde – Relatório final**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 out 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSus: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do Sus**. 4 ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de textos: cartilhas da política nacional de humanização**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 09 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**. 1 ed. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 3. ed. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3_ed.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [citado em: 9 de julho de 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?** Brasília, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

BRÜGGEMANN, O.M. *et al.* A filosofia assistencial de uma maternidade pública no sul do país sob o olhar de sua equipe profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, jan-fev; 64(1): 123-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7WFHNW6N4WNC93nYHvKRRHN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRUM, L.M. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente em enfermagem e a construção da integralidade no contexto hospitalar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande

do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18669>. Acesso em: 13 out. 2020.

BUENO, F.S. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: FTD, 2000.

CALEGARI, R. de C., MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. dos. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, spe 2, p. 42-47, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800006>. Acesso em: 1 ago. 2021.

CAMARGO, V.B., JUSTO, A. M., IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p.513-518, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751532016>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CAMPOS, G. V. de S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e Ampliada**.1996/1997. Disponível em: [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA ampliada.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICA%20ampliada.pdf). Acesso em: 1 set. 2021.

CAMPOS, G. W. de S., AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 4, p. 849-859, 19 jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. Acesso em: 26 set. 2021.

CAMPOS, G.V. de S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2020.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, mai. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2020.

CASARIN S.T. *et al.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health*. **J. nurs. Health**, v. 10(n. esp.), 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CASARIN N. *et al.* Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica. **Saúde em debate**, v. 41 (117), p. 718-728, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300718&lng=en. Acesso em: 10 ago. 2020.

CATÃO, M. F. **Projeto de Vida em Construção: na Exclusão/Inserção Social**. 1ª. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

CAVALCANTI, F. de O. L.; GUIZARDI, F. L. Educação continuada ou permanente em saúde? análise da produção pan-americana da saúde. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 set. 2020.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em :18 jul. 2020.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2020.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 199 – 212. Ok

CHERNICHARO, I., de M. et al. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 66, n. 4, p. 564-570, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400015>. Acesso em: 27 jul. 2021.

COSTA, F.D.; CATÃO, F.F. **Visita Multiprofissional: implantação e aprendizagem em Unidade Neonatal de um Hospital Universitário**. João Pessoa, Brasil: Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes; Universidade Federal da Paraíba, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13203020>

COSTA, R.; LOCKS, Melissa O. H.; KLOCK, P. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 355-360, out. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382>. Acesso em: 02 jul. 2021.

COTTA, R. M. M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2020.

CUNHA, A. C. B. da; BENEVIDES, J. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 111-119, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2021.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.71-79, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5K49v57jyLfzCc5dCm7ddt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.OK

DESLANDES, S.F., comp. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, 414 p. Criança, mulheres e saúde collection. ISBN 978-85-7541-329-6. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2020.

DORICCI, G. C. **Humanização e Cogestão na Atenção Básica**: as relações de trabalho no cotidiano. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. doi:10.11606/T.59.2019.tde-26092018-084956. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-26092018-084956/pt-br.php>. Acesso em: 10 set. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Norma Operacional nº 02 de 16 de maio de 2014**. Dispõe sobre a participação dos colaboradores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH em eventos de capacitação. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acao-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/1-norma-operacional-no-02_2014-eventos-de-capacitacao.pdf/view. Acesso em: 09 ago. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano Diretor Estratégico 2018-2020 do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. João Pessoa, 2018. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/2821392/Projeto+PDE_2018-2020.pdf/15360d91-3f2a-4444-803a-b68acd12c578. Acesso em: 24 fev. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Diretriz EBSEH de humanização**: assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde. 1 ed. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/695105/2749071/Diretriz+Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf/614821e2-79b1-44d4-bd17-f6c7752ed0fe>. Acesso em: 23 mar. 2021.

FAERMANN, L. A. A pesquisa participante: suas contribuições no âmbito das ciências sociais. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, [S. l.], v. 7, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/121>. Acesso em: 26 set. 2021.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>. Acesso em: 1 set. 2021.

FERREIRA, R.G. dos S. A educação permanente na formação contínua dos profissionais de enfermagem. **Revista Sustinere**, [S.I.], v.3, n.2, p.128-142, 2015. Disponível em: <http://webbescobhost.ez15.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=6fbc998a-be56-4f60-9f51-b7e470a22436%40pdc-v-sessmgr01>>. Acesso em: 06 out. 2020.

FERRAZ, F. *et al.* Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanização. **O Mundo da Saúde (Impr.)**, São Paulo, vol. 36(3), p. 482-493, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/acoes_estruturantes_interministeriais_reorientacao_atencao.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

FELCHER, C.D.O.; FERREIRA, A.L.A.; FOLMER, V. Da pesquisa-ação à pesquisa participante: discussões a partir de uma investigação desenvolvida no facebook. **Revista Experiências em ensino de ciências**, Cuiabá, v.12, n.7, p. 1-18, 2020. Disponível em: https://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID419/v12_n7_a2017.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

FIGUEIREDO, M.D.; FURLAN, P. M. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.154-178.

FLORES, G. E. **Educação permanente a aprendizagem significativa no contexto hospitalar: a perspectiva de enfermeiras educadoras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/36096>. Acesso em: 10 ago. 2021.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2020.

FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, jul. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2020.

FREITAS, A. de A. **O homem e a história na filosofia da práxis de Adolfo Sánchez Vázquez**. In: **ANAIS DO CONGRESSO DE HISTÓRIA E LITERATURA: TEMPO E NARRATIVA, 2013, Goiás**. Disponível em: https://www.anais.ueg.br/index.php/anais_congresso/article/view/1337. Acesso em: 5 out. 2021.

GADOTTI, M. Educação Popular e Educação ao Longo da Vida. In P. G. S NACIF, L. M. GOMES & R. G. ROCHA (Orgs.), Coletânea de textos CONFINTEA Brasil+6: tema central

e oficinas temáticas, p. 50-69, 2016. Brasília: MEC - Ministério da Educação/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Disponível em: <https://www.catedraunescoej.com.br/documento/eafbae3bac97da6d551367213a890d3d638876.pdf>. Acesso em: 04 set. 2021.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300747&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010. [Acessado 26 Setembro 2021], pp. 1245-1265. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>. Acesso em: 26 set. 2021.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>. Acesso em: 14 nov. 2021.

JESUS, M. C. P. de *et al.* Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, 2011, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500028>. Acesso em: 25 out 2011.

JULIO, E. *et al.* Estruturação de aplicação da análise de conteúdo. **Revista Ciências Exatas**, Taubaté, v. 23, n.2, p. 19-29, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/exatas/article/viewFile/2612/1759>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL M.C., PEREIRA A.P.E., DOMINGUES R.M.S.M., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 11 ago. 2020.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. de M.; FAGUNDES, T. de L. Q. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, suppl. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250>. Acesso em: 29 nov. 2021.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. Tese (Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2010. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/1073/1/Cristiane%20Lopes%20Simao.pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

LIMA, J.V.C. de *et al.* A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 207-227, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000200003>. Acesso em: 14 ago. 2021.

LOPES M.T.S.R., LABEGALINI C.M.G., SILVA M.E.K. *et al.* Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. **REME Rev. Min. Enferm. [internet]**, 2016. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190009>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MACHADO, M. de F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2020.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ, p. 65-80, 2006.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#topo>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MARTINS, A. L.; ARAÚJO, R. M. de. Parâmetros históricos e filosóficos para a revisão da Declaração Universal dos Direitos Humanos no século XXI. **Recital - Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG, [S. l.]**, v. 1, n. 2, p. 61-81, 2020. DOI: 10.46636/recital.v1i2.68. Disponível em: <https://recital.almenara.ifnmg.edu.br/index.php/recital/article/view/68>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MARTINS, J. de J. *et al.* O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46816>. Acesso em: 3 jul. 2021.

MARTINS, C. M.; FONSECA, A. F.; CORTES, B. A. Pandemia e a necessidade de humanizar o humano. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00291>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. da S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 925-951, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300925&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2020.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2020.

MELLO B.L.D. *et al.* Humanização: nós abraçamos esta ideia. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**. Umarama, v. 17 (3), p. 187-191, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5070/2952>. Acesso em: 2 ago. 2021.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>. Acesso em: 9 ago. 2021.

MINAYO, M. C. de S. Prefácio. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [livro digital]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOREIRA, T. M. M.M.; CORREIA, E. de C. Saúde como direito. In: Rouquayrol, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 521-531.

MOTA, L. G. **Profissionais de saúde em moocs: estrutura de dados para análise do perfil de alunos em cursos de atenção à pessoa idosa**. 2018. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) -Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35138>. Acesso em 29 nov. 2011.

MOTTA, J.I.J. **6º Webinário Educação Permanente em Saúde: Fundamentos, História, Atualizações e Perspectivas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 28 janeiro 2021. 1 vídeo (30 min.) [Webinário]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XQe46AUOw3Q&t=1393s>. Acesso em: 21 jul. 2021.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, abril de 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2021.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária brasileira e o Cebes**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília, v. 3, Atenção Hospitalar, p. 29-49, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 16 ago. 2021.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 11, p. 4541-4548. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>. Acesso em: 10 set 2021.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2020.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, jul./set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/4VQQtrdJVX4Nxrht6TcSZzG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2021.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html#topo>. Acesso em: 22 out. 2020.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.323-345.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500029>. Acesso em: 12 set. 2021.

QUEIROZ, D.T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83. abr/jun 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/6581349/OBSERVA%C3%87%C3%83O_PARTICIPANTE_NA_PESQUISA_QUALITATIVA_CONCEITOS_E_APLICA%C3%87%C3%95ES_NA_%C3%81REA_DA_SA%C3%9ADE_PARTICIPANT_O_BSERVATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONCEPTS_AND_APPLICATIONS_IN_HEALTH. Acesso em: 11 dez. 2020.

RAMOS, A. C. *et al.* A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da SESAB na produção do acolhimento. **Rev. Baiana saúde pública**, 45 (especial 2), p. 201-216. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1342845>. Acesso em: 27 nov. 2021.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 set. 2020.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo. Ed. Áurea, 2009.

RODRIGUES, M. A. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 5(2), p.129-140, 1984. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/sbVww447sL7L8JP7JPNMn9M/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 5 set 2021.

SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>.

SCHMIDT, M.L.S. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p.391-398, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13n2/391-398/>. Acesso em: 20 set. 2021.

SCHWEICKARDT, J.C. *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-gestao-regionalizada-da-saude-saberes-e-fazeres-no-territorio-do-amazonas/>. Acesso em: 13 set. 2020.

SEMERARO, G. Filosofia da práxis e (neo)pragmatismo. **Revista Brasileira de Educação**. Salvador, n. 29, p. 28-39, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782005000200003>. Acesso em: 19 set. 2021.

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em saúde. In: Rouquayrol, M.Z.; SILVA, M.G.C. da. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 533 - 537.

SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-661. Disponível em: <https://1library.org/document/7q0mx4lz-educacao-permanente-saude-trabalho-enfermagem-perspectiva-praxis-transformadora.html>. Acesso em: 30 set. 2021.

SILVA, C.B.G., SCHERER, M. D. dos A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SOUZA, W. da S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>. Acesso em: 2 ago. 2021.

SILVA, K.L.; MATOS, A.V. J.; FRANÇA, B.D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017; 21 (4): 1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022004> Acesso em: 5 ago. 2021.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. de A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, v. 14, n. 1, p. 1453-1462, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800018>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SOUSA, A. F. **Educação continuada em enfermagem para segurança do paciente: uma revisão integrativa da literatura.** Dissertação (Mestrado em educação psicologia da educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 123. 2014. Disponível em:

<https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/16148/1/Alessandra%20Fatima%20de%20Sousa.pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

SOUSA, L.U. de R. **Uso do mapa da empatia em saúde como facilitador do desenvolvimento de empatia em estudantes de medicina: estudo quase experimental.**

Dissertação (Mestrado profissional em ensino em saúde). Universidade José do Rosário Vellano. Belo Horizonte, p. 80, 2020. Disponível em:

<http://tede2.unifenas.br:8080/jspui/bitstream/jspui/299/2/Disserta%20Luiz%20Uchoa.pdf>. Acesso em: 4 set. 2021.

SOUSA, A. T. O. de *et al.* A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 713-722, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680420i>. Acesso em: 06 jun. 2021.

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 24 nov. 2021.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1986. ok

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Consuni/UFPB vota pela adesão do HULW à Ebserh.** João Pessoa, 2013. Disponível em:

<http://www.ufpb.br/antigo/content/consuniufpb-vota-pela-ades%C3%A3o-do-hulw-%C3%A0-ebserh> Acesso em: 07 dez. 2019.

VASCONCELOS, M. de F. F. *et al.* Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400981&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2020.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>. Acesso em: 20 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Officials Records of the World Health Organization.** New York: WHO; 1948. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=C0EF39E7EAEC5B298F9FAA09F1076014?sequence=1 Acesso em: 19 abr. 2021.

YASUI, S.; SANTOS, L. A. dos. Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, 12(ed. esp.): 35-40,

2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047733>. Acesso em: 02 ago. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor (a)

Esta pesquisa tem por tema “Educação Permanente como Estratégia de Humanização da Assistência: pesquisa com trabalhadores de uma unidade de cuidados neonatais”. Está sendo realizada por Cláudia Patrícia Gomes de Souza Marques, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Professora Dra. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão.

Faço o convite para participar de forma voluntária da pesquisa, esclarecendo que você tem o direito de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase deste estudo, sem prejuízos de qualquer natureza.

O objetivo da pesquisa é realizar junto à equipe da UCIN, diagnóstico da situação atual com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor. A finalidade desse trabalho é contribuir na melhoria da assistência prestada aos usuários do referido setor e na valorização de trabalhadores através de processos de educação permanente em saúde.

Caso decida participar da pesquisa, será necessário responder a um questionário. Durante o preenchimento do questionário, a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco poderá se apresentar na forma de um desconforto ou constrangimento em responder às questões. Na tentativa de diminuir tais sensações, a pesquisadora se dispõe a responder as dúvidas que você possa ter em relação às perguntas, após a realização da leitura destas.

A pesquisa é isenta de custos, caso você tenha alguma despesa para participar desta pesquisa, ela será custeada pela pesquisadora. Informo que a participação não implica em remuneração para os participantes. Os dados fornecidos nas entrevistas serão confidenciais e serão divulgados apenas em eventos científicos como congressos, por exemplo, ou publicações científicas, não havendo divulgação de dados que possam identificar o (a) entrevistado (a). Esses dados serão guardados pelos pesquisadores responsáveis em local seguro e por um período de 05 (cinco) anos. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com, Cláudia Patrícia Gomes de Souza Marques, rua Arthur Enedino dos Anjos, 161, Altiplano Cabo Branco, João Pessoa/PB, CEP: 58046-180 pelo número (83) 99127-5487 ou pelo e-mail: claudiapgsmarques@hotmail.com.br, ou com o

Comitê de Ética em Pesquisa/CCS/UFPB, localizado no Centro de Ciências da Saúde – 1º Andar, Campus I, Cidade Universitária – Bairro Castelo Branco, CEP 58051-900 – João Pessoa/PB, (83) 3216-7791, *e-mail*: comitedeetica@ccs.ufpb.br. Espero contar com seu apoio, desde já agradeço sua colaboração.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Consentimento Livre e Esclarecido

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes desse estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com o (a) respondente e a outra com a pesquisadora Cláudia Patrícia Gomes de Souza Marques.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ABERTO

Parte I

Idade:

Sexo:

Área profissional:

Tempo de serviço no HULW:

Parte II

1. Quando falo “humanização da assistência”, o que lhe vem?
2. Quando falo “humanização da assistência” na UCIN, o que lhe vem?
3. Quais as práticas humanizadas que você observa na rotina da UCIN?
4. Quais as práticas humanizadas que você realiza na sua rotina de trabalho na UCIN?
5. Quando falo “educação permanente em saúde”, o que lhe vem?
6. Quais as práticas de “educação permanente em saúde” que você observa na rotina da UCIN?
7. Como você vê a implementação da educação permanente em saúde como estratégia de humanização da assistência na UCIN?

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente como estratégia de humanização da assistência: pesquisa com trabalhadores de uma unidade de cuidados neonatais.

Pesquisador: CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45322021.5.0000.5188

Instituição Proponente: CENTRO DE EDUCAÇÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.736.275

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto egresso do Programa de Pós-Graduação em Gestão nas Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Fernandes Martins Catão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar junto à equipe da UCIN, diagnóstico da situação atual com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor.

Objetivo Secundário:

- fazer uma revisão da literatura sobre educação permanente em saúde e humanização da assistência;
- identificar os significados da educação permanente em saúde e da humanização da assistência elaborados pelos trabalhadores da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW;
- descrever as práticas de educação permanente em saúde e de humanização da assistência realizadas na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais do HULW;
- refletir e apresentar proposições sobre as práticas de educação permanente em saúde como estratégia de reforçar a humanização da assistência na Unidade de Cuidados Intermediários

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.736.275

Neonatais do HULW junto, aos trabalhadores do referido setor;

•apresentar à gestão, com aval da equipe, para encaminhamentos seguintes, diagnóstico da situação atual com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente em saúde e humanização da assistência no setor

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O desconforto dos participantes em responder ao questionário e o receio de responder algum questionamento durante a observação participante.

Benefícios:

Melhorar a assistência prestada aos usuários (recém-nascidos e genitoras) da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (convencional e canguru) do Hospital Universitário Lauro Wanderley e proporcionar a valorização dos trabalhadores da unidade em estudo, através de ações de educação permanente pautadas no diálogo, na troca e na transdisciplinaridade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, participante, com enfoque sócio histórico. Nesse paradigma analítico o foco principal é o ser humano e suas relações com o objeto de pesquisa. Sendo assim, será descrito como acontecem as relações entre sujeitos no seu ambiente de trabalho, os sentidos atribuídos a educação permanente como estratégia de humanização expressos nos discursos verbais e não-verbais (gestos,

expressões), procurando entender e explicar como ocorrem, ou não, estas práticas dentro do setor, o porquê, os entraves e as dificuldades enfrentadas e explicar possíveis lacunas, ausências, que distanciam ou aproximam a realidade do serviço do referencial teórico pesquisado (FREITAS, 2002). O estudo será realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Os sujeitos que farão parte da amostra serão todos os trabalhadores do período diurno que prestam assistência direta aos recém nascidos internados na UCIN, perfazendo um total de 44 pessoas. A coleta de dados será por meio da observação participante e da aplicação de uma questionário aberto. Os dados serão analisados pela análise de conteúdo temática de Bardin com apoio do software IRAMUTEQ, que consiste em um

programa informático que possibilita diferentes tipos de análise de dados textuais. A pesquisa tem como objetivo realizar junto à equipe da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.736.275

(convencional e canguru), o diagnóstico da situação atual, com possíveis proposições de intervenção frente à educação permanente e humanização da assistência no setor e apresentá-las à gestão para possíveis encaminhamentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram submetidos tempestivamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das formalidades éticas e legais e atendida a pendência solicitada, somos de parecer favorável à execução do presente protocolo de pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1699594.pdf	30/04/2021 10:27:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/04/2021 10:26:10	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.docx	07/04/2021 16:11:31	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/04/2021 15:44:47	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.docx	07/04/2021 15:41:33	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DETALHADO.pdf	07/04/2021 15:40:23	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.736.275

Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	07/04/2021 15:40:23	MARQUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	07/04/2021 08:56:32	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Outros	certidao.pdf	07/04/2021 08:54:43	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	07/04/2021 08:35:47	CLAUDIA PATRICIA GOMES DE SOUZA MARQUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 26 de Maio de 2021

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

[RAS] Nova notificação de Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)

Caixa de entrada

Prof. Dr. Daniel Leite Portella via Portal Periódicos USCS <seeruscs@openjournal solutions.c

de set. 14:20 (há 3

dias)

para mim

Você possui uma nova notificação de Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)

Você foi adicionado a uma conversa chamada "Submissão de artigo" sobre a submissão
"Humanização e educação permanente em saúde".

Link: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/authorDashboard/submission/
8115](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/authorDashboard/submission/8115)

Phd. Daniel Leite Portella

Revista de Atenção à Saúde

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude

Você está recebendo este e-mail em nome da Revista de Atenção à Saúde. No caso de uma
resposta solicitada, você pode responder diretamente a este e-mail.

You are receiving this email on behalf of Revista de Atenção à Saúde. In the event of a
requested response, you may respond directly to this email./

✕

Tarefas

- Prof. Dr. Daniel Leite Portella iniciou uma discussão: Submissão de artigo: Prezados, Certifico que as autoras Cláudia Marques Gomes de Souza Marques e Fátima Fernandes Catão submeteram o artigo intitulado:**
Humanização e educação permanente em saúde

Marcar nova Marcar lida Excluir

1 a 1 de 1 itens